

ANALYTISCHE KÖRPERPSYCHOTHERAPIE: EINE NEUE METHODE ODER EIN EKLEKTISCHER ANSATZ

ANALYTIC BODY PSYCHOTHERAPY: A NEW METHOD OR AN ECLECTIC APPROACH?

Peter Geißler

Zusammenfassung

Es wird der Frage nachgegangen, ob es sich bei analytischer Körperpsychotherapie um einen eigenständigen Therapieansatz handelt, oder um ein eklektisches Verfahren. Deutlich ist, dass die Diskussion darüber noch ganz in Fluss ist. Systemtheoretische Überlegungen sollen deutlich machen, dass eine solche Verunsicherung im Grunde genommen produktiv und auch gegenstandsangemessen ist. Wichtig erscheint dem Autor das Akzeptieren der Begrenztheit jedes methodischen Zugangs und das Erkennen möglicher Größenfantasien, die dem Akzeptieren solcher Grenzen entgegenstehen – ein schmerzlicher Erfahrungsbereich, dem wir uns als Therapeuten selbst zu stellen haben, um ihn auch in der Arbeit mit unseren Patienten angemessen durcharbeiten zu können.

Schlüsselwörter

Analytische Körperpsychotherapie – Handeln – Körper – Körperpsychotherapie – Psychoanalyse

Summary

It is questioned whether analytic body psychotherapy is an independent therapeutic approach or an eclectic procedure. Obviously it is still subject of discussion. Systemtheoretical considerations are to show that such an uncertainty is basically productive and object appropriate. The acceptance of the limitations of every methodical approach and the recognition of possible magnitude fantasies which oppose the acceptance of such limitations seems important to the author – a painful empirical area we as therapists have to face to be able to work through it appropriately in the work with our patients.

Keywords

Analytic body psychotherapy – operate – body – body psychotherapy - psychoanalysis

Der Grund, warum ich der Frage nachgehen möchte, ob es sich bei „analytischer Körperpsychotherapie“ um ein eklektisches Verfahren handelt, wurzelt in Versuchen, im Rahmen interkollegialer Diskussionen¹ eine gemeinsame Definition zu erarbeiten, was denn mit diesem Ansatz überhaupt gemeint sein kann. Dies erwies sich als überraschend schwierig und beschäftigt uns seit geraumer Zeit.

Bei einer möglichen Definition der analytischen Körperpsychotherapie stellt sich die Frage, ob dieser Ansatz eine eigenständige psychotherapeutische Methode darstellt; und – damit verbunden – ob es sich um eine im Großen und Ganzen einheitliche Methode handelt, der bestimmte theoretische und methodische Kriterien klar zugeordnet werden können, oder ob man unter analytischer Körperpsychotherapie verschiedene Zugänge zum Patienten versteht, die sich hinsicht-

lich bestimmter Zugangskriterien mehr oder weniger klar unterscheiden lassen.

Die Frage nach der Methode ist in erster Linie für den praktizierenden Therapeuten relevant; den meisten Patienten ist es gleichgültig, nach welcher Methode sie behandelt werden – für sie ist der Faktor „Effizienz“ entscheidend. Da alle verwendeten Methoden ihre Vorzüge, aber auch ihre Grenzen besitzen und da jeder Therapeut – gleichgültig mit welcher Methode er arbeitet – dann und wann an Grenzen der Behandelbarkeit stößt, hat es sich in der Praxis bewährt, „multimodal“ zu arbeiten oder – wie es heute heißt – Methoden zu „integrieren“. Der Gedanke der Integration ist zunächst als „patientenzentrierte Lösung“ zu verstehen, um das Spektrum des Behandelbaren möglichst breit zu machen und Patienten mit unterschiedlichen Problemen und Defiziten helfen zu können.

¹ Die hier gemeinten Kolleginnen und Kollegen sind allesamt Mitglieder des AKP – des „Arbeitskreises für analytische körperbezogene Psychotherapie“, der sich in seinen Ursprüngen als Abspaltung der DÖK (der „Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Bioenergetische Analyse / körperbezogene Psychotherapie“) vor mittlerweile über zehn Jahren gebildet hat. Impulsgeber für diese Abspaltung war eine mehrjährige Supervision und Fortbildung bei dem belgischen Ex-Bioenergetiker Jacques Berliner, der wegen seiner kritischen Haltung gegenüber der Lowen'schen Bioenergetischen Analyse aus dem Internationalen Institut für Bioenergetische Analyse (IIBA) ausgeschlossen worden war. In unserem Kreis haben sich ursprünglich ex-bioenergetische Therapeuten versammelt, mittlerweile sind aber andere hinzugestoßen, und zwar aus den methodischen Feldern Konzentrierte Bewegungstherapie, Biodynamische Psychologie, „Core Therapy“ nach J. Pierrakos und Integrative Therapie nach H. Petzold. Einige von uns haben sich im Laufe der Jahre zunehmend klarer der Psychoanalyse verschrieben und teilweise auch psychoanalytische Ausbildungen absolviert. Unter uns befindet sich jedoch niemand, der ursprünglich Psychoanalytiker war und sich *dann* der körperorientierten Psychotherapie zuwandte.

Einerseits ist der Integrationsgedanke unmittelbar plausibel; schließlich möchten wir für unsere Patienten das Beste tun; andererseits stellen sich dabei bestimmte Fragen, zumindest aus tiefenpsychologischer Sicht, die nicht von der Hand zu weisen sind: Wenn ich Methode A verwende und damit an eine Grenze gelange – was bedeutet diese Grenze im Prozessgeschehen zwischen Patient und Therapeut? Handelt es sich dabei tatsächlich um eine methodenbedingte Sackgasse, die einen Methodenwechsel zu Methode B rechtfertigen kann? Sind Methode A und B von der Logik ihrer Vorgehensweisen integrierbar, oder handelt es sich dabei um ein eklektisches Aneinanderfügen bzw. gar um einen Bruch in der Behandlung? Wäre es dann nicht günstiger, den Patienten an einen anderen Kollegen zu überweisen? Sollte man dem Patienten vom Erleben der eigenen Grenze Mitteilung machen oder nicht – was ist „ethisch“ richtig? Oder spiegelt sich im Erleben dieser Grenzen möglicherweise etwas Wichtiges und Entscheidendes, das es – im Dienste des Patienten! – zu analysieren und zu verstehen gilt? Oder: Handelt es sich gar um einen „Gegenübertragungswiderstand“ des Therapeuten – um dessen eigenes Problem, zu dessen Lösung er weitere Supervision oder Therapie benötigt?

Für Therapeuten ist die Methodenfrage eine Frage des Menschenbildes und der Identität und der Gruppenzugehörigkeit. Welcher Gruppe von Therapeuten fühle ich mich zugehörig? Meinem Ausbildungsverein – oder spüre ich den Wunsch, mich als Therapeut zu verändern, zur „Methode B zu wechseln“, weil ich gerade eine interessante Fortbildung gemacht habe, die mir völlig neue Perspektiven eröffnete? Ist meine Identifikation mit Methode A eine „reife“ Identifikation, oder ist sie ein defensiver Vorgang? Die hier gestellten Fragen sind nur einige von sehr vielen, die einem sofort einfallen, wenn man an diese Thematik denkt.

Der vorliegende Beitrag versteht sich als ein Versuch, erste Gedanken zur Methodenfrage analytischer Körperpsychotherapie zu äußern, wobei der Aspekt der Lehr- und Lernbarkeit dieser Methode bzw. dieses Ansatzes besonders beachtet werden soll.

Voranschicken möchte ich, dass man an die gestellte Methodenfrage aus zumindest drei Blickwinkeln herangehen kann:

1. dem konkreten therapeutischen Handeln,
2. der Lehr- und Lernbarkeit einer Methode und, damit zusammenhängend,
3. der Begründung methodischer Zusammenhänge durch eine möglichst kohärente Theorie.

Es sollte deutlich werden, dass aus dem Blickpunkt des konkreten therapeutischen Handelns – der „Patientenperspektive“ – die Methodenfrage zwar nicht unabhängig von 2. und 3. ist, jedoch nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit ihnen steht. Ein guter Psychotherapeut zeichnet sich nicht unbedingt dadurch aus, dass er methodisch stringent arbeitet, sondern eher dadurch, dass er in der Lage ist, sein methodisches Rüstzeug an die Erfordernisse der therapeutischen Situation und auch des Patienten möglichst gut anzupassen. Eine gediegene methodische Ausbildung ist für diese Fähigkeit ein guter Boden, aber keine unbedingte Notwendigkeit. Für meine hier angestellten Überlegungen spielen daher die Punkte 2. und 3. eine größere Rolle als der erste Gesichtspunkt, auch wenn alle drei Punkte sehr wohl in einem gewissen Zusammenhang stehen. Ob eine Methode einen ihr gebührenden Rang innerhalb der Familie aller Psychotherapien einnehmen kann (und somit längerfristig auch überleben kann), hängt nicht zuletzt von ihrem wissenschaftlich-methodischen Status ab. Meine diesbezüglichen Erfahrungen im Felde der Körperpsychotherapien haben mich bewogen, der möglichst sorgfältigen Begründung der methodischen Kohärenz des von mir nun vertretenen Ansatzes mehr Gewicht beizumessen, als dies seinerzeit der Fall war.²

Die Entwicklung in der analytischen Körperpsychotherapie, gemessen an den vorhandenen Publikationen, zeigt, dass wir uns in Richtung einer Methodenbildung bewegen. Trotzdem spreche ich im Moment noch lieber von einem „Ansatz“ als von einer klar definierten Methode, zumal wir bislang nicht über eine ausgearbeitete Praxeologie verfügen.

Klar ist, dass eine genauere Standortbestimmung noch aussteht bzw. sich vielleicht aus den beiden „Lagern“ – denjenigen Kolleginnen und Kollegen mit einer genuin psychoanalytischen Identität und denjenigen, die sich als Körperpsychotherapeuten fühlen – zwei voneinander unterscheidbare Ansätze mit letztlich unterschiedlichen Benennungen entwickeln. Unsere AKP-Diskussionen, gegründet auf unterschiedliche Ausbildungswege und damit zusammenhängend therapeutische Vorgangsweisen, zeigen ja bereits diese Tendenz, und unsere Konflikte lassen sich etwa so zusammenfassen: Die einen fürchten, dass analytische Körperpsychotherapie zu „psychoanalytisch“ und damit zu wenig körperbezogen ist, und die anderen fürchten das Gegenteil: dass in ihr zu wenig Psychoanalyse vorhanden sei bzw. dass bestimmte körpertherapeutische Ansätze mit Psychoanalyse schlicht unvereinbar seien.³ Dass es für unsere Identität als Kollegengruppe

² Ich meine damit vor allem (aber nicht nur) meine Erfahrungen mit Bioenergetischer Analyse. Obwohl die Bioenergetische Analyse ohne Zweifel eine der bedeutendsten zeitgenössischen körpertherapeutischen Methoden darstellt, ist ihr methodisch-wissenschaftlicher Status nach wie vor unklar. Die Bioenergetische Analyse als eigenständiges methodisches Verfahren scheiterte im österreichischen Anerkennungsverfahren nicht nur aus politischen Gründen und nicht nur deshalb, weil eine zentrale theoretische Schwierigkeit im Energiebegriff selbst liegt, sondern auch deshalb, weil – zumindest damals (Anfang der 90er Jahre) – ihr theoretisches Fundament ungenügend entwickelt war, und dies trotz der Behauptung ihres Schulengründers Alexander Lowen (auf einem seiner Lehrvideos), dass gerade *sie*, die Bioenergetische Analyse, beides in sich vereine: Körperanalyse und Psychoanalyse. In dieser Behauptung steckt m. E. eine Größenphantasie, die mit der tatsächlich stattgefundenen Elaboration einer integrierten Theorie und auch Praxeologie wenig zu tun hat(te).

³ Diese Kritik, dass im gewählten körperbezogenen Vorgehen die Psychoanalyse nur mehr wenig erkennbar sei, teilen auch einige Psychoanalytiker, die dem Einbeziehen des Körperlichen durchaus offen gegenüber stehen, wie z. B. P. Kutter (2003).

leichter wäre, einen gemeinsamen Namen für das, was uns verbindet, zu finden bzw. beizubehalten, ist auf der einen Seite verständlich; andererseits würde ich mir wünschen, dass es uns möglich ist, eine auf primär methodisch-inhaltlichen Kriterien begründete Entwicklung zuzulassen, auch wenn uns diese Entwicklung da und dort in Konkurrenz zueinander bringen mag. Entwicklung muss aber m. E. Differenzierungsprozesse, sofern sie gut begründbar sind, zulassen.⁴

Zunächst hat sich analytische Körperpsychotherapie als „Ansatz“ in der therapeutischen Praxis bewährt:

1. zum einen, weil man als bioenergetischer Therapeut – und als solcher habe ich viele Jahre gearbeitet – recht bald merkt, dass man mit dem bloßen Rüstzeug, das die Bioenergetische Theorie und Praxeologie vermittelt, „ansteht“; vor allem das differenzierte Erfassen von Prozessveränderungen macht erhebliche Schwierigkeiten, wenn man nicht in der Lage ist, zumindest zeitweise die „Beziehungsfolie“ anzulegen – z. B. um zu verstehen, wie negative Übertragungsentwicklungen den therapeutischen Prozess nachhaltig beeinflussen;
2. zum anderen, weil auch innerhalb der psychoanalytischen Praxis immer deutlicher wird, wie wichtig die Beachtung von „Enactments“ ist; war jegliches Handeln außer dem Austausch von Worten lange Zeit als „Agieren“ verpönt, betrachten viele einflussreiche zeitgenössische Psychoanalytiker das Handeln des Therapeuten als auch das des Patienten als notwendige Voraussetzung, damit der analytische Prozess ausreichend lebendig werden und sich verdichten kann.⁵

So war es nur eine Frage der Zeit, dass sich einerseits Körperpsychotherapeuten näher damit beschäftigen, wie man sich

das Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut theoretisch und praktisch vorstellen kann. Wichtige Namen sind hier Jacques Berliner (1994), George Downing (1996) und Hans-Joachim Maaz (1998). Seitens der Psychoanalyse haben sich im deutschen Sprachraum Tilmann Moser (1994), Gisela Worm (1998), Günter Heisterkamp (2001), Jörg Scharff (2001), Niklaus Roth (1991), Robert Ware (2001) und Thomas Reinert (2003) um eine behandlungspraktische Integration des Körpers in die Psychoanalyse bemüht und einen Namen gemacht.

So ist aus dem Versuch, gleichsam aus zwei Richtungen eine gemeinsame Schnittmenge zwischen „Psychoanalyse und Körper“ zu definieren, eine seit etwa 15 Jahren bestehende therapeutische Strömung geworden⁶, deren Existenz sich u. a. in wissenschaftlichen Tagungen⁷ und in der Gründung einer Zeitschrift mit dem Titel „Psychoanalyse und Körper“⁸ manifestiert. Es gibt mittlerweile auch eine schöne Anzahl an Publikationen zu diesem Thema. Aus der Strömung hat sich mittlerweile eine Praxis herausgebildet, die rechtfertigt, von einem „Ansatz“ zu sprechen: einem „Ansatz“, dem sich die Kolleginnen und Kollegen beider „Lager“ im Großen und Ganzen zugehörig fühlen.⁹

So weit, so gut, könnte man sagen – worin liegt also das Problem? Aus meiner Sicht besteht es darin, dass trotz dieses gemeinsamen Willens zur Zusammenarbeit einige zentrale theoretische und methodische Fragen noch unklar bleiben.

Diese Unklarheiten wurzeln wahrscheinlich auch darin, dass die jeweilige methodische Herkunft – ob Psychoanalyse oder Körperpsychotherapie – implizit sehr wohl eine Rolle spielt, sei es in Form einer inneren Identifikation oder einer Gegenidentifikation. So ist es sicher kein Zufall, dass es bis heute kein „Lehrbuch der analytischen Körperpsychotherapie“

⁴ Dieser Differenzierungsprozess findet natürlich nicht nur im AKP statt. In einem Internet-Diskussionsforum, das der Zeitschrift „Psychoanalyse und Körper“ angeschlossen ist, hat eine ähnliche Debatte begonnen – und sie ist fruchtbar! www.psychoanalyseundkoerper.com

⁵ Die in psychoanalytischen Kreisen mittlerweile zum Standard gewordene Beachtung von Enactments bezieht sich auf deren Zulassen und Verstehen im Rahmen eines szenischen Verständnisses; in einem engeren Sinn sind damit „unbewusste Inszenierungen“ zwischen Patient und Therapeut gemeint und nicht so sehr bewusst hergestellte Szenen.

⁶ Ich beschränke mich in dieser Zusammenfassung auf Arbeiten der genannten Autoren; es handelt sich dabei im Wesentlichen um Psychoanalytiker, die versuchen, die Grenzen der Psychoanalyse auszuweiten auf eine praktische Einbeziehung der körperlichen Dimension. *Nicht* berücksichtigt werden in dieser Aufstellung Arbeiten, deren Kennzeichen darin besteht, dass Kolleginnen und Kollegen aus bestimmten körperorientierten Zugängen (wie Funktionelle Entspannung, Konzentrierte Bewegungstherapie oder Tanztherapie) versuchten, ihren körperorientierten Zugang psychoanalytisch zu begründen. Ich glaube von der Motivation dieser Kolleginnen und Kollegen her andere Motive zu erkennen als jene, die meiner eigenen Arbeit zugrunde liegen. Ich will hier nicht begründen, ob der von mir vertretene Ansatz analytisch ist oder nicht, sondern untersuchen, ob es sich um ein eklektischer Verfahren handelt oder nicht.

⁷ Zu diesen Tagungen rechne ich neben regional begrenzten Fortbildungsangeboten einzelner Kolleginnen und Kollegen das seit 1998 bestehende „Wiener Symposium Psychoanalyse und Körper“, das „Bonner Symposium“ sowie die „Münchener Therapietage“.

⁸ Diese Zeitschrift wurde im Jahre 2002 von mir ins Leben gerufen und wird seither in Form von zwei Heften pro Jahr gemeinsam mit Thomas Fellmann aus Basel (methodische Herkunft: Bioenergetische Analyse), Ulfried Geuter (methodische Herkunft: Körperpsychotherapie) aus Berlin und Elisabeth Pellegrini (methodische Herkunft: Psychoanalytische Selbstpsychologie) im Psychosozial-Verlag, Wien, herausgegeben.

⁹ Im Rahmen dieser Arbeit verzichte ich ebenso darauf, die Wurzeln dieser Strömung bzw. dieses Ansatzes zu nennen – dies wurde in einer früheren Arbeit bereits getan (Geißler, 1997).

gibt¹⁰, einfach weil die mit dieser Integration verbundenen Fragen komplexer sind, als man zunächst annehmen möchte – und weil doch „zwei Welten“ aufeinander treffen. Diese Behauptung werde ich näher zu erläutern versuchen.

Es bleiben für mich viele Fragen offen. Meine Logik als bioenergetischer Therapeut war eine ziemlich andere, als sie es mittlerweile ist – ich habe für mich das „Lager“ gewechselt, verstehe mich eindeutig als psychoanalytischer Psychotherapeut, und die innere Schablone des Herangehens an Probleme, die mir Patienten erzählen, hat nur mehr wenig gemein mit meiner seinerzeitigen, als ich eine klare körperpsychotherapeutische Identität hatte. Und so war es auch beim Schreiben dieses Beitrags. Vieles von dem, was hier geschrieben steht, hat für mich nach wie vor den Charakter von Überlegungen und nicht so sehr den von wohl begründeten Thesen. Es war für mich beim Niederschreiben der Arbeit eine Hilfe, mich einerseits auf eine Reihe von Diskussionen stützen zu können, die wir im AKP die letzten Jahre schon geführt hatten; eine weitere Hilfe war, dass ich eine Reihe von Fragen „online“ mit meinem Schweizer Kollegen Niklaus Roth diskutieren konnte, wobei wir in unseren Diskussionen nicht selten zu kontroversen Standpunkten gelangten. Während Roth immer wieder in der Lage war, das Verbindende und Gemeinsame zu sehen, tauchten in meinen eigenen Gedanken immer wieder Unvereinbarkeiten oder zumindest die Frage nach der Vereinbarkeit mir divergent erscheinender Gedankengänge auf. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass sich in meiner Schwierigkeit, das Verbindende herauszufinden, meine persönliche Geschichte mit beiden Verfahren widerspiegelt – mit der Psychoanalyse und der Bioenergetischen Analyse, die in beiden Fällen nicht gerade untraumatisch war. Abgesehen davon, dass meine eigenen Probleme in das anvisierte Thema hineinspielen mögen und diese Arbeit auch zu einem (gelungenen oder misslungenen?) „Bewältigungsversuch“ meiner persönlichen Methodengeschichte machen könnten, halte ich die Fragestellung in der Überschrift für bedeutungsvoll genug, um sich mit ihr zu befassen und klärende Diskussion auszulösen. Da mein eigener Blick durch die persönliche Vorgeschichte getrübt oder eingeengt sein mag, ist es mir wichtig, mögliche Einwände gegen meine eigene Argumentation gleich in diesem Beitrag mit zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck greife ich auf Teile des Diskurses mit Niklaus Roth zurück, die ich im Text durch den Wechsel zur *Kursivschrift* kenntlich machen werde.

Von unseren Zielrichtungen her bewegen wir uns – Roth und ich – allerdings nicht in die gleiche Richtung. *Er* bringt seine Gedanken, wie sie sich für ihn als Supervisor stellen, denn die Supervision ist für ihn mittlerweile das Hauptarbeitsgebiet. Mir hingegen ist daran gelegen, den Ansatz, den ich verrete, längerfristig zu etwas zu machen, das man lehren und auch

lernen kann; Supervision wäre dabei nur ein Teilstück der Lehre, zunächst geht mein Interesse aber in Richtung einer klaren und einfach nachvollziehbaren Theorie und einer eben solchen Theorie der Technik bzw. Behandlungspraxis. Die Vermittelbarkeit für Kandidaten, die sich in Ausbildung zum Psychotherapeuten befinden, ist mein primäres Interesse.

Im Moment sind mir zwei Institute im deutschen Sprachraum bekannt, die analytische Körperpsychotherapie systematisch im Sinne von Ausbildung anbieten: das Münchner „CIP“ (Christoph Schricker) und die Gruppe in Halle um Hans-Joachim Maaz (Maaz, 2001).¹¹ Zum zweiten Angebot liegen in publizierter Form detaillierte Angaben vor, die ich gerafft wiedergebe; das Curriculum von Schricker befindet sich dzt. im Stadium der Ausarbeitung.

Das Angebot von Maaz und Co. Versteht sich allerdings weniger als Ausbildung, sondern mehr als eine Weiterbildung, die „von vornherein für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten gedacht (ist), die bereits eine analytische und/oder tiefenpsychologische Ausbildung abgeschlossen haben bzw. sich in dieser Ausbildung befinden“ (ebend. S. 157).

Ich fasse kurz zusammen, wie diese „Ausbildung“ strukturiert ist:

Sie besteht aus der Vermittlung von Theorie, einem Selbsterfahrungsprozess in der Gruppe, körperpsychotherapeutischer Einzelselbsterfahrung und Supervision.

Zur Theorie: Es werden folgende Autoren zum Selbststudium empfohlen: W. Reich, A. Lowen, D. Boadella, G. Downing, G. Heisterkamp, P. Geißler, R. Dietrich, S. Keleman; in Vorlesungen und Seminaren werden folgende Themen gelehrt: Die Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie, Energie und Beziehung, Grounding, Muskelpanzer und muskuläre Segmente, Katharsis, Beziehung und Entwicklung, das körperpsychotherapeutische Setting, der körperpsychotherapeutische „Viertakt“ (Wahrnehmen – Aktivieren – Ausdrücken – Integrieren), körperliche Charakterstrukturen und ihre therapeutischen Besonderheiten, Berührung und technische Hilfsmittel in der analytischen Körperpsychotherapie.

Der Selbsterfahrungsprozess in der Gruppe geht über drei Jahre und umfasst 210 Stunden (insgesamt 6 Blöcke zu je 5 Tagen). Eine solche Gruppe besteht aus etwa 12 Teilnehmern und zwei Gruppenleitern. Die körperpsychotherapeutische Einzelerfahrung beträgt mindestens 100 Stunden, genauere Zeitangaben zur Supervision habe ich nicht gefunden.

Zu bemerken wäre, dass sich in dieser „Ausbildung“, die eigentlich eine Fortbildung ist, genau die von mir schon ange-

¹⁰ Günter Heisterkamp und ich haben uns mittlerweile an ein solches Projekt, das aus historischer Sicht wohl ansteht, herangewagt. Das geplante Lehrbuch soll eine Gemeinschaftsproduktionen werden, d. h. ein Buch, in dem viele der bereits genannten Autoren einzelne Beiträge zu bestimmten Unterthemen verfassen. Vom Zeitrahmen her ist es so angelegt, dass es bis Ende 2006 fertig werden sollte.

¹¹ In einem weiteren Sinn wären hier ev. auch Fortbildungen zu rechnen, die G. Downing seit vielen Jahren anbietet; er grenzt sich allerdings gegen die Bezeichnung „analytische Körperpsychotherapie“ ab (persönl. Mitteilung).

sprochene Dualität von Psychoanalyse und Körperpsychotherapie spiegelt. Zum Psychoanalytiker oder Tiefenpsychologen ausgebildete Therapeuten werden zusätzlich körpertherapeutisch geschult. Eine weitere Dualität ergibt sich dadurch, dass es eben Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen sind¹², die körpertherapeutische Arbeit zusätzlich lernen, womit eine gewisse Heterogenität in den Vorgehensweisen vorprogrammiert ist.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich denke nicht, dass diese Heterogenität ein Nachteil ist – eher im Gegenteil (dies sollte später noch deutlich werden). Man sollte sie nur als solche sehen und nicht „alles über einen Kamm scheren“. Wir sollten akzeptieren, dass wir – wenn wir von analytischer Körperpsychotherapie reden – einige „Ansätze“ meinen (zumindest vier), die von unterschiedlichen Punkten ausgehen:

1. Psychoanalytiker, die den Körper mit einbeziehen lernen
2. Tiefenpsychologen, die den Körper mit einbeziehen lernen
3. Körperpsychotherapeuten, die ihr Vorgehen in Richtung Tiefenpsychologie erweitern
4. Körperpsychotherapeuten, die ihr Vorgehen nach psychoanalytischen Kriterien ausrichten

Meine These ist, dass sich diese Unterschiedlichkeit in den Ausgangspunkten mehr oder weniger sichtbar im methodischen Vorgehen äußert; und dass wir bisher diese Unterschiedlichkeit in den Vorgehensweisen nicht klar auf den Tisch gebracht haben – dass diese Unterscheidungen aber aus methodischer Sicht wichtig wären. Überzeugt bin ich auch davon, dass wir nicht dahin tendieren sollten, alles machen bzw. alles lehren zu wollen, weil dies – speziell aus dem Blickwinkel des Lernenden – eine Überfrachtung und Überforderung wäre. Aus der Perspektive der Findung einer ersten Denk- und Handlungslogik, an der sich ein Auszubildender zu orientieren vermag, ist die Reduktion auf bestimmte Aspekte des Begreifens und Handelns eine unerlässliche Hilfe – auch wenn klar sein sollte, dass es sich dabei um eine Reduktion handelt.

Eklektisch wäre für mich ein Verfahren dann, wenn diese Unterschiedlichkeiten nicht genügend beachtet werden und wenn die zwischen den einzelnen Denk- und Handlungslogiken befindlichen Brüche missachtet werden; wenn also die Prämisse „Alles ist machbar“ dominiert über ein Auseinanderhalten-Können mehrerer Handlungslogiken, die sich unterschiedlich auf den therapeutischen Prozess und dessen Ergebnisse auswirken; wenn wir – von einer Größenphantasie ausgehend – glauben, alles machen zu können, ohne Grenzen und mögliche Bruchlinien zu sehen.

Dazu Niklaus Roth: *„Ich denke, der Frage, ob die analytische Körperpsychotherapie eine neue Methode oder ein eklektischer Ansatz ist, ist die Tatsache übergeordnet, dass alle Teile per se zu einem Ganzen streben. Das entscheidende Kriterium ist dann nicht, ob neue Methode oder eklektischer*

¹² Psychoanalyse und Tiefenpsychologie unterscheiden sich v.a. hinsichtlich des Ausmaßes an erwünschter Regression und damit zusammenhängend auch in Bezug auf die Behandlungsdauer

Ansatz, sondern von welcher Qualität die unausweichliche integrative Bewegung ist: ob zu langsam oder überstürzt, ob sorgfältig oder fahrig, ob sachlich begründet oder durch politische Kriterien bestimmt (wobei ich die Notwendigkeit politischer Überlegungen durchaus anerkenne, sie müssen nur als solche deklariert werden), etc.“

Eine der Fragen, an der sich kontroverse Diskussionen in meinem Arbeitskreis entzündet haben, war: Kann man bestimmte Druckpunkttechniken in bestimmten Fällen in einen Ansatz integrieren, den man „analytisch“ nennt – also psychoanalytisch orientiert? Druckpunkttechniken entstammen der Bioenergetischen Analyse und gelten als diejenigen, mit deren Hilfe es teilweise besonders eindrucksvoll gelingt, festgehaltene Affekte in Fluss zu bringen – vor allem durch teils schmerzhaften Druck auf bestimmte Muskelmaximalpunkte. Hier schieden sich bei uns die Geister; die einen konnten sich das sehr wohl vorstellen, andere überhaupt nicht.

Die Druckpunkttechniken sind meiner Ansicht nach aber nur die Spitze des Eisberges. Es geht überhaupt grundsätzlich um die Frage, inwieweit aktive Gestaltungen des therapeutischen Prozesses, z. B. durch „Übungen“, einen Platz in einer analytischen Körperpsychotherapie haben können und auch sollen bzw. auch, was wir unter „Übungen“ verstehen. Es geht also, mit anderen Worten, um das alte Problem, mit dem sich schon Ferenczi mit seiner „aktiven Technik“ konfrontiert sah. Ich werde über einige Umwege versuchen, eine vorläufige Antwort auf diese Frage zu geben. Insbesondere erachte ich – gleich jetzt vorweggenommen – die möglichen Übertragungsaspekte von angeleiteten Übungen als entscheidendes Kriterium, die aber nur in einem psychoanalytisch orientierten Ansatz zentrale Bedeutung erlangen; gerade weil die diesen Anleitungen innewohnenden impliziten Bedeutungen und den im Patienten dadurch möglicherweise ausgelösten Phantasien in einer analytischen Arbeit ein wichtiger Stellenwert zukommt, ist man als analytischer Therapeut von der Grundhaltung her vorsichtiger und abwartender als Körperpsychotherapeuten, für die diese unbewussten Bedeutungen keine so große Rolle spielen. Noch etwas: Ich halte beide Vorgehensweisen für berechtigt, beide haben ihren Gewinn und ihren Preis.

Die Frage der Aktivität hat schon Ferenczi und Freud in einen Konflikt gebracht. So ist nicht verwunderlich, dass sie auch in unseren AKP-Diskussionen immer wieder gestellt wurde. Auch hier weist Roth auf eine zunächst übergeordnete Perspektive hin: *„Sie sehen auf der einen Seite das geduldige Abwarten und Raumgeben des Psychoanalytikers, auf der anderen das aktive Intervenieren des Körpertherapeuten, das in der verbalen und motorischen Bereitschaft mündet, den sich öffnenden und sich darstellenden Patienten zu unterstützen. Da muss ich gleich daran denken, dass alle Patienten, die eine Psychoanalyse als Hilfe erlebt haben, sowohl das Setting (also die ganze ‚Übung‘ mit all ihren z. T. sonderbaren Regeln) wie auch die Präsenz des Analytikers als Schutz und Unterstützung erlebt haben (entsprechend ihren ganz persönlichen, einmaligen Voraussetzungen). Nur darum kann-*

ten sie ihre Widerstände aufgeben und den Deutungen folgen. Wo dieses primär tragende Erleben gefehlt hat, kam es zu quälenden Prozessen. Heute ist die Psychoanalyse ja auch bereit, solche Beobachtungen zu reflektieren (bis hin zur Infragestellung des Verdikts von Eissler, Erfahrungen im Sinne der ‚corrective experience‘ seien unanalytisch, und solche Konzepte würden den psychoanalytischen Prozess missverstehen). Und auf der Seite der Körperpsychotherapie beschränkt aktives Vorgehen in keiner Weise die Möglichkeit des Therapeuten, so oft er will, Raum zu geben für Stille, Wahrnehmung, Reflexion und Erklärung. Kurz: ich sehe verschiedene Traditionen, aber keine prinzipiellen Unvereinbarkeiten.“

Roth spielt damit auf einen Punkt an, zu dem ich gleich komme.

Handelndes Agieren vs. reflektierendes Verstehen

Vergegenwärtigt man sich die methodischen Ausgangspunkte von Psychoanalyse und Körperpsychotherapie, dann wird deutlich, dass eine Integration von psychoanalytischen und körpertherapeutischen Vorgehensweisen in *einem gemeinsamen Ansatz* gar nicht so selbstverständlich ist. Dann wird nämlich klar, wie unterschiedlich das psychoanalytische und das körperpsychotherapeutische Vorgehen eigentlich sind: auf der einen Seite steht ein geduldiges Abwarten des Psychoanalytikers¹³, auf der anderen Seite ein aktives Intervenieren von körperpsychotherapeutischer Seite. Auch wenn in Körperpsychotherapien mehr oder weniger viel gesprochen und verbal (nach-)reflektiert wird, so erfordert die Besonderheit des methodischen Zugangs immer wieder aktive Interventionen seitens des Therapeuten, die über reines Verbalisieren hinausgehen.

Dies hat mit der unterschiedlichen Logik in beiden Ansätzen zu tun. Während sich der Psychoanalytiker auf die innere Welt des Patienten in Form dessen vorbewusster Phantasietätigkeit konzentriert und ihm dabei Raum und Zeit geben muss, damit er seinem Phantasieduktus folgen kann, ist der Körperpsychotherapeut an körperlicher Exploration und körperlichem Ausdrucksverhalten interessiert. Solange dabei nur die Wahrnehmungsebene angesprochen ist – das Empfinden von körperlichen Haltungen und Bewegungen, Haltungs- und Bewegungsänderungen, Eigenheiten des Atmens usw. – tritt dieser Unterschied noch nicht so deutlich zutage. Geht es aber um körperliche Impulse oder um Handlungsbereitschaften des Patienten - z. B. Versuche, bestimmte affektmotorische Schemata (Downing, 1996) auszuprobieren oder

damit zusammenhängende Affekte auszudrücken -, dann ist in aller Regel die Aktionsbereitschaft des Therapeuten gefordert. Seine Aufgabe ist es dann – sofern er sich von seiner Funktion her als Therapeut versteht, der den körperlichen und den Handlungsausdruck des Patienten unterstützt, anstatt ihn lediglich zu analysieren –, die motorische Bereitschaft durch begleitende Interventionen zu stützen und zu ermutigen, damit sich die Körperassoziationen entfalten können. Tut man dies als Therapeut nicht, dann brechen die Versuche des Patienten, dieser körperlichen Ebene selbst zu folgen, oft nach wenigen Momenten wieder ab, außer bei Körpertherapie-erfahrenen Patienten, die bereits gelernt haben, diesen Formen der Assoziation zu vertrauen.

Übertragung auf den Therapeuten: Therapeut als impliziter Begleiter des Prozesses oder „objektale“ Übertragung

Es ist also ein „Mithandeln“ des Therapeuten förderlich bzw. sogar erforderlich, damit sich affektmotorische Prozesse entfalten können. Grundsätzlich gibt es hier bereits zwei Wege des Vorgehens:

1. Weg: Der Therapeut unterstützt die affektmotorischen Selbstprozesse des Patienten in der Rolle des Begleiters und hilft dabei, das im Zuge dieser Entfaltung sich entwickelnde Erleben zu fördern und auch zu klären – er befindet sich dabei in dem Beziehungsmodus eines Begleiters, analytisch gesprochen könnte man vielleicht von einer „Selbstobjekt-Übertragung“ sprechen oder vom Therapeuten als „förderndem Milieu“, ohne dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeut explizit zum Thema der verbalen Erörterung gemacht wird.
2. Weg: Der Therapeut hilft dem Patienten dabei, die in diesem auftauchenden Impulse und Affekte als dialogisches Geschehen zu begreifen, d. h. als Prozesse, die sich im Hier und Jetzt dem Therapeuten gegenüber entwickeln – er nimmt dann die Rolle eines konturierten Gegenübers ein, befindet sich – analytisch gesprochen – auf der Ebene einer „objektalen Übertragung“, d. h., er versucht mit dem Patienten – explizit – zu klären, was dieser „mit ihm (dem Therapeuten) macht“.¹⁴

In beiden Fällen kommt es zu einem Miteinander-Handeln zwischen Patient und Therapeut, wobei man im ersten Fall von einem „selbstbezogenen Vorgehen“ bzw. von „selbstzen-

¹³ Die abwartende Haltung des Analytikers bezieht sich vor allem auf das Couch-Setting; minutenlanges Schweigen des Analytikers, aber auch des Patienten sind da keine Seltenheit. Die Entbundenheit vom Blickkontakt fördert ein assoziatives Sich-treiben-Lassen in der eigenen Welt der Gedanken, Phantasien, Gefühle und auch Körperempfindungen – freie Assoziation auf Seiten des Patienten, gleichschwebende Aufmerksamkeit auf Seiten des Therapeuten. Im analytischen Setting von Angesicht zu Angesicht ist diese Form des Sich-treiben-Lassens weniger möglich, die wechselseitige mimisch-gestische Bezogenheit fordert zu Aktivität auf beiden Seiten heraus. Dennoch ist eine tendenziell abwartende therapeutische Haltung – zumindest meiner Erfahrung nach - auch im analytischen Sitz-Setting viel eher gebräuchlich als z. B. in der klientenzentrierten Psychotherapie oder in der Gestalttherapie, wo der verbale Austausch eher einen relativ symmetrisch-dialogischen Charakter annimmt.

¹⁴ Natürlich findet auch im Rahmen der beziehungsorientierten Arbeit in der Übertragung, d. h. der Nutzung der Übertragung auf einer „objektalen“ Ebene, ein Wechsel zwischen Einlassen und Distanznehmen statt. In der Phase des Distanznehmens werden die ablaufenden Vorgänge in der Beziehung gleichsam aus einer dritten Position heraus reflektiert, wobei der Therapeut sich hinsichtlich der Äußerungen des Patienten begleitend zur Verfügung stellen kann. Mit anderen Worten: Sowohl bei Weg 1 als auch Weg 2 begleitet der Therapeut den Patienten, bei Weg 2 ist diese Begleitung aber zeitweise aufgehoben und durch unmittelbare Interaktion ersetzt.

trierten Interventionen” des Therapeuten sprechen würde (er begleitet Prozesse des Patienten auf der Ebene dessen Körper selbst), im zweiten Fall von „beziehungsorientierten Interventionen” unter Mitbeteiligung körperlicher Prozesse. Es ist wichtig zu sehen,

- dass 1. kein totaler Widerspruch zwischen selbst- und beziehungsorientierten Interventionen besteht, sondern dass es viele Übergänge gibt, und
- dass 2. dennoch ein bestimmter Fokus eingenommen wird: im einen Fall folgt man der Logik von Körperprozessen (im Falle der Bioenergetischen Analyse von „energetischen Prozessen”), im anderen jener des sich entwickelnden Beziehungsgeschehens (welches durchaus auch „energetische” Momente enthält, wenn man „energetisch” im metaphorischen Sinn versteht und damit potenziell konflikthafte Beziehungsdynamiken meint).

Ein Einwurf an dieser Stelle: „*Sie sagen unter 1., der Therapeut unterstütze die affektmotorischen Selbstprozesse des Patienten und helfe ihm dabei, dieses Erleben zu klären. Geht das nicht nahtlos in den Punkt 2 über? Ist es nicht oft so, dass der klärende Dialog, der sich zunächst ganz um die Befindlichkeit des Patienten kümmert, implizit das Beziehungsgeschehen trägt, so dass dann schrittweise die Beziehung ganz natürlich zum Thema wird? - Vielleicht springt für mich da etwas in die Lücke, was ich bei Pessoa gelernt habe (dessen Konzept ich, wenn ich mich recht erinnere, in der von Ihnen erwähnten Arbeit schildere). Er arbeitet mit einem Dreierschritt: Energie - Aktion - Interaktion, m. a. W.: Er hilft dem Patienten zunächst, sich seiner Körperenergien gewahr zu werden, dann der darin angelegten Bewegung, schließlich des dabei vorgestellten Gegenübers. Dieses Gegenüber, das in jeder mentalen und körperlichen Bewegung (als wenigstens latente Vorstellung) mit enthalten, mitgegeben ist, kann eine Figur der Vergangenheit oder der Gegenwart sein, eine andere Bezugsperson oder der Therapeut selber. Der Therapeut, der von Anfang an dabei ist, wird unweigerlich und natürlicherweise ganz plötzlich Thema - umso mehr, als man daraus keine Staatsaffäre macht.*”

Selbstzentrierte oder beziehungsorientierte Interventionen

Gisela Worm hat dazu in ihrer letzten Arbeit (2003) eine klare Position aufgezeigt, auf die ich mich im Folgenden – sinngemäß - beziehe.

Ein Beispiel: Ein Patient gerät beim Erzählen ins Stocken. Auf mein Befragen, was er denn gerade spüre, kann er sagen, dass er es nicht genau wisse, er spüre nur einen leichten Druck in der Brust. Die *eine* Möglichkeit würde nun darin bestehen, diesen Druck auf der Brust weiter zu explorieren, mit verbalen Mitteln, z. B. mit Hilfe von Phantasien und inneren Bildern. Man könnte den Patienten nun fragen, ob er zustimmen würde, dass der Therapeut seine Hand vorübergehend auf die Brust

des Patienten legt, und die sich dabei entwickelnden Körperprozesse weiter verfolgen, z. B. unter dem Einfluss verschiedener Variationen in der durch die Hand vermittelten Druckstärke. Was immer man in dieser Form versucht – es wäre ein „selbstzentriertes Vorgehen”, weil die zentrale Folie der Betrachtung das körperlich-affektive Erleben des Patienten ist.

Die *zweite* Möglichkeit besteht darin, das körperliche Spüren – z. B. vermittelt durch meine Hand auf der Brust des Patienten – im Übertragungserleben zu halten – also *in der Übertragung* zu arbeiten. Ich würde dieser Möglichkeit aber nur dann folgen, wenn ich den Eindruck hätte, dass der Patient *nicht* in einen Erlebensmodus gerät, in dem es ihm kaum möglich ist, eine innere Gesamtgestalt einer Erfahrung wahrzunehmen und zu beschreiben, wie das z. B. bei bestimmten traumatischen Erfahrungen der Fall ist; sondern dass er im Spüren und in der Beschreibung seiner Affekte relativ klar bleiben kann. Traumatische Erfahrungen sind durch einen Zusammenbruch integrierender Ich-Funktionen charakterisiert, so dass in der Folge einzelne Erlebnisfragmente im prozeduralen Gedächtnis überdauern und sich innerhalb der therapeutischen Situation aufgrund bestimmter Trigger in Form von Handlungsimpulsen oder körperlichen Empfindungen aktualisieren. Dies geschieht besonders dann, wenn das affektive Erleben eine Verdichtung erfährt; Umstände, die zu einer solchen Verdichtung führen, sind – bei entsprechend vorstrukturierten Patienten - insbesondere beziehungsorientierte Interventionen – daher ist hier Vorsicht geboten. Diese Patienten sind allerdings oft auch diejenigen, die wegen ihrer Schwierigkeit, sich affektiv-verbal auszudrücken, körperliches Intervenieren nahe legen; aber man sollte dabei wie gesagt Vorsicht walten lassen, mit diesen körperlichen Interventionen nicht zu sehr in das aktuelle Beziehungsgeschehen hineinzugeraten – das ist oft zu viel. Besser ist es, der Therapeut bietet sich dann als unterstützender Begleiter, als „Selbstobjekt” an; das ist ich-schonender.¹⁵

Entscheide ich mich für ein *beziehungsorientiertes Vorgehen*, würde ich den Patienten fragen, wie er mich, den Therapeuten, erlebe, wenn ich ihm nun meine Hand auf die Brust lege. Wenn er sie als angenehm empfindet, könnte ich jetzt versuchen zu explorieren, was es im Rahmen unserer Beziehung für ihn bedeute, dass er mich nun – vermittelt durch die Hand – angenehmer erlebe; vielleicht sei ich ihm jetzt näher, und vorher, als er den Druck in der Brust verspürt hatte, sei ich für ihn zu weit weg gewesen; oder umgekehrt. Der wesentliche Fokus im Vorgehen wäre hier die therapeutische Beziehung, vermittelt über den körperlichen Kontakt. Dies ist ein von der Grundrichtung her anderer Weg als ein selbstzentriertes Vorgehen; in aller Regel treten dabei eher konflikthafte Anteile und Abwehraspekte des Patienten hervor als beim selbstzentrierten Vorgehen, bei dem es mehr um das Sich-ausdrücken-Können körperlich-affektiver Prozesse geht, wobei es oft zu einem spürbaren Entlastungseffekt kommt.

¹⁵ Mit “Selbstobjekt” meine ich hier die Funktion des Therapeuten, einen unterstützenden Hintergrund für die Entfaltung des Erlebens des Patienten zu bilden, ohne sich in dieses Erleben einzumischen, wie etwa eine Mutter, deren Anwesenheit und grundsätzliche Verfügbarkeit genau das Richtige ist, damit sich ein kleines Kind ungestört und sicher ins Spiel einlassen kann. Dass Selbstpsychologen mit dieser Übertragung technisch möglicherweise anders umgehen, werde ich hier nicht reflektieren.

Kurz gesagt: Selbstzentrierte Interventionen führen viel häufiger zu entlastenden und guten Selbsterfahrungen auf der Körperebene, zu einem Ausdrücken-Können bisher unausgedrückter Impulse und Affekte oder einfach zu einem Spüren körperlicher Selbstaspekte, was oft weniger ängstigend ist als beziehungsorientierte Interventionen, die häufiger an den Widerstand des Patienten herantreiben.¹⁶ In vielen Fällen ist es – zumindest meiner Erfahrung nach – weniger ängstigend, sich mit sich selbst zu beschäftigen, auch deswegen, weil man eigene körperliche und emotionale Prozesse selbst kontrollieren kann; im direkten Gegenüber erweist sich das Maß an möglicher Kontrolle (über den Therapeuten) als geringer, sei dies nun real begründet oder bloß eine Phantasie.

„In Ihrem Beispiel mit der Hand auf der Brust des Patienten: Das können Sie ja tun, weil dieser Ihre Hand als vertraut oder zumindest vertrauenswürdig wahrnimmt, die Beziehung ihm also als sicher und entspannt vorkommt. Da ist es nahe liegend und fast unumgänglich, dass sich in Ihrem Dialog, welches Thema Sie auch ins Zentrum stellen, auch Ihre Beziehung spiegelt und entwickelt. Der Weg von einfacher Vergewisserung der Beziehungsqualität zu einfacheren oder, wo nötig, komplexeren Reflexionen ist dann nicht weit.

Natürlich kommt es vor, dass irgendetwas (Verbales oder Averbales), das sich zwischen Ihnen und dem Patienten ereignet, diesen triggert. Dann stürzt er in eine alte traumatische Szene und braucht es, dass Sie ihm helfen, wieder sicheren Boden unter die Füße zu bekommen. Natürlich werden Sie dann die Situation nicht problematisieren, sondern ihn daran erinnern, wie Ihre gemeinsame Arbeit gemeint ist, und ihm darlegen, was Ihre Absicht ist und wie Sie gestimmt sind.

Gerade um ihn sicher zu machen, müssen Sie auf die Beziehung rekurren. Haben Sie dem Patienten vorgängig geholfen, sich das innere Bild eines sicheren Ortes zu schaffen, mag es genügen, ihn daran zu erinnern. Ansonsten müssen Sie ihm helfen, die tatsächliche Qualität der therapeutischen Beziehung wieder ins Bewusstsein zu holen. Sie haben aber Recht, wenn Sie annehmen, die in diesem Moment erforderliche Beziehungsqualität habe für den Patienten Selbstobjektcharakter. Etwas anderes als Schutz, Boden und Empathie kann der Patient jetzt nicht brauchen. Aber stellt sich das nicht ganz natürlich ein?

Sie schildern dann, was passieren kann, wenn Sie beziehungsorientiert vorgehen. Wenn der Patient den Kontakt als angenehm empfindet, könnten Sie ‚versuchen zu explorieren, was es im Rahmen Ihrer Beziehung für ihn bedeutet ...‘ Warum sollen da eher konflikthafte Anteile bewusst werden? - Selbstverständlich werden im Laufe einer Therapie auch Konflikte

entstehen, ob Sie nun rein verbal oder körperorientiert arbeiten. Nach meiner Erfahrung will ein Patient, der einen Konflikt mit Ihnen hat, dass Sie eine körperliche Distanz wahren. Er will Sie sehen (um herauszufinden, ob Sie ertragen, dass er seinen Konflikt vorträgt), aber er will Sie weder berühren noch von Ihnen berührt werden. Berührung erinnert ihn an die Zeit, als er mit seinen Eltern noch körperlichen Kontakt hatte. Berührung gibt für ihn nur einen Sinn, wenn er sich auf der Kind-Eltern-Ebene mit Ihnen vertraut fühlt. - Erst wenn dieses Vertrauen schon ganz gesichert ist, können Sie gemeinsam versuchen, bestimmte, von ihnen schon erkannte Konfliktsituationen auch körperlich-szenisch durchzuspielen. Das ist dann vorwiegend lustbetont. Wird dabei konflikthafte Material geweckt oder gar traumatisches getriggert, kehren Sie wieder zurück zu Distanz bzw. verstärktem Holding.

Andererseits: Ist das Herstellen der primären Sicherheit gefragt, kann man sich nur nach den ganz individuellen, einmaligen Bedingungen des betreffenden Patienten richten. Das muss man dann gemeinsam herausfinden. Es gibt solche, da wäre jede Berührung anfänglich verheerend, andere, die sich erst und allein bei körperlichem Kontakt ganz entspannen. (Natürlich hat dieser stets eindeutig Eltern- bzw. Schutzcharakter. Sein Platz ist in der Regel am Rücken, auf dem Kopf, an den Schultern oder der Hand. Auch das ist ganz spezifisch. Einer dieser Plätze kann Sicherheit vermitteln, während ein anderer Irritation auslöst.)

Hergestellte Handlungsszenen oder unbewusste Inszenierungen

Eine weitere wichtige Differenzierung besteht darin, wie man „Enactments“ versteht und auch aufgreift. „Enactments“ sind gemeinsame Handlungen zwischen Patient und Therapeut – oft in Form gemeinsam gestalteter Szenen fassbar. Solche gemeinsamen Handlungsszenen kann man entweder bewusst herstellen – dies wäre ein möglicher technischer Ansatz; man könnte z. B. eine Beziehungsdynamik zwischen Patient und Therapeut auf die Handlungsebene bringen. Nehmen wir an, der Patient berichtet über Wünsche, sich an ein schützendes Objekt anzuschmiegen, dann bestünde eine mögliche Intervention darin, dass der Patient diese Wünsche in der konkreten körperlichen Interaktion mit dem Therapeuten ausprobiert und diese dadurch in einen Handlungsdialog hineingehen – und dabei bestimmten Handlungsdetails und damit verbundene Affekte im Detail explorieren – im Sinne eines Wechsels zwischen Handeln und Darübersprechen.

Dies wäre ein Vorgehen, das bestimmten körperpsychotherapeutischen Praktiken eigen ist bzw. diesen sehr nahe kommt.

¹⁶ Auch im Falle selbstzentrierter Körperinterventionen kann der Widerstand auf einer körperlichen Ebene deutlich werden. Das ist der Fall vor allem bei der Anwendung von Stresstechniken, deren Ziel es geradezu ist, den körperlichen Widerstand, den Charakterpanzer im Sinne Reichs, sichtbar zu machen. Bei einem behutsamen selbstzentrierten Vorgehen sind solche körperlichen Widerstände aber viel seltener, weil es für die meisten Patienten viel weniger gefährlich ist, sich mit ihren eigenen Empfindungen auseinander zu setzen als mit Gefühlen dem Therapeuten gegenüber. In einer psychoanalytischen Therapie weiß man das und muss in aller Regel zunächst diesen Widerstand gegen das Einlassen in die Übertragung geduldig überwinden helfen.

Etwas anderes – und genuin psychoanalytisches – ist es, solche Handlungsdialoge nicht zu initiieren, sondern auf deren spontanes Auftauchen im therapeutischen Kontext zu achten und sie *dann* aufzugreifen. Eine solche Sichtweise von Enactment würde sich mit dem psychoanalytischen Fokus des Achtens auf unbewusste Prozesse gut verbinden lassen – und würde natürlich von der therapeutischen Grundhaltung her ein geduldiges Abwarten des Therapeuten voraussetzen, bis sich solche Enactments einstellen. Günter Heisterkamp hat in seinem letzten Buch (2002) Beispiele für Enactments dieser Art gegeben; und Schmidt (2003) hat in einem Psyche-Artikel ein sehr schönes Beispiel beschrieben, wie sich ein solches Enactment zunächst in der Gegenübertragung des Therapeuten ankündigte und von da her gemeinsam entschlüsselt werden konnte. Denn spontane, ungeplante Enactments sind sozusagen Verdichtungen des therapeutischen Prozesses, gekennzeichnet durch eine starke affektive Beteiligung beider Interaktionspartner, und von daher oft auch angstbesetzt; ihre Entschlüsselung erfordert sowohl profunde Selbsterfahrung als auch psychoanalytisches Können. Sie erfordert ein flexibles Oszillieren zwischen affektivem Sicheinlassen und kognitivem Verstehen der Szene.

Zwischenbilanz

Während *selbstzentrierter Interventionen* befindet sich der Therapeut in einer Selbstobjektübertragung und fördert dabei umgrenzte körperliche Prozesse oder Handlungsszenen, die er gemeinsam mit dem Patienten *bewusst herstellt*. Die körperliche Exploration mündet dabei nicht selten in positive korrigierende emotionale Erfahrungen, so dass im Hier und Jetzt eine bessere Erfahrung als damals möglich wird.

Körperbezogene Arbeit *in der Übertragung* fußt auf einer Abfolge von *beziehungsorientierten Interventionen*, entweder als bewusst hergestellte Handlungsszenen oder spontan sich manifestierend. Der Therapeut ist dabei konkretes Gegenüber. Die ungeplante Verdichtung ist nur dann möglich, wenn auch der Therapeut seine Schutzhaltung aufgibt und sich auf diese Affektualisierung des Prozesses einlässt. Dann können im günstigen Fall Enactments zu „Now-moments“ (Stern, 1998) werden, bei denen der Therapeut charakteristischerweise passager das Gefühl hat, die ganze Therapie könnte jetzt „den Bach runterlaufen“. Es sind dies emotionale Zuspitzungen in Beziehungsprozessen, die jeder von uns aus dem Alltag sehr gut kennt – und die wir im Allgemeinen gern vermeiden. In der Therapie liefern sie dann – wenn beide Interaktionspartner sich darauf einlassen – Material für die analytische Arbeit: das gemeinsame unbeabsichtigte Handeln wird Gegenstand des analytischen Verstehens – die unbewussten Motive des Patienten können auf diese Weise herausgearbeitet werden. Auf der theoretischen Ebene hilft dabei ein interaktioneller Übertragungsbegriff, wie er z. B. von Bettighofer (2001) formuliert wurde.¹⁷

¹⁷ Ein interaktionelles Übertragungsverständnis erfordert natürlich ein anderes Verständnis von Abstinenz und Neutralität, worauf Bettighofer in der zitierten Arbeit eingeht.

¹⁸ Dies gilt für den „normalen Patienten“ – nicht unbedingt für Patienten mit viel therapeutischer Vorerfahrung.

Zwischenbilanz von Niklaus Roth: *„Selbstzentrierte Interventionen im Modus der Selbstobjektübertragung, die in positive korrigierende Erfahrungen münden, eignen sich vorzüglich dazu, das Beziehungsgeschehen zu reflektieren, sowohl auf der Ebene der Übertragung (Vergangenheit) wie auch auf der Ebene der Realität (Gegenwart). Die ‚Now-Moments‘ von Stern kommen dem, was Balint (1970) als Neubeginn beschrieben hat, unheimlich nahe. Ein Vergleich wäre interessant.“*

Für den Patienten kann die Arbeit *in der Übertragung* belastend, konflikthaft oder ängstigend sein; das ist anders, als wenn ich mich als Therapeut „im Hintergrund“ halte. Therapeutische Arbeit *in der Übertragung* ist daher auch nicht immer indiziert. Der Preis dieses Vorgehens ist somit eine starke Ich-Belastung. Ihr Vorteil liegt in der Möglichkeit, unbewusste Beziehungskonstellationen differenziert verstehen zu können.

„Wenn die Arbeit belastend wird, liegt immer auch ein Konflikt auf der Übertragungs-Gegenübertragungs-Ebene vor. Dank der Psychoanalyse haben wir gelernt, dass dieser, obwohl er zunächst als störend oder sogar bedrohlich imponiert, immer eine besondere Chance bietet. Ob man sich primär um die Wiederherstellung eines tragenden Bodens bemühen muss oder sich Zeit für komplexere Reflexionen nehmen kann, hängt von den aktuellen Gegebenheiten ab.“

Ist es nun Haarspalterei, oder ist es berechtigt, zwei Wege des Vorgehens zu beschreiben und auch zu unterscheiden – und wenn man zwei Wege unterscheiden kann, haben diese in einem gemeinsamen methodischen Vorgehen Platz?

Ein Vergleich aus dem schulischen Lernfeld

Therapie ist wesensmäßig ein Umlernprozess. Damit ein Umlernen stattfinden kann, bedarf es einer Irritation des bestehenden psychischen Gleichgewichts. In jeder (erfolgreichen) Psychotherapie – so meine These – kommt es zu Irritation, jedoch eingebettet in Wohlwollen. In einem ausgewogenen Wechsel aus empathischer Einfühlung und Wertschätzung des Patienten auf der einen Seite und Irritation bzw. Konfrontation auf der anderen Seite kann die Grundlage dafür geschaffen werden, dass Umlernen stattfinden. An dieser Stelle wäre gleich festzuhalten, dass ein zu starkes Verharren in der empathischen Position – und eine solche Gefahr kann sich bei einer Betonung selbstzentrierter Interventionen einstellen – das Risiko mit sich bringt, dass sich der Patient zwar gut verstanden, aber zu wenig herausgefordert fühlt.

Jedes Lernen muss einer bestimmten Logik folgen, damit es vom Lernenden begriffen werden kann. Die den Lernprozessen zugrunde liegende Logik sollte möglichst kohärent und einfach verstehbar sein. Unterschiedliche Logiken nebeneinander vermittelt verwirren. Die Anforderung an das Lernfeld „Psychotherapie“ ist also, mit einer Verstehensfolie zu operieren, die nicht zu komplex ist.¹⁸

Dazu ein Vergleich: Volksschüler lernen schreiben und lesen, indem didaktisch auf folgende Weise vorgegangen wird: *entweder* sie lernen einzelne Buchstaben und setzen daraus Schritt für Schritt Wörter zusammen, wobei am Ende das Selbstproduzieren steht – das Integrieren des Wissens um Buchstaben und Buchstabenkombinationen, so dass man daraus Wörter, Sätze und Geschichten schreiben kann – all dies nach einem langen Weg des Einübens von Vorgegebenem. Vorgegeben sind die Buchstaben als kleinste Einheiten sowie die Satzzeichen.

Oder man geht den umgekehrten Weg, geht nach der Methode eines „handelnden Spracherwerbs“ aus (Bergk, 1990), bei der die Volksschüler von Anfang an mehr selbstgestalterische Möglichkeiten haben und erst dann Schritt für Schritt das primär Vorgegebene, die einzelnen Buchstaben und Satzzeichen, herausarbeiten. Es wäre dies ein Vorgehen, das aus übergeordneten Gestalten Schritt für Schritt die einzelnen konstituierenden Elemente abstrahiert – also vom Gesamt zum Detail. Der erste Lernweg wäre hingegen ein Weg von den aufbauenden Einheiten zum Gesamten.

Beide Vorgangsweisen haben ihre Berechtigung, ihre Stärken und ihre Schwächen. Beide werden wesentlich davon abhängen, wie der betreffende Lehrer/die Lehrerin die Methode zur Anwendung bringt. Es wird Kinder geben, die mit der einen Methode besser zurechtkommen, und solche, für die die andere Methode die geeignete ist.

Es wäre aber für Kinder verwirrend, wenn man sie abwechselnd der einen und der anderen Methode des Lesen- und Schreibenlernens aussetzen würde – ihre Fähigkeit, sich Sprache schreibend und lesend anzueignen, würde durch eine solche Mischung beträchtlich leiden; daher entscheiden sich Volksschullehrer ja auch am Beginn der 1. Klasse für die eine *oder* andere didaktische Methode und behalten diese dann während der vier Volksschuljahre bei.

In Analogie dazu würde ich behaupten, dass sich Lernen für den Patienten in der Psychotherapie leichter nachvollziehbar macht, wenn eine klare Logik für ihn erkennbar ist: *entweder* die Logik des Verstehen-Lernens von Übertragungsbedeutungen, indem der Therapeut sich relativ konsequent als konturiertes Gegenüber einführt und den Patienten ermutigt, die einzelnen Übertragungsfacetten zuzulassen und reflektierend zu verstehen. Der interaktiv-körperliche Zugang wäre dann ein solcher, der die Palette der Übertragungsreaktionen erweitert und das affektive Beziehungserleben durch die Konkretisierung in der Interaktion verdichtet und damit vertieft.

Oder man folgt der Logik eines Entfalten-Lernens affektiv-körperlicher Reaktionen mit Hilfe eines Therapeuten, der sich als unterstützender Begleiter im Hintergrund befindet und bei der Entfaltung körperlich-affektiven Erlebens – teils verbal, teils handelnd – hilft. Auch hier würden sich Affekte und Körperreaktionen entfalten, aber nicht so sehr im Hinblick auf das therapeutische Gegenüber, sondern im Hinblick auf vergangene Szenen. In einer Therapie, die bei einer Frequenz

von ein- bis zweimal pro Woche über einige Jahre verläuft, kann ein solcher Lernprozess effektiv sein und dauerhafte strukturelle Veränderungen bewirken.

In der Praxis zeigt sich, dass jeder Therapeut mit dem einen Patienten gut und produktiv arbeiten kann, bei dem anderen an bestimmte Grenzen stößt. Diese Grenzen sind einerseits persönlicher Natur – unerkannte Gegenübertragungswiderstände – oder sie haben methodischen Charakter. Scharff (1998) hat sehr schön beschrieben, wie das psychoanalytische Couch-Setting im positiven Fall zu einem immensen Möglichkeitsraum für den Patienten führen kann, im negativen Fall aber die zentrale Wunde des Patienten wiederholt und ihn retraumatisiert; Gleiches gilt für jedes beliebige andere Setting.

Aus einer patientenzentrierten Perspektive ist es daher nur sinnvoll, in therapeutischen Prozessen, die stecken bleiben oder in eine Sackgasse geraten, nach gründlicher Reflexion und in Absprache mit dem Patienten das methodische Vorgehen zu wechseln. So verwendet Scharff in bestimmten Fällen die „inszenierende Interaktion“, um auf diese Weise den therapeutischen Fluss wiederherzustellen. Das halte ich methodisch für korrekt und würde sagen: Das ist ein „kritischer Eklektizismus“ – in einem klar indizierten Fall bedient man sich einer zusätzlichen Methode, die einer anderen Logik folgt, im Sinne der Förderung des therapeutischen Prozesses. Aus der Sicht des Patienten ist es nämlich unerheblich, nach welcher Methode er sich positiv entwickeln kann.

„Jedes Lernen muss einer bestimmten Logik folgen ...“: Diese Abschnitte möchte ich dreimal unterstreichen, nicht aber die Konsequenz, die Sie daraus ziehen, nicht das ‚Entweder-oder‘. Ich sehe die Lösung im Falle der Psychotherapie in einem ‚Sowohl-als-auch‘. Ich denke, gerade weil Sie die zwei Positionen so deutlich vor sich sehen, sind Sie gut gerüstet, sie in aller Klarheit in sich zu integrieren. Es gibt bei Asagioli psychosynthetische Techniken, bei denen man zwei Prinzipien, die zu einander in einer dialektischen (sich nicht ausschließenden) Spannung stehen, auf einer tiefen (nicht nur intellektuellen Ebene) zur Synthese bringen kann. Solches geschieht aber auch ganz spontan, wenn man sich darauf einstellt. Das ermöglicht dann, von einem übergeordneten Standpunkt aus intuitiv einen persönlichen Modus zu finden, wie man über beide freier verfügen kann. Es ist dann wie Hammer und Zange: Sie nehmen immer das Werkzeug zur Hand, das sich als nützlich bzw. möglich erweist. – Natürlich, da gebe ich Ihnen wieder Recht, kann der konkrete Fall eintreten, dass Sie einem Therapeuten in Ausbildung an einem bestimmten Punkt den Rat geben, sich auf ein bestimmtes Vorgehen zu beschränken bzw. von einem anderen die Hände zu lassen ... Vielleicht komme ich zu solchen Überlegungen, weil ich durch und durch Supervisor geworden bin, und deshalb ein ganz und gar schlechter Schullehrer wäre...“

Exkurs: Kritik an Integrationsversuchen

Als psychoanalyseinteressierter ex-bioenergetischer Lehrtherapeut wurde ich vor etwa zehn Jahren vom Vorstand mei-

nes damaligen Ausbildungsvereins - der DÖK¹⁹ - gebeten, ein Papier zu verfassen, mit dem Ziel, vor dem österreichischen Gesetzgeber als psychotherapeutisches Ausbildungsinstitut ein Ansuchen einzureichen zu können. Es ging also um gesetzliche Anerkennung als Ausbildungsverein. Ich habe damals diesen Auftrag übernommen und in meinem Schreiben – über 100 Seiten stark - alles ins Feld geführt, was beweisen sollte, wie sehr auch im bioenergetischen Denken psychoanalytisches Gedankengut integral enthalten ist. Eine Unmenge an Literatur hatte ich zu diesem Zweck angeführt und zitiert.²⁰ Ich war dann zunächst äußerst irritiert, als ich die Begutachtung meines Papiers zu Gesicht bekam und das Ergebnis der Begutachtung negativ ausgefallen war. Meine Gutachterin war Eva Jaeggi, und sie führte mir mit gnadenloser Präzision vor Augen, was ich damals nicht angedacht und auch nicht angesprochen hatte: nämlich die vielen offenen und unklaren Fragen, die ich einfach übergangen hatte in meiner Euphorie des Sammelns von Integrationsbeweisen.

Das hat mich damals ziemlich geschockt, weil mir ihr Urteil recht vernichtend vorkam. Die darin enthaltene subtile Polemik kränkt mich auch heute noch ein bisschen, aber ich bin ihr auch dankbar, dass sie mit einer gewissen Akribie auf all die offenen Punkte hingewiesen hat und mit ihrem Scharfblick den Finger genau in die „offenen Wunden“ legte. Das tat zunächst weh, ich habe aber daraus mittlerweile viel gelernt.

Jaeggi richtete in der Begutachtung ihr Augenmerk damals *nicht* auf den Nachweis der Wirksamkeit des Verfahrens (zu dieser Zeit lagen nur sehr wenige Wirksamkeitsstudien zur Bioenergetischen Analyse vor), sondern auf die innere Konsistenz des dargestellten Systems, seine immanente Logik und die Möglichkeit seiner Weiterentwicklung. „Wir müssen ... darauf achten, ob die Vertreter einer Therapieschule genügend Reflexionsfähigkeiten (gemessen an den Theorie-Arbeiten) aufweisen, um Lücken, die unbewiesene Behauptungen und die Möglichkeiten der Weiterentwicklung auch wahrzunehmen. Übertriebener Optimismus, vorschnelle Ontologisierungen (Übertragungen von der Verbalebene auf die Seins ebene) sowie allzu schnelle Integrationsbehauptungen scheinen mir in diesem Zusammenhang ebenso schädlich wie allzu naive und unbegründete allgemeine theoretische Behauptungen“²¹ (S. 3). Sie bestätigte mir damals fairerweise zwar eine

Menge an Detailwissen, konstatierte aber auch deutlich dass die von mir vorgestellte Ansatzpunkte „sehr locker vermischt“ (S. 4) waren, so dass der Eindruck bei ihr entstand, alles was gut und teuer in der Psychoanalyse ist, auch wirklich bedacht zu haben. Damit hätte ich zeigen wollen, dass mein vorgestellter Ansatz ohne weiteres einer psychoanalytischen Therapierichtung hinzuzurechnen wäre (S. 5).²² – was exakt dem Auftrag entsprach, den mir mein Verein gegeben hatte. Jedoch hatte sie diese Absicht durchschaut.

Hatte ich in meinem Antragspapier z. B. vielfach die Arbeiten Daniel Sterns herangezogen, um damit zu verdeutlichen, dass bestimmte körperbezogene Techniken bestimmte Erlebenszustände des Säuglings zu aktivieren imstande sind (im Zuge einer angenommenen Regression auf präverbale Erlebniszustände), so wies die Gutachterin darauf hin, dass eine solche Behauptung bisher unbewiesen sei, nicht zuletzt deswegen, weil das Körperempfinden beim Erwachsenen mit dem des Säuglings eben nicht so ohne weiteres vergleichbar ist. Es ist vielmehr bislang „die Frage, in welcher Weise sich beim sprachfähigen Menschen (der ja gerade imstande ist, körperliche und seelische Prozesse zu differenzieren und diese wiederum sprachlich unterschiedlich zu kodieren) das Körperempfinden verändert, ausdifferenziert und u. U. sozusagen ‚selbständig‘ macht. Das (in der Körperpsychotherapie viel gebrauchte, Erg. PG) Wort ‚Ganzheitlichkeit‘ kann hier sicher nicht in demselben Sinn gebraucht werden wie beim Säugling“ (S.6) (bei dem man das Selbstempfinden in der Tat als stark abhängig vom Körpererleben betrachten kann, wie Daniel Stern aufzeigt).

Interessant ist für mich nachträglich die Feststellung, dass ich die Kritik von Jaeggi damals zurückgewiesen und anschließend verdrängt hatte. In einer späteren Arbeit zum Thema Regression²³ habe ich mich unbewusst ihrer Kritik angeschlossen und auf die unter Körperpsychotherapeuten weit verbreitete Vorstellung einer einfachen Regression erwachsener Patienten auf ein frühkindliches Erlebens problematisiert, was exakt ihrer Kritik entsprach. Allerdings hatte ich sie – Jaeggis mahnende Worte von damals - so gut verdrängt, dass ich ihre Arbeit nicht einmal im Literaturverzeichnis anführte – dies als Beispiel, wie das Unbewusste offenbar arbeitet.²⁴

¹⁹ Deutsche und Österreichische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse – Körperbezogene Psychotherapie.

²⁰ Geißler, P. (1996): Körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse. In: Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie. Peter Lang, Frankfurt, S. 179-291.

²¹ Gutachten betreffend das Ansuchen des Vereins „Österreichische Gesellschaft für Körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse“ um Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung. E. Jaeggi, Technische Universität Berlin, Fachbereich 7: Umwelt und Gesellschaft, Fachgebiet Klinische Psychologie

²² Thea Bauriedl hat im Rahmen ihrer Kritik an Tilmann Mosers Lehrvideos den Körperpsychotherapeuten, die sich locker auf die Psychoanalyse beziehen, vorgeworfen, sie plünderten die Psychoanalyse gleichsam aus – ein m. E. aus heutiger Sicht nicht ganz unberechtigter Vorwurf.

²³ Geißler, P. (2001): Mythos Regression. Psychosozial-Verlag, Gießen.

²⁴ Man könnte diesbezüglich auch von einer Identifikation mit dem Aggressor sprechen, was bekanntlich *eine* Art der Bewältigung traumatischen Erlebens darstellt.

Aus heutiger Sicht gibt es übrigens eine bessere Möglichkeit, die Verbindung zwischen dem Erwachsenenenerleben in der Regression und frühkindlichem Erleben herzustellen, indem man sich nämlich auf Sterns Konzept der „Domänen des Erlebens“ beruft. Stern unterscheidet fünf Domänen des Selbstempfindens und des Erlebens der Umwelt und von Personen: die Domäne bzw. Welt der auftauchenden Bezogenheit, die Welt der direkten körperlichen Kontakte, die Welt der intersubjektiven Bezogenheit, die verbale Welt und die narrative Welt. Er hat das Domänen-Konzept als Alternative zum ursprünglichen psychoanalytischen Phasenkonzept eingeführt, und der Unterschied besteht darin, dass diese Domänen, auch wenn sie zum ersten Mal im Leben in einer zeitlichen Folge hintereinander auftauchen, zeitlebens erhalten bleiben und in einem Vordergrund-Hintergrund-Verhältnis zueinander stehen.²⁵ Allerdings muss man einräumen, dass sich Stern selbst bezüglich der Ausweitung seines Konzepts in Richtung einer körperzentrierten Regressionstheorie sehr zurückhaltend äußert – er denkt in diese Richtung nur in einer allgemeinen Art und Weise, wie z. B. die in einem Interview mit Ulfried Geuter²⁶ formulierte Idee, den Körper an sich wieder mehr ins psychotherapeutische Denken einzubeziehen.²⁷ Aber er gab bislang keinerlei technische Anweisungen.

Hatte ich an einer anderen Stelle in meinem Einreichpapier damals auf Krause verwiesen und zu belegen versucht, dass die Übernahme bestimmter Gebärden im Rahmen bioenergetischer Übungen auch die zugehörigen Gefühle aktivieren könne – eine im Übrigen damals sehr verbreitete Übungstechnik unter Bioenergetikern –, so wies Jaeggi darauf hin, dass die Studien von Krause einen solchen Schluss eben *nicht* zuließen, da sich bei den Analysen (vor allem zur Gesichtsmimik) herausgestellt hatte, dass das Erleben mit den mimisch zum Ausdruck gebrachten Affekten nur mäßig korrelierte. Das Ablesen bestimmter Gefühle von Gesichtern erwies sich daher damals als äußerst problematisch, so dass eine Diagnostik von Körpervorgängen auf der Makroebene (wie beim Körperlesen in der Bioenergetischen Analyse) als ebenso problematisch anzusehen war (S. 7). Darüber hinaus können, wie Krause²⁸ zeigte, mimisch und gestisch kodierbare Affek-

te unterschiedlichen und nicht so leicht voneinander trennbaren Zielen dienen: sie können dem Objekt gelten, dem Selbst oder der Interaktion.²⁹

Jaeggi kam aufgrund dieser und noch vieler anderer Inkonsistenzen zu dem Schluss, dass es sich bei dem vor mir vorgelegten Papier um eine eklektisch angelegte Zusammenschau von Tiefenpsychologie und Bioenergetik handle, ohne dass in begründeter Weise versucht worden war, Inkonsistenzen in beiden Systemen zu überbrücken und problematische Teile beider Theorien als solche zu kennzeichnen (S. 13). Mein Versuch, analytische Körperpsychotherapie als methodisch klar umrissenes Verfahren zu beschreiben, war gescheitert. Man könnte diesen Umstand auch meinem Unvermögen zuschreiben, eine angemessene methodische Darstellung zu liefern. Auch wenn die Niederschrift dieses Antragspapiers nun schon zehn Jahre zurückliegt und ich mittlerweile einiges anders sehe, so glaube ich doch, dass Jaeggis Diagnose nicht ganz unrichtig war – und auch nach zehn Jahren hat sie für mich noch immer eine gewisse Berechtigung bzw. ist Herausforderung, sich dieser Kritik zu stellen.

Ein weiterer Exkurs: Psychotherapeutische Methodenbildung im Verhältnis zum Gegenstand

Nach neueren Erkenntnissen der Systemtheorie und der Synergetik ist ein zentraler Begriff unserer methodischen Überlegungen die Autopoiesis. Es geht dabei um das Prinzip der Selbsterzeugung und auch Selbststeuerung, basierend auf eigenständigen Identitäten, die zur Selbstorganisation und Selbststeuerung fähig sind und sich selektiv an ihre Umwelt anschließen. Das Autopoiesis-Konzept wurde von Maturana und Valera im Bereich der Neurobiologie entwickelt und ursprünglich der Biologie entnommen – nämlich Selbsterzeugungsprozessen auf der zellulären Ebene – und dann auf psychische und soziale Systeme übertragen.³⁰ Ein Kennzeichen von Autopoiesis ist auch, dass nicht nur aus vorhandenen Handlungsalternativen bestimmte ausgewählt und andere unterdrückt werden, sondern dass in diesem Prozess auch ständig neue Alternativen erzeugt werden. D. h., Autopoiesis

²⁵ Auf diese Möglichkeit macht auch der Gestaltpsychologe Staemmler wiederholt aufmerksam. Zuletzt: Staemmler, F.-M. (2003): Körperliche Mikroprozesse im Hier und Jetzt – Gestalttherapeutische Zugänge zur prozessualen Aktivierung. In: Geißler, P. (Hg.): Körperbilder. Sammelband zum 3. Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“. Psychosozial, Gießen, S. 127-139. Es ist bemerkenswert, dass sich Stern in seinen Ideen gestalttherapeutischen Positionen wie der Hintergrund-Vordergrund-Relation deutlich annähert.

²⁶ Eine Psychotherapie, die berührt. Streit um den körperlichen Ausdruck von Gefühlen bei der Behandlung von seelisch Kranken. Süddeutsche Zeitung 10. 12. 1999, Nr. 236.

²⁷ Ich hatte selbst Gelegenheit, mir seine Position im Rahmen der „Bonner Symposien“ anzuhören und schätze nicht nur seine brillanten Gedanken, sondern auch seine Vorsicht.

²⁸ Eine differenzierte Arbeit zu den Fragen, was es heißt, „Aug in Aug“ mit dem Patienten psychoanalytisch zu arbeiten, hat Johannes Ranefeld vorgelegt, der sich u. a. auf Krause bezieht: Ranefeld, J. (1995): Aug´ in Aug´ - Aug´ um Auge. Grundlagen einer psychoanalytischen Praxis von Angesicht zu Angesicht. Texte 3, 76-87.

²⁹ Krause, R. (1997): Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.

³⁰ Es mag kein Zufall sein, dass sich auch Wilhelm Reich in seinen bahnbrechenden Entdeckungen, die letztlich neue körperpsychotherapeutische Theorien ermöglichten, auf die Erforschung zellulärer und biologischer Prozesse stützte (wie z. B. das Pulsationsmodell, d. h. der rhythmische Wechseln von Kontraktion und Expansion, was er damals an Amöben beobachtete).

ist nicht nur reflexiv, sie ist auch emergent, und die Emergenz ist prinzipiell nicht antizipierbar. Mit einfacheren Worten: Der Prozess der Entwicklung ist offen, und wir haben es mit einem Organismus bzw. Individuum zu tun, das aktiv und gestaltend ist, das den Prozess ständig beeinflusst und ihn durch Erkenntnis (Lernen) verändert. Autopoiesis heißt somit Lernen durch Erfahrung, heißt Autonomie, heißt historischer Wandel und offene Zukunft.

Wendet man das Konzept der Autopoiesis auf den Gegenstand psychotherapeutischer Verfahren an – auf das Erleben von Individuen und deren psychische Organisation, dann heißt dies, dass die theoretische Reflexion autopoietischer Realität einen besonderen Theorietypus verlangt, der sich von dem der Naturwissenschaften unterscheidet: ein Symbolsystem, das nicht mit eindeutig festlegbaren Zeichen operiert (wie Zahlen in der Mathematik), sondern mit kognitiven Konzepten, in denen die Erfassung des jeweils Besonderen im Mittelpunkt steht. Ein solches Symbolsystem zielt also auf die spezielle Logik, auf das Individuelle, auf Subjektivität und Reflexivität des Prozesses. An die Stelle allgemein gültiger Gesetzmäßigkeiten treten sinnvolle Begriffe – als teils widersprüchliche, multipel determinierte und autonome Einheiten, die sich letztlich erst in der Beziehung zu dem erfassen, was thematisiert wird.

In der Welt der Psychotherapiemethoden gibt es dieser Auffassung nach – der Position des „konstruktiven Realismus“ – keine definitiven Wirklichkeiten, sondern einen permanenten Prozess der Entwicklung, Veränderung und Auffächerung. Die Folge davon ist eine permanent wachsende Zahl an Möglichkeiten, menschliches Erleben zu verstehen und zu erklären, wobei immer die Stellung des erkennenden Subjekts zentral ist.³¹ Und dies öffnet den Boden für eine Vielfalt von Verständnismöglichkeiten und damit auch Methoden.

Die mittlerweile enorme Vielfalt psychotherapeutischer Methoden ist so gesehen nicht nur ein großes Hindernis für Patienten, sich in der Therapielandschaft zu orientieren, sondern auch ein Hinweis auf die Gegenstandsangemessenheit. Je nachdem, welche Prämisse, welchen Leitaspekt man herannimmt, entwickeln sich unterschiedlichste Möglichkeiten, ein Thema zu analysieren. Von daher ist ein Einheitsmodell von Psychotherapie auch gar nicht zu erwarten bzw. suspekt.³² Extrem

formuliert läuft diese Position auf folgendes Ziel hinaus: Jeder Therapeut hat seine eigene, private Theorie, seine eigenen Erklärungsmodelle, das Erleben und Verhalten seiner Patienten zu verstehen, und diese Modelle ändern sich zudem ständig. Eine personenunabhängige Interventionsstruktur zwischen einem bestimmten Klienten und einem bestimmten Therapeuten ist aus dieser Sicht nicht begründbar – der Einflussfaktor „Therapeut“ ist das Entscheidende und soll es auch sein. Es gibt so viele Methoden, wie es Psychotherapeuten gibt – eine Sichtweise übrigens, die Yalom – ein gegenwärtig sehr bekannter Psychotherapeut aus dem Bereich der Existenzanalyse – auf die jeweilige Technik erweitert, indem er sagt: „Meine Technik besteht darin, alle Techniken fahren zu lassen!“³³

Eine solche Sichtweise³⁴ ist – so finde ich – eine wunderbare Metapher für das psychotherapeutische Handeln von Kolleginnen und Kollegen, die langjährige Erfahrung besitzen und deren theoretische und praxeologische Raster in gewisser Weise automatisiert im Hintergrund ablaufen.³⁵ Sie schafft auf diese Weise aber nicht nur persönliche Handlungsfreiheit für den einzelnen Therapeuten, sie schafft für den unversierten Therapeuten und den Therapie-Ausbildungskandidaten auch Unsicherheit.

Für Ausbildungen – im Sinne von Lernprozessen – gilt daher: Bestimmte grundlegende Lernschritte sollten vermittelbar und erlernbar sein, und zwar innerhalb einer umgrenzten Zeitspanne. Psychotherapeutische Ausbildungsvereine sind daher auf Methoden angewiesen, die von ihrer Struktur her nicht zu komplex sind, sondern dem Anfänger die Möglichkeit geben, sich an klaren Richtlinien und Kategorien zu orientieren. Zu vermitteln wäre außerdem: Das vermittelte Lernraster ist *ein* Raster von vielen und außerdem von begrenzter Reichweite, psychische Prozesse zu erklären. Um die Komplexität psychischen Geschehens zu begreifen, sollte dem Ausbildungskandidaten von Beginn an vermittelt werden, dass er sich später noch fortbilden muss – z. B. dass Psychoanalytiker ein gewisses Maß an körperpsychotherapeutischer Selbsterfahrung später auch brauchen, um zu verstehen, was körperliche Prozesse in einem anderen als dem psychoanalytischen Setting sein können.

³¹ Man müsste m. E. hinzufügen, dass „Erkennen“ auch ein spürendes Erkennen einschließen sollte, d. h., nicht nur auf kognitive Erkenntnis beschränkt werden sollte. Nicht umsonst spricht die Gestalttherapie von Bewusstsein (kognitiv) und Bewusstheit (körperlich-prozedural), und nicht umsonst stellt man in der analytischen Körperpsychotherapie dem klassisch-psychoanalytischen Verstehen ein „basales“ Verstehen gegenüber. Beide Verstehensformen sind wichtig. Ob all dies mit der Position des konstruktiven Realismus vereinbar ist, entzieht sich meiner Kenntnis.

³² Die bekanntesten Einheitsmodelle sind die von Klaus Grawe, Hilarion Petzold und Ken Wilber.

³³ Yalom, I. D. (1998): Die rote Couch. Goldmann, München, S. 16. Auch wenn das Zitat belletristischer Literatur entnommen ist, so kann man es m. E. durchaus in der hier angedeuteten Weise verwenden.

³⁴ Zu einer ähnlichen Auffassung kommt im Übrigen S. Bettighofer mit seiner Konzeption von Übertragung als „Interaktioneller Übertragung“.

³⁵ Theoretisch konzipiert wird eine solche Form spontaner therapeutischer Handlungsfreiheit neuerdings von Daniel Stern mit seinen „Now-moments“ (siehe später) und von Bettighofer in seiner Interpretation eines „interaktionellen Übertragungsbegriffs“: Bettighofer, S. (2001): Sexualität zwischen Verdrängen und Agieren. In: Geißler, P. (Hg.): Über den Körper zur Sexualität finden. Psychosozial, Gießen, S. 95-117.

Nicht selten treffen wir aber in psychoanalytischen und anderen methodischen Ausbildungsvereinen auf die Tendenz, die eigenen Konzepte dogmatisch zu verteidigen – bei den Schülern sogar oft mehr als bei den erfahrenen Lehrern und Praktikern. Aus der hier angeführten Sichtweise sind solche Tendenzen in methodenvermittelnden Institutionen, wie Ausbildungsvereinen, verstehbar: es handelt sich um Stabilisierungsmaßnahmen.

Ein diesbezüglich zutreffendes Beispiel aus der bioenergetischen Szene, in der ich als Psychotherapeut aufgewachsen bin, was das „Back-to-Basics“-Programm des Schulgründers Alexander Lowen Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts, das eine Antwort war auf die Versuche einiger „Rebellen“, sich mit der Psychoanalyse auseinander zu setzen, und – noch mehr – die Bioenergetische Theorie ernsthaft zu kritisieren. Bekanntlich endete dieser Versuch mit Ausschlüssen aus dem New Yorker Institut und Abspaltungen.

Die psychoanalytische Identität als eigene Schule ist seit geraumer Zeit mehr als unsicher, die Psychoanalyse muss sich mit viel Kritik von außen und auch von innen befassen. Sie hat – genauso wie die Bioenergetische Analyse – eine traumatische Vorgeschichte, wenn man an die Ausschlüsse von Reich und Ferenczi denkt. Zu den bis heute verbreitetsten Sicherungsmaßnahmen gehört die ungebrochene Angewohnheit psychoanalytischer Autoren, sich in jedem Beitrag stereotyp zumindest einmal auf Freud zu beziehen, egal worüber geschrieben wird. Ein Freud-Zitat vermittelt offenbar das Gefühl, auf jeden Fall noch dazuzugehören.³⁶

Nochmals: Nimmt man das Axiom der „autopoietischen Realität“ ernst, dann sind unserem Gegenstand Widersprüchlichkeiten immanent. Mit Widersprüchlichkeiten zurechtzukommen ist auf die Dauer nicht leicht, wie wir wissen, und obwohl wir das wissen, sind wir Psychotherapeuten auf dieser Ebene ganz normale Menschen und reagieren wie diese nur allzu leicht mit repressiven Mechanismen. Dabei werden in Instituten, Arbeitsgruppen und Kollegenkreisen genau jene Auseinandersetzungen ausgeklammert, die das Verdrängte der Theorie und/oder Institution thematisieren würden – wobei diese Zurückweisung am effizientesten als Ergebnis der eigenen Reflexion argumentiert (rationalisiert) wird. Keine Institution wird davon jemals frei sein, und auch in dem Kreis, dem ich nun seit zehn Jahren angehöre, dem AKP, haben wir mit solchen Mechanismen zu tun – ich will fast sagen „sehen den Augen“.

Das heißt natürlich auch, dass Kontaktabbrüche und Abspaltungen in gewisser Weise vorprogrammiert sind. Denn die Heterogenität gehört zentral zu unserem Gegenstand. Als Folge davon werden in den verschiedenen Methoden verschiedene Mikrowelten beschrieben und thematisiert; keiner kommt eine Priorität zu. Jede ist in ihrem eigenen Bezugsrahmen gefangen, der von den Fragen aufgespannt wird, die diese The-

orie stellt und ausspart. Eine Einheit der Erkenntnis ist eine Illusion.

Wie kann man jedoch diese „Begegnung der Mikrowelten“ so gestalten, dass sie förderlich ist – anstatt dass daraus ein Krieg der Welten, ein „Star-wars-Szenario“ entsteht? Fallbesprechungen in einem schulenübergreifenden Kontext sind eine gute Gelegenheit. Zunächst ist dabei wichtig, sich klar zu machen, dass innerhalb jedes Denksystems Evidenzerlebnisse nicht unbedingt nur deshalb zu erwarten sind, weil die Erklärungsmöglichkeiten so gut sind, sondern auch, weil der Erklärungsrahmen in einer Weise begrenzt ist, die umgrenzte Gestalten eben leicht sichtbar macht. Je enger der Erklärungsrahmen ist, umso leichter bilden sich Gestalten ab, je offener er ist, umso schwieriger ist die Gestaltfindung. Weiter ist zu beachten – und da sind wir bereits bei unserem Thema, der analytischen Körperpsychotherapie: Man kann Konzepte, die aus einem bestimmten Erklärungsrahmen kommen (wie Übertragung und Widerstand aus der Psychoanalyse), nicht problemlos in einen anderen Bezugsrahmen (den einer körpertherapeutischen Theorie und Praxeologie) einpassen. Genau an dieser Stelle liegt der entscheidende Schritt, ob ein solcher Versuch eklektisch ist oder nicht: Werden die Probleme und Widersprüche thematisiert, die bei einem solchen Transferversuch entstehen, oder werden sie es nicht. Ich würde ein solches Verfahren als eklektisch bezeichnen, das sich in einseitiger Weise um Übersetzungen und Verbindungen zwischen den beiden Systemen bemüht und den Anschein erweckt, dass methodenfremde Elemente relativ problemlos in das eigene Denk- und Handlungsgebäude übernehmbar sind, ohne die Widersprüchlichkeiten anzusprechen, sich mit ihnen auseinander zu setzen und Denkanstöße dazu einzubringen.

„Ich hatte vor Urzeiten innerhalb der psychoanalytischen Gesellschaft versucht, darauf hinzuwirken, dass im Laufe der Ausbildung auch ein Kontakt mit einer anderen Methode gefördert (oder sogar verlangt) werde; mit sehr mäßigem Erfolg. Heute würde ich sagen, man sollte allen Ernstes verlangen, dass ein Therapeut eine zweite Methode ernsthaft kennen lernt. Außerdem sollte gelehrt werden, welche Prinzipien allen Psychotherapien gemeinsam sind. Als Supervisor sehe ich, dass die gelernte Methode die therapeutische Arbeit etwa zur Hälfte trägt. Mit zunehmender Erfahrung wird bei begabten und engagierten Therapeuten eine zweite Ebene relevant. Wichtige Entwicklungen entstehen immer auch in einem Raum, der strukturiert wird durch ein differenziertes Bewusstsein davon, was Psychotherapie allgemein ist (und was sie nicht sein kann oder nicht sein darf), und dessen Inhalt einem spontanen Erleben entspringt und - verzeihen Sie die Wortschöpfung! - spontanreflektiertes Handeln hervorbringt.“

Die Illusion des Integrierens und die Verdrängung des Schmerzes der eigenen Begrenztheit

Noch ein Aspekt muss erwähnt werden: In meiner nun 25-jährigen Geschichte als Psychotherapeut habe ich viele inter-

³⁶ Von anderen Interessen, die solchen Abschottungsmanövern zugrunde liegen, wie z. B. der Sicherung der Ausbildungsmacht, bei der es in letzter Konsequenz ums Geld geht, sei hier nicht gesprochen.

essante methodische Zugänge kennen gelernt. Gleichzeitig habe ich schmerzlich zur Kenntnis nehmen müssen, dass ich einerseits all diese Methoden, so interessant sie auch sind, nicht erlernen kann und dass ich andererseits sogar diejenigen methodischen Elemente, die ich ganz gut erlernt habe, nicht gleichzeitig in einem einzelnen Vorgehen einbauen kann, weil dies den Prozess eher stören als fördern würde.

Es geht – mit anderen Worten – um das Akzeptieren eines Schmerzes, der im weiteren Sinn mit den notwendigen Begrenztheiten des Lebens zu tun hat. Als gefährlich betrachte ich eine Haltung, die diesen aus meiner Sicht unvermeidlichen Schmerz nicht genügend Raum gibt. Gerade die neuere Traumadiskussion hält uns meiner Meinung nach – mit ihrer Technikzentrierung – die Illusion vor Augen, dass alles, was man nur will und wenn man nur genügend viele Techniken hat, machbar wäre. Diese Einstellung fügt sich gut in die moderne Lebenserfahrung unserer globalisierten Welt ein, wo in der Tat alles machbar erscheint. Sie kann uns aber genau dadurch von wesentlichen existenziellen Erfahrungen wegführen – z. B. von der schmerzlichen Anerkennung der Begrenztheit des Lebens durch den Tod.³⁷

Daher sehe ich auch in allen gut gemeinten Integrationsversuchen von Psychotherapiemethoden den Versuch, vorhandene Begrenztheiten illusionär zu verdrängen und eine „Supertheorie“ entwickeln zu wollen, die alles kann. Mir gefällt eine Haltung besser, die davon ausgeht, dass gegenwärtige Trends, wie z. B. das Thema „Psychoanalyse und Körper“, den Charakter von Paradigmen haben, die aus bestimmten Gründen gegenwärtig wichtig geworden sind, aber natürlich vergänglich sind – bis zu dem Zeitpunkt, wo sie durch ein anderes Paradigma abgelöst werden.

*„Am Ende dieses Abschnitts kommen Sie noch einmal auf den Eklektizismus zu sprechen und die Frage, ob Übertragung und Widerstand der Psychoanalyse in einen anderen Bezugsrahmen eingepasst werden können. Hier habe ich die Tendenz, die **Übertragung** einerseits als ein ubiquitäres Phänomen zu begreifen, allen menschlichen Beziehungen inhärent, und sie andererseits - trotz allen Wiederholungszwängen, die ein partielles Scheitern anzeigen - einem ubiquitären Heilungs- und Entwicklungspotenzial zuzuordnen. **Die verschiedenen Methoden bedienen sich seiner unterschiedlich, aber getragen sind sie davon alle.**“*

Zusatz: Diejenigen Methoden, die die Übertragung zum Gegenstand der therapeutischen Arbeit machen, sind als „tiefenpsychologisch“ orientiert zu bezeichnen, und dazu gehört auch eine Reihe körperpsychotherapeutischer Verfahren, wie z. B. die modernere Bioenergetik. Während Lowen den Beweis für seine Behauptung, er integriere in der Bioenergetischen Analyse beides – Psychoanalyse und Körperarbeit –, für mich schuldig geblieben ist, sprechen einige Anzeichen der letzten Jahre dafür, dass die Bioenergetiker der zweiten und dritten Generation Lowens Behauptung umsetzen.

Die Methode, die die Analyse der Übertragung zum entscheidenden Kristallisationspunkt ihrer therapeutischen Arbeit macht, ist die Psychoanalyse in all ihren Ausprägungen. Dasjenige körpertherapeutische Verfahren, das sich diesem Ziel ebenso verschrieben hat wie die Psychoanalyse selbst, wäre aus meiner Sicht die „analytische Körperpsychotherapie“ – aber ist die Bezeichnung nicht missverständlich? Denn eigentlich wäre sie dann Psychoanalyse, zumindest aber „psychoanalytisch orientierte Psychotherapie“ (unter Einbeziehung des Körpers und der konkreten Interaktion).

Dass wir als Psychotherapeuten Grenzen haben und zu diesen klar stehen können, ist im Übrigen nicht nur für uns selbst, sondern auch als explizite oder implizite Mitteilung an unsere Patienten wichtig – zumindest an diejenigen von ihnen, die selbst Probleme mit Grenzen haben. Ich erinnere diesbezüglich an Ferenczis berühmte Falldarstellung von E. Severn. Im Versuch, ihren Wünschen gerecht zu werden, hat Ferenczi sich damals sogar in das Wagnis der „mutuellen Analyse“ eingelassen. Über diese kann man so oder so denken – deutlich sollte sein, dass das Stehen zu eigenen Grenzen ein wichtiger Aspekt in der Therapie sein sollte, und zwar weniger von der Definition der Methode und des Settings her, sondern vor allem vermittelt durch die therapeutische Haltung, indem wir dem Patienten zeigen, dass wir Menschen sind, mit eigenen Wünschen und ebenso Grenzen.³⁸ Die Grenzziehung betrifft ebenso den Punkt, dass man nicht für jedes Problem auf Patientenseite eine Antwort aus der persönlichen Trickkiste (sprich Technik) herausholen können sollte, sondern diese Grenzen den Patienten auch spüren lassen darf.

Abschluss

Hans-Joachim Maaz fragte sich 1997 in einem Vortrag: „Ist analytische Körperpsychotherapie eine eigene Schule – soll es eine Schule sein? Ich tu mir schwer, das so zu benennen ... Die Antwort, die mir am besten gefallen würde, wäre: Ich begründe eine Schule, indem ich keine Schule begründe.“

Er meinte wohl damals, dass er damit einer schulenbedingten Dogmatisierung entgegenwirken wolle, die sich im Laufe der Zeit aufgrund schon erwähnter institutioneller Sicherungsmechanismen zwangsläufig einstellen würde. Ihm war wichtig, dass sich jeder einzelne Therapeut frei fühlen konnte, aus dem Gelernten das zu machen, was seiner Person am meisten entsprach. Ihm war auch wichtig, dass ein multimodaler Therapieansatz in erster Linie dem Patienten verpflichtet sein muss und nicht einer Methode.

Dem kann ich mich nur anschließen. Es gefällt mir, wenn eine solche methodische Haltung in einer Ausbildung vermittelt wird. Ich möchte hinzufügen, dass Tagungen wie diese eine gute Möglichkeit darstellen, körpertherapeutische und analytische Aspekte kennen zu lernen, die sich methodisch von verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen sicher unter-

³⁷ Kleinianische Psychoanalytiker nennen diese Anerkennung durch Verzicht die „depressive Position“.

³⁸ Diese Aussage mag in dieser Form provokant klingen. Ich setze dabei ein klares Abstinenzverständnis voraus.

scheiden – und sie einmal in ihrer Unterschiedlichkeit stehen zu lassen, anstatt sie sofort übernehmen zu müssen. Das Andere, das Fremde, kann ja gerade dazu auch hilfreich sein, die eigene Position klarer zu spüren.

Um eine Antwort zu geben auf die eingangs gestellte Frage „Ist analytische Körperpsychotherapie ein eklektischer Verfahren?": Ich glaube, sie ist in Gefahr, eklektisch zu sein, wenn sie zu viel will; wenn wir also zu sehr unseren illusionären Größenphantasien erliegen und die Begrenztheit des Machbaren aus den Augen verlieren. Ob wir diese Begrenztheit und damit den Schmerz in uns spüren, teilt sich nämlich auch unseren Patienten implizit mit – insofern stehen wir Modell für unsere Patienten und deren Ansprüche – illusionär oder realistisch. Eines der wichtigsten Therapieziele besteht gerade darin, die Erwartungen unserer Patienten auf das in der Realität Erreichbare hin umzujustieren.

Wenn wir uns als analytische Körperpsychotherapeuten bescheiden darauf konzentrieren, mit Patienten, die dafür genügend gut strukturiert sind, konsequente Arbeit *in der Übertragung* zu machen, dann ist das hilfreich; diese Patienten werden dann einige sehr erleichternde Erfahrungen in der Körperregression *nicht machen können*. Wenn wir mit anderen Patienten aus bestimmten, mit Indikationen verbundenen Überlegungen, *selbstzentriert* körperpsychotherapeutisch arbeiten, dann wird das für diese Patienten vielleicht die beste Lösung sein.

Selbstzentrierte Vorgehensweisen sind vergleichbar mit „Übungen“ anderer körpertherapeutischer Verfahren, insofern als der exploratorische Prozess auf der Körperebene dabei im Vordergrund steht und man sich zu deren Unterstützung vorgefertigter Techniken bedienen kann (z. B. Stressübungen). Hingegen würde ich bei einem körperbezogenen Vorgehen *in der Übertragung* nicht von „Übungen“ im Sinne von Techniken sprechen, als sich die interaktionellen Angebote grundlegend spontan im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation, d. h. im Wahrnehmen von Übertragung und Gegenübertragung, entfalten – oft zunächst im Therapeuten als innere Bewegungs- oder Aktionsbilder.

Stehen wir mit einer dieser beiden Vorgehensweisen in der Therapie an und haben wir den Widerstand des Patienten und unseren eigenen als Therapeut ausreichend lange exploriert, ohne zu einem brauchbaren Ergebnis zu kommen, und gerät der therapeutische Prozess dadurch kontinuierlich in eine Sackgasse, dann ist es aus meiner Sicht kein Fehler, dies anzusprechen und mit dem Patienten offen darüber zu reden. In gemeinsamer Absprache besteht *eine* Möglichkeit darin, ein anderes methodisches Vorgehen zu versuchen. Es schadet unseren Patienten keineswegs zu merken, dass auch wir als Therapeuten hin und wieder an Grenzen stoßen.

„Auch ich sehe keine Supertheorie, schon darum nicht, weil Theorien wie Landkarten nur Aspekte erfassen. Sobald das Bewusstsein ihrer grundsätzlichen Begrenztheit schwindet, wird ihr Einfluss destruktiv.“

Das hindert mich aber nicht daran zu wünschen, dass man Psychotherapie als einen Oberbegriff begreift, dem wir uns und alle unsere Methoden ohne Schaden unterordnen können. Ich denke, es lassen sich auch Prinzipien formulieren, die klären, was darunter verstanden werden kann, ohne dass die von Ihnen beschworene grundsätzliche Begrenztheit verletzt wird. Man darf nur nicht meinen, man könne das Gebilde dann umfassend definieren oder gar messen und wägen.“

Eine offene Frage ist, ob man beide Ansätze – den selbstorientierten und den beziehungsorientierten – analytisch-körperpsychotherapeutisch nennen sollte – die Diskussion darüber ist noch ganz in Fluss. Ich persönlich würde es bevorzugen, analytische Körperpsychotherapie im Sinne von „psychoanalytisch“ nur dann so als solche zu benennen, wenn die Arbeit *in der Übertragung* der wesentliche Kristallisationspunkt des Verstehens ist. Es wäre aber auch zu überlegen, ob man sich bei einem Ansatz, in dessen Zentrum das Verstehen der Übertragung steht, nicht besser vom Appendix „Körper“ verabschieden sollte, um auch von der Namensbezeichnung her Klarheit zu schaffen. So nennt Jörg Scharff seinen Ansatz „inszenierende Interaktion“, und Günter Heisterkamp spricht von „leibfundierter Psychoanalyse“. Es bleibt abzuwarten, in welche Richtung sich diese Diskussion in der nächsten Zeit entwickeln wird.

Vorläufiges Fazit: gegenwärtige Ausbildung zum analytischen Körperpsychotherapeuten

Da dieser Beitrag zentriert sein sollte auf die „Therapeuten-seite“ und diesbezüglich nochmals auf die Ausbildungssituation, möchte ich mich abschließend auf diese beziehen. Als soliden Grundstock für ein solches Vorgehen, als *Methode* würde ich eine Ausbildung zum Psychoanalytiker erachten, und zwar in einem Institut, das sich nicht in sektiererischer Weise abschottet, sondern gegenüber anderen Methoden offen ist. Der Kandidat sollte Zeit haben, diese *eine* Logik der Methode in Ruhe kennen zu lernen – ihre Möglichkeiten auszuloten und ihre Grenzen zu erspüren. Dieser Prozess dauert ohnehin etliche Jahre der konkreten therapeutischen Arbeit unter Supervision. Als Zweitmethode im Sinne einer Fortbildung wäre ein körpertherapeutisches Verfahren – sei es Bioenergetik, Konzentrative Bewegungstherapie oder die Pessio-Methode, um nur drei bekannte Verfahren zu nennen – notwendig, um Techniken und generell körpertherapeutisches Arbeiten in einem offenen Setting zu erlernen. Supervidieren sollte man die „Fälle“ nach Möglichkeit bei einem Therapeuten, der in beiden methodischen Zugängen versiert ist und ausreichende Erfahrung hat.

Einerseits stimmt es total, wie Maaz meint: Jeder Therapeut ist aufgefordert, *seine* Methode gemäß der eigenen „persönlichen Gleichung“ zu entwickeln. Es stimmt auch, wie Yalom sagt, dass man zusätzlich mit jedem Patienten eine nochmals neue Form des Arbeitens entwickelt, da jeder Patient den Therapeuten auf individuelle Art und Weise herausfordert. Und drittens entwickelt jeder Therapeut seinen eigenen persönlichen Stil, was ebenso in Ordnung ist.

Für den psychoanalytisch denkenden Körpertherapeuten – also den, der sich genuin als Psychoanalytiker versteht und sein Setting für konkrete körperliche Interaktion öffnet – wären für mich folgende Kriterien als grundlegendes Raster handlungsleitend:

1. Das therapeutisch aktivierte Material wird ständig auf seine möglichen Übertragungsbedeutungen hin abgetastet. Dies ist ein *innerer Prozess im Therapeuten*, der kontinuierlich abläuft. Dadurch entsteht eine „innere Verstehensfolie“. Die Entscheidung, wann man dem Patienten was sagt, ist eine zweite Sache und erfordert Taktgefühl, Erfahrung und Supervision.
2. Die Abwehrprozesse des Patienten werden Schritt für Schritt herausgearbeitet (Widerstandsanalyse). Die psychoanalytische Arbeit besteht weniger darin, die manifeste, sondern die latenten Dimensionen von Abwehrprozessen für den Patienten sichtbar zu machen und verbal zu bearbeiten. Verdeutlichungshilfen auf der Körperebene sind dabei nutzbar.
3. Als entscheidende Stellen im therapeutischen Geschehen werden aus einem analytischen Verstehen heraus unbewusste Inszenierungen (Enactments) betrachtet. Ihnen kommt im Vergleich zu bewusst angeleiteten Interaktionen Priorität zu. Ihr spontanes Auftreten in der Therapie wird beachtet, und die nachfolgende Analyse bezieht sich im Kern auf die dabei sich manifestierenden Handlungen – einschließlich des Anteils des Therapeuten (dieser ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass sich Enactments in genügend starker affektiver Dichte überhaupt ereignen können). Das Unbewusste enthüllt sich dabei immer, *ohne dass Therapeut und Patient es beabsichtigen – es passiert einfach*. Im Akt des Geschehens stellt sich entweder ein „unmittelbares Verstehen“ ein, oder die gemeinsame Szene wird nachträglich reflektiert.
4. „Gegenübertragungsmittelungen“ sind dabei – zumindest von Zeit zu Zeit – eine wichtige Verstehenshilfe für den Patienten.
5. Eine besondere Form solcher unbewussten Enactments sind „Now-moments“, die eine neue intersubjektive Ebene in der therapeutischen Begegnung markieren. „Now-moments“ sind Voraussetzung dafür, dass die therapeutische Beziehung voranschreiten und der Prozess allmählich „aufkochen“ kann.
6. Ein solcher Zugang zum Patienten ist als langfristiger Entwicklungsprozess zu betrachten. Damit sich die Übertragungsdynamik intensiv genug entfalten kann, ist eine gewisse kritische Dichte an Einzelstunden erforderlich.³⁹

³⁹ Die Stundendichte variiert von Patient zu Patient. Es spielt auch eine Rolle, wie therapieerfahren Patienten bereits sind. Gelegentlich habe ich Patienten, die bereits klassische Psychoanalysen absolviert haben, und arbeite mit ihnen 14-tägig, was machbar ist. Bei nicht-erfahrenen Patienten ist m. E. eine zumindest zeitweilige Frequenz von zwei Wochenstunden unerlässlich, damit sich die Übertragung intensiv genug entfaltet. Vom Zeitrahmen her sind Patienten, die in der Tat in einen solchen Entwicklungsprozess einsteigen, bei mir im Schnitt vier bis fünf Jahre in Therapie, manches Mal aber auch erheblich länger.

Dieses Raster sollte in einer Ausbildung theoretisch vermittelt werden. Ob es sich künftig im Sinne einer einheitlichen Ausbildung irgendwann bewähren kann, ist für mich noch offen. Kann man eine Ausbildung in dieser Komplexität des Feldes anbieten, oder sollten wir den schon beschrittenen Weg der Dualität weitergehen – sich zweifach aus- bzw. fortbilden zu lassen? Ich habe dazu noch keine klare Meinung. Kolleginnen und Kollegen, die sich an der Berührungsfläche von Psychoanalyse und Körper finden, sollten sich weiterhin – wie unser österreichischer Kreis – in nicht allzu großen Gruppen zusammentun, austauschen und evtl. Projekte miteinander entwickeln. In diesen Gruppen ist der fallbezogene Austausch sicher *der* Kristallisationspunkt, von dem aus Vertiefungen und auch Neuerungen stattfinden können. Eine lebendige Forschungskultur in solchen kleineren Gruppen ziehe ich eindeutig einem Verharren in großen Instituten vor, in denen die Gefahr besteht, dass die konservativen Tendenzen der Bewahrens methodischer Traditionen zu wichtig genommen werden. Sie *sind* wichtig – Methodisches drückt schließlich immer auch ein Stück Starre aus gegenüber der Lebendigkeit des therapeutischen Geschehens in der Praxis; und dennoch brauchen wir sie, zumindest als innere Richtschnur.

Eine ausgewogene Balance zwischen Gleichbleibendem und Erneuerung würde jede beliebige Methode zu etwas machen, bei dem es sich lohnt, sich damit auseinander zu setzen – die Möglichkeit einschließend, dass sich ein gegenwärtig für die Methode wichtiges Paradigma eines Tages als überholt erweist und durch ein neues ersetzt wird.

Literatur

- Balint M (1970): *Therapeutische Aspekte der Regression*. Stuttgart: Klett
- Berliner J (1994): *Psychoanalyse, Bioenergetische Analyse, analytische körpervermittelte Psychotherapie: Konzepte und Praxis. Ähnlichkeiten, Unterschiede und Besonderheiten*. In: Geißler P (Hrsg.): *Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration*. Frankfurt: Peter Lang, S. 53-147
- Bergk M (1990): *Rechtsschreibenlernen von Anfang an. Kinder schreiben ihre ersten Lesetexte selbst*. Diesterweg: Moritz
- Bettighofer S (2001): *Sexualität zwischen Verdrängen und Agieren*. In: Geißler P (Hrsg.): *Über den Körper zur Sexualität finden*. Gießen: Psychosozial, S. 95-117
- Downing G (1996): *Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis*. München: Kösel
- Geißler P (1996): *Körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse*. In: Geißler P (1996) (Hrsg.): *Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie*. Frankfurt: Peter Lang, S. 179-291
- Geißler P (1997): *Analytische Körperpsychotherapie*. Wien: Facultas
- Geißler P (2001): *Mythos Regression*. Gießen: Psychosozial
- Heisterkamp G (2001): *Vom Handeln des Analytikers in der „talking cure“*. In: Geißler P (Hrsg.): *Psychoanalyse und Körper*. Gießen: Psychosozial, S. 37-61
- Heisterkamp G (2002): *Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, Leben lernen 154
- Krause R (1997): *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Stuttgart: Kohlhammer

- Kutter P (2003): Der Körper in der Psychoanalyse. *Psychoanalyse und Körper* 3:23-43
- Maaz H-J (1998): Integration des Körpers in eine analytische Psychotherapie. *Psychosozial* 74/4: 9-17
- Maaz H-J (2001): Die Ausbildung in analytischer Körperpsychotherapie. In: Maaz H-J, Krüger AH (Hrsg.): *Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie. Materialien zur analytischen Körperpsychotherapie*. Lengerich: Pabst, S. 156-162
- Moser T (1994): *Stundenbuch. Protokolle aus der Körperpsychotherapie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Ranefeld J (1995): Aug´ in Aug´ - Aug´ um Auge. Grundlagen einer psychoanalytischen Praxis von Angesicht zu Angesicht. *Texte* 3: 76-87
- Reinert T (2003): Und sie bewegen sich doch! Modifiziert-analytische Langzeittherapie bei Patient/innen mit schweren Borderline-Störungen. In: Gerlach A, Schlösser A-M, Springer A (Hrsg.): *Psychoanalyse mit und ohne Couch. Haltung und Methode*. Gießen: Psychosozial, S. 208-220
- Roth N (1991): Erfüllung und Begrenzung. In: Hoffmann-Axthelm D (1991) (Hrsg.): *Der Körper in der Psychotherapie. Körper und Seele. Band 2*. Oldenburg: Transform, S. 130-155
- Scharff J (1998): Der „Erfahrungsraum“ der Psychoanalyse und der „Erfahrungsraum“ bei inszenierender Interaktion: ein erster Vergleich. *Psychosozial* 74, 21. Jg Heft IV: 45-58
- Scharff J (2001): Der „Erfahrungsraum“ der Psychoanalyse und der „Erfahrungsraum“ bei inszenierender Interaktion: ein erster Vergleich. In: Geißler P (Hrsg.): *Psychoanalyse und Körper*. Gießen: Psychosozial, S. 81-104
- Schmidt MG (2003): Inszenieren – Erinnern – Erzählen – zur Abfolge therapeutischer Veränderung. *Psyche* 57:889-903
- Sluneko T (1996): *Wissenschaftstheorie und Psychotherapie. Ein konstruktiv-realistischer Dialog*. Wien: Universitätsverlag
- Stammler F-M (2003): Körperliche Mikroprozesse im Hier und Jetzt – Gestalttherapeutische Zugänge zur prozessualen Aktivierung. In: Geißler P (Hrsg.): *Körperbilder. Sammelband zum 3. Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“*. Gießen: Psychosozial, S. 127-139
- Stern DN (1998): „Now-moments“, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg.): *Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie*. Frankfurt/M: Brandes & Apsel, S. 82-96
- Ware R (2001): Gebrauch der Lüste – Befreiung des Eros. Erotisierte und „zölibatäre“ Gegenübertragungen. In: Geißler P (Hrsg.): *Über den Körper zur Sexualität finden*. Gießen: Psychosozial, S. 153-180
- Worm G (1998): Zum Umgang mit Übertragung in einer analytischen Körperpsychotherapie. In: Geißler P (Hrsg.): *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. S. 69-80
- Worm G (2003): Möglichkeiten und Schwierigkeiten im Umgang mit dem Körper in der psychoanalytischen Praxis. *Psychoanalyse und Körper* 4, S. 5-22
- Yalom ID (1998): *Die rote Couch*. München: Goldmann

Dr. Dr. Peter Geißler
Dr. Paul Fuchsiggasse 12
A-2301 Neu-Oberhausen bei Wien
p.geissler@onemail.at