



SGBAT Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie
SSATB Société Suisse d'Analyse et Thérapie Bioénergétiques
SSATB Società Svizzera d'Analisi e Terapia Bioenergetica

„Aber das war doch Grounding“

Zur Unterschiedlichkeit von Körperinterventionen in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehung

Vortrag gehalten an der Jubiläumsveranstaltung der SGBAT

28. / 29. Oktober 2006

Gisela Worm

(Diplom-Psychologin, Psychoanalytikerin (DPV), Psychotherapeutin und Supervisorin in eigener Praxis in Badenweiler)

Der Titel bezieht sich auf eine Episode mit einer Patientin, an der mir ein wichtiger Unterschied in der Bedeutung von Körperinterventionen deutlich wurde.

Ich hatte mit dieser Patientin lange vorwiegend verbal gearbeitet. Es war nicht einfach mit ihr, die körperliche Ebene ins Blickfeld zu rücken, da sich ihre Ängste besonders an den körperlichen Umgang hefteten. In Handlungsphantasien war deutlich geworden, dass sie jede körperliche Annäherung an mich scheute, da sie Ablehnung von beiden Seiten bei einer entsprechenden Verdichtung der Beziehung durch Berührung befürchtete. – Ihre Befürchtung war nicht zu Unrecht. Ich hatte tatsächlich körperliche Vorbehalte gegen sie, obwohl ich sie sonst sympathisch fand, fand aber zunächst keinen Weg diese Gefühle zu thematisieren.

Neben dieser Berührungsthematik beschäftigte mich immer wieder ihre Art zu gehen. Die kleinen Trippelschrittchen mit denen sie hereinkam, passten nicht zu ihrem recht robusten Körperbau. Eines Tages sprach ich sie deshalb auf ihren Gang an. Sie stimmte meinem Vorschlag zu, im Raum nebeneinander auf und ab zu gehen. Ich bat sie, dabei ihre übliche Art zu gehen beizubehalten. Neben ihr gehend übernahm ich ihre Bewegung, um sie einzufühlen und eventuell auch zu spiegeln. Sie nahm aber von mir, soweit ich sehen konnte, keine Notiz. Dabei wurde ihr fühlbar, wie stark sie in

dieser Art der Bewegung vermied, sich unterhalb des Schultergürtels wahrzunehmen, vor allem auch im Beckenbereich. Ich zentrierte meine Aufmerksamkeit aber erst einmal auf ihre Füße und lenkte auch ihre Wahrnehmung auf die Art ihres Bodenkontakts. Sie begann dann spontan mehr und mehr zu stampfen, ich übernahm auch diese Bewegung. Sie fühlte dabei zunehmend ein trotziges Kind in sich, ein Bereich, den sie sonst nicht wahrnahm. Ich schlug ihr dann vor, ihre Füße am Boden sitzend gegen meine Fußsohlen zu drücken und hatte dabei nur im Sinn, die kräftigere Besetzung ihrer Füße weiter zu unterstützen. Sie stimmte zu, und wir drückten mit den Fußsohlen gegeneinander mit unterschiedlichem Krafteinsatz. Dabei wirkte sie zunehmend freudig erregt und entspannt.

Erst nach der Stunde fiel mir auf, dass die Berührung mit mir plötzlich unproblematisch erschien. Als ich sie in der nächsten Stunde darauf ansprach, guckte sie mich erstaunt an und sagte: "Aber das war doch Grounding!"

An dieser Sequenz wurde mir ein entscheidender Unterschied deutlich. Auch ich hatte in der beschriebenen Sitzung nur das körperliche Selbsterleben der Patientin im Blick. Dadurch wurde ihr zugänglich, was sie in ihrem Körpererleben ausklammerte, nämlich eine stärkere Besetzung des Beckens wie der Beine und Füße. Auch als ich ihr den „Kontakt“ über die Füße anbot, hatte ich weiterhin ihr Körpererleben vor Augen – nämlich ein kräftigeres Fühlen ihrer Füße in einem Kontakt, der jedoch in diesem Sinn rein funktional definiert war. Die Patientin hatte schon recht, wenn sie sagte: Aber das war doch Grounding! – womit sie nicht nur das Körperselbsterleben sondern auch den „Übungscharakter“ der Episode betonte. Übung hieß in dem Fall, dass der Kontakt nichts mit einem außerfunktionalen Berührungskontakt mit mir als Person zu tun hatte.

Nachträglich betrachtet hatte ich das zwischen uns ausgesparte Berührungsthema wohl bereits im Hintergrund bei meinem Vorschlag, ohne das allerdings bewusst ins Auge zu fassen. Jedenfalls ging mit immer wieder nach, welche unterschiedliche Bedeutung ein äußerlich gleicher Kontakt annehmen kann.

Als ich die Bioenergetik kennen lernte, kam ich mit einem psychoanalytischen Erfahrungshintergrund. Ich lernte dort den Umgang mit Deutungen in einer von den Übertragungen des Patienten gekennzeichneten Beziehung. Diese Beziehung war damals allerdings noch rein monadisch definiert. Der Patient allein bestimmte in dieser Auffassung das affektive Geschehen.

Mir fehlte damals der Körperaspekt, den ich dann u.a. in vielen bioenergetischen Seminaren in den Mittelpunkt gerückt sah. Ich war einerseits beeindruckt, wie unerschrocken dort mit dem Körper umgegangen wurde, und was im Körpererleben dort auch passierte. Aber da ich aus einer anderen therapeutischen Sozialisation kam, fragte ich mich, ob das therapeutische Medium, das ich zu beachten gelernt hatte –

nämlich die Beziehungsphantasien zum Therapeuten – hier gar keine Rolle spielten. Jedenfalls wurden sie nie thematisiert – das war Ende der siebziger, Anfang der achtziger Jahre. Inzwischen weiß ich, dass die Bioenergetik den Beziehungsgesichtspunkt auch viel stärker aufgenommen hat. In für mich sehr erhellender Weise setzt sich z.B. Angela Klopstech damit auseinander (A. Klopstech: Modell therapeutischen Handelns: der psychoanalytische und der bioenergetische Weg. In: Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel. Schwabe 2002). Sie greift auf ein Modell zurück, dass von Martha Stark – einer Psychoanalytikerin – in einem sehr lesenswerten Buch entwickelt wurde (M. Stark: Modes of Therapeutic Action 1999 Aronson).

Ich möchte hier zunächst dieses Modell, in dem 3 verschiedene Formen körpertherapeutischer Interventionen voneinander unterschieden werden, an dem beschriebenen Beispiel illustrieren. Dann werde ich einige Konsequenzen und Komplikationen, die mit der unterschiedlichen Sichtweise dieser verschiedenen Interventionsmöglichkeiten verbunden sind, auch an Beispielen darstellen.

Der wesentliche Unterschied in diesen Interventionsarten liegt in der Selbstdefinition des Therapeuten bzw. seiner therapeutischen Funktion, die der jeweiligen Intervention zugrunde liegt.

Das erste Modell: „Übungs-Modell“

Der Therapeut definiert sich hier sozusagen als neutraler Fachmann. Er leitet bestimmte Übungen an mit dem Ziel, entweder bestimmte Körperfunktionen erlebbar zu machen oder

Blockaden, die ein zusammenhängendes Körpererleben oder Ausdrucksvermögen behindern, zu lösen. Oder noch anders gesagt, die energetischen Reserven des Körpers sollen wieder in einen optimalen Fluss gebracht werden. Bei all diesen Ansätzen ist eine bessere Selbstbesetzung, Selbstwahrnehmung oder Selbstaussdruck Ziel der Interventionen. Z.B. wären der Umgang mit der Atmung oder Stimme zur Erfahrung der Körperinnenräume, Selbstberührungen zur Erfahrung der Körpergrenzen Interventionsformen, die diesem Modell entsprechen. A. Klopstech bringt als Beispiel aus der Bioenergetik das Schlagen auf einen Klotz – als Übung eines Ausdrucks von Stärke oder auch Aggression.

Im Beispiel meiner Patientin entspricht meine Anregung, sich durch Aufstehen und Gehen selbst zu fühlen und zu beobachten diesem Modell. Ich verstehe mich dabei zunächst nur als Anregerin einer bestimmten Möglichkeit, eine neue Erfahrung in ihrem Körperselbsterleben zu machen. Allerdings geht dann die Erfahrung, die die Patientin dabei macht schon über eine rein funktionale Erfahrung – über verschiedene Möglichkeiten zu gehen z.B. – hinaus. Sie gibt der sich verändernden Form des

Gehens, indem sie spontan zu stampfen beginnt, bereits eine spezifische Bedeutung, indem sie es mit einem trotzigem Ausdruck assoziiert – es bleibt aber im Körperelbsterleben. Hier ergibt sich der Übergang zum zweiten Modell.

Das zweite Modell: „Defizit-Kompensationsmodell“

So wird es von M. Stark genannt. Darin übernimmt der Therapeut nicht nur eine neutral begleitende, sondern unterstützende Funktion, die sich nicht nur auf eine korrekte Ausführung der Übung bezieht, sondern einen emotionalen Mangel ausgleichen soll. Der theoretische Hintergrund dieser Form der Intervention wird von bestimmten Elementen der Selbstpsychologie bestimmt. Der Therapeut ermutigt hier aktiv neue Erfahrungsschritte des Patienten, die weiterhin auf das Körperelbsterleben gerichtet sind. Bei meiner Patientin versuchte ich dies auf der Körperebene, indem ich neben ihr ebenfalls stampfte. Auch mein Angebot gegen meine Füße zu drücken, war in diesem unterstützenden und ermutigenden Sinn gemeint, und, wie ihre Reaktion zeigt, wurde dies auch so angenommen. Der Unterschied zur ersten Form der Intervention liegt in der veränderten Rollenfunktion des Therapeuten, der sich als positives Selbstobjekt einführt. - Gemeint ist damit, dass der Therapeut sich selbst dabei nicht als ein getrenntes Gegenüber versteht, sondern eine Funktion außen übernimmt, die sonst bei einer funktionierenden Selbstregulation einer inneren Instanz innerhalb des eigenen Selbst entspricht. Aus dieser Rollenfunktion gibt der Therapeut dem veränderten Selbstausdruck eine positive Resonanz, um die neue Erfahrung zu ermutigen und zu stabilisieren. Erfahrungsdefizite durch eine mangelnde Spiegelung und Resonanz verursachen in diesem Theorieverständnis wesentlich die Schwierigkeiten in der Persönlichkeitsentwicklung. Ziel der Intervention ist also ein Defizit im Resonanzerleben auszugleichen unter dem Schutz der therapeutischen Beziehung, sowie diese Funktion des Therapeuten zu internalisieren. Damit diese Internalisierung gelingt, ist ein Unterschied sehr wichtig. Es geht nicht um eine unmittelbare oder direkte Befriedigung eines Bedürfnisses z.B. nach Bewunderung oder narzisstischer Bestätigung, sondern es geht darum, das Bedürfnis nach Bestätigung anzuerkennen. Dieser Unterschied ist deshalb so wichtig, da das Bestätigungsbedürfnis sonst Suchtcharakter annehmen kann, weil es an eine äußere Person gebunden bleibt. – Ich komme darauf zurück, wenn von den möglichen Fehlerquellen bei allen drei Zugängen die Rede sein wird.

Hier möchte ich zunächst das 3. Modell im Umgang mit Körperinterventionen beschreiben. M. Stark nennt dies das „Beziehungs-Konfliktmodell“.

Das dritte Modell: „Das Beziehungs-Konfliktmodell“

Die therapeutische Beziehung bekommt in diesem Fall die Bedeutung eines Übertragungsfeldes, das sich zwischen Therapeut und Patient entfaltet oder reinszeniert.

Übertragung verstehe ich als eine Aktualisierung früherer Beziehungserfahrungen. Diese Beziehungserfahrungen beeinflussen alle aktuellen Wahrnehmungen und Reaktionsweisen, u.a. auch das Erleben der therapeutischen Beziehung. Übertragung ist also kein Phänomen, das nur in der Therapie eine Rolle spielt. Ist also kein „Kunstprodukt“ der Therapie. Und der Übertragungsgesichtspunkt ist auch nicht der einzige Gesichtspunkt, unter dem sich die therapeutische Beziehung betrachten lässt. Sozialpsychologische Sichtweisen der Interaktion oder „reale“ Wahrnehmungen z.B. an der Person des Therapeuten haben natürlich auch ihre Bedeutung. Aber man kann seine Wahrnehmung als Therapeut so einstellen, dass die Übertragungsphänomene im gesamten Interaktionsfeld der therapeutischen Beziehung besonders hervortreten. Die Beziehungserfahrungen, die ein besonders Konfliktpotential enthalten, sind dabei insbesondere Gegenstand der Therapie, und stehen daher hier im Mittelpunkt der Wahrnehmung. Ich komme noch mal auf das Beispiel meiner Patientin zurück, um zu illustrieren, was hier mit Übertragung gemeint ist. In meinem nachträglichen Erstaunen über die plötzliche Problemlosigkeit der Beziehung veränderte sich für mich die Bedeutung der Beziehung im Sinne dieses 3. Modells.

Unter einer Übertragungsperspektive war jede Berührung zwischen uns ja bis dahin tabu. Ich erlebte das dahinter stehende konflikthafte Übertragungsmuster bereits in meiner körperlich ablehnenden Gegenübertragung. Z.B. mochte ich ihr nicht nah kommen, empfand einen leichten Ekel über die Art wie sich die Nase putzte, so dass ich nicht hinschauen mochte. Oder es störte mich, wie sie ihre nassen Socken, als es draußen stark geregnet hatte, über meine Heizung hing, obwohl ich keinen schlechten Geruch festmachen konnte. Da ich über diese Dinge nicht generell „stolpere“ hielt ich meine Reaktion für ein Spezifikum dieser Beziehung und in diesem Sinn für eine Gegenübertragung. Erstaunlich war für mich nach der beschriebenen Stunde, wie dieses Gegenübertragungsgefühl auch bei mir unter der anderen Perspektive der Unterstützung ihres Körperselbsterlebens vorübergehend außer Kraft gesetzt war. In dem Moment jedoch, wo ich unsere Beziehung wieder unter dem Übertragungsgesichtspunkt wahrnahm und mit meiner erstaunten Nachfrage in der nächsten Stunde auch für sie wieder öffnete, war eine Berührung zwischen uns weiterhin genauso tabu wie vorher. Es brauchte noch einige Zeit in der Therapie bis der Hintergrund dieser Übertragungsbeziehung deutlich wurde.

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie sich diese Übertragung entschlüsselte.

Eines Tages erzählte sie , wie eklig sie oft ihre Mutter fand, wenn diese sich zu Hause in ihrer Kleidung sehr gehen ließ, in auffälliger Weise dick wurde

und exzessiv rauchte. Besonders wenn sie sich abends über sie gebeugt habe, um ihr einen Gutenachtkuss zu geben, litt sie unter dem Rauchgeruch, wagte aber nichts zu sagen. Jetzt fand ich einen Aufhänger und teilte ihr auch meine ablehnende Körperreaktion mit. Zunächst war sie geschockt, meinte aber, diese Ablehnung habe sie von Anfang an in meinem Gesicht gesehen, was mir völlig unbewusst war. Doch sie hatte natürlich auch vermieden, sich darauf zu beziehen. Wir konnten dann erstmalig über ihre negative weibliche Körperbesetzung sprechen. Sie konnte jetzt ihr Körpergefühl auf Bildern darstellen. Das erste Bild zeigte eine gepanzerte, grobschlächtige „Kumpel-Frau“. Mit viel Zögern und Scham zeigte sie mir dann ein zweites Bild: Darauf war eine Frau mit schönem Körper, leicht verschleiert zu sehen. Erst dann war eine allmähliche Annäherung und gegenseitige Berührung zwischen uns Frauen möglich. Viel Scham und mädchenhafte Schüchternheit kam hinter der äußeren Kompetenz und Forscherheit zum Ausdruck. Ihre Sehnsucht nach einer Mutter, die auch in ihrer erotisch attraktiven Körperlichkeit für sie berührbar und zum Spiegel werden konnte, wurde zugänglich.

Ich habe mich hier in der Darstellung der drei Modelle ganz bewusst immer wieder auf das gleiche Beispiel einer Therapie-Episode bezogen, um zu verdeutlichen, dass alle 3 Interventionsformen in der gleichen Therapie sinnvoll sein können. Es ist also nicht so, dass nur eine Interventionsform für einen bestimmten Therapieansatz in Frage kommt. Allerdings, denke ich, steht bei den verschiedenen Ansätzen von Körpertherapie eine der beschriebenen Interventionsformen besonders im Vordergrund. So denke ich, dass bei den funktionalen Körpertherapien (Atem- und Stimmtherapien, bestimmte Bewegungstherapien, Feldenkrais, Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training) das 1. Modell eine leitende Stellung einnimmt.

Bei den körperpsychotherapeutischen Ansätzen, die mehr oder weniger der Beziehungsgeschichte des Körpers auf der Spur sind, findet sich eher das Modell 2+3. Das gilt sicher heute m.E. auch für die Bioenergetik, wobei früher, als ich die Bioenergetik kennen lernte, Modell 1 im Vordergrund stand und auch Modell 2. Modell 3 blieb jedoch weitgehend unbeachtet. Es ist auch meinen Eindruck nach weiterhin so, dass Modell 3 erst langsam wirklich Eingang in die tiefenpsychologischen oder analytischen Ansätze von körpertherapeutischen Interventionen findet – auch innerhalb der Bioenergetik, wie ich Klopstechs Artikel entnehme. Lowen wandte sich vehement gegen neuere Ansätze und sprach von „back to basics“, weil er wahrscheinlich nicht ganz zu Unrecht fürchtete, dass über dem stärkeren Einfluss des Beziehungsgesichtspunkts der energetische Gesichtspunkt im körperlichen Umgang

wieder zu sehr verloren geht Es ist sicher auch die schwierigste Interventionsform, da der Therapeut, wenn er sich als aktiver Teil in diesem Übertragungsfeld versteht, sehr viel stärker als bei den anderen Formen in das Beziehungsgeschehen hineingezogen wird. Ein intersubjektives Verstehen des Übertragungsfeldes, d.h. eine aktive Gestaltung dieser Übertragungsbeziehung von zwei Seiten, betont dieses Hineingezogensein noch sehr viel stärker. Nicht umsonst hat sich auch die Psychoanalyse lange Zeit in ein monadisches Verständnis der therapeutischen Beziehung „gerettet“ trotz aller Wahrnehmung der Übertragungsphänomene, die aber allein dem Patienten zugeschrieben wurden.

Ich halte heute alle 3 Modelle für sinnvoll. Jedes Modell hat bestimmte Vorteile. Aber jedes Modell kann auch, wenn man die anderen Modelle ganz aus dem Blick verliert, in Sackgassen führen. Um diese Sackgassen zu erkennen, erscheint mir eine Kenntnis und Unterscheidung dieser Modelle in jedem Fall wichtig, ganz unabhängig davon, welchem Modell man persönlich in der eigenen Arbeit den Vorzug gibt.

Ich möchte daher sowohl die Vorteile jedes Modells wie die Fehlerquellen, die mit jeder dieser Interventionsformen verbunden sind, an weiteren Beispielen verdeutlichen.

Modell 1: „Übungs-Modell“

Der Vorteil dieses Modells besteht m.E. nach darin, dass in dieser Form sehr intensive Körpererfahrungen im Körperelbsterleben zu vermitteln sind. Unter dem Schutz eines neutral erlebten Begleiters und Beobachters können die verschiedenen Aspekte des Körperelbst erfahren werden durch die Intensivierung oder auch das Erlernen einer Selbstwahrnehmung im Körper, wodurch zentrale Aspekte des Selbsterlebens gestärkt werden. Das eigene Körperbild kann bewusst werden auch in seinen Lücken und Verzerrungen. Korrekturmöglichkeiten dieses Körperbildes können ausprobiert werden auch durch eine energetische Wiederbelebung ausgeschlossener Teile dieses Körpers. Ich habe das in dem oben beschriebenen Beispiel erwähnt, als die Patientin zunächst die mangelnde Besetzung ihres Körpers unterhalb des Schultergürtels wahrnahm und dann durch stampfen sich selbst mehr in diesem Bereich zu spüren versuchte.

Besonders wichtig erscheint mir dieser Zugang bei den Strukturstörungen im Unterschied zu den Konfliktneurosen. Sehr anschaulich und übersichtlich hat G. Rudolf diesen Unterschied dargestellt. (s. Gerd Rudolf 2005 bei Schattauer: Strukturbezogene Psychotherapie) Bei diesen Strukturstörungen ist diese Form der Selbstwahrnehmung ein ganz entscheidender erster Schritt, um dann konflikthafte Beziehungserfahrungen überhaupt bearbeiten zu können auch innerhalb der therapeutischen Beziehung, d.h. in der Übertragung. Ich denke, es wird oft

übersehen, dass das entscheidende Defizit dieser Strukturstörungen in sehr labilen Ichgrenzen sowohl nach innen wie nach außen besteht. Daher droht bei einer Verdichtung des Kontakts, in dem der Therapeut aus der Rolle des Anleiters heraustritt, eine Überschwemmung mit Beziehungsphantasien, die für Realitäten gehalten werden. Die innere Unterscheidung von Phantasie und Realität oder Projektion und Realität geht verloren. Oder man kann auch sagen, der symbolische Raum, in dem die therapeutische Beziehung immer auch Modellcharakter hat, bricht zusammen. Daher haben die funktionalen Körpertherapien, die wesentlich auf die Stärkung dieser Selbstwahrnehmung einschließlich der Selbstgrenzen ausgerichtet sind, in Kliniken ihren besonderen Platz. Aber diese Form der Intervention kann auch der geeignete Zugang sein, wenn körpertherapeutische Vorerfahrungen noch weitgehend fehlen oder auch dann, wenn die therapeutische Beziehung noch nicht so stark von Übertragungsphantasien geprägt ist.

Wie aber kann die Sackgasse dieses Ansatzes aussehen? Ich möchte das an einem Beispiel demonstrieren.

Ein Patient kam zu mir, nachdem er einige Zeit vorher in einer biodynamischen Therapie nach G. Boysen war. Die Art der Massage dort hatte ihm sehr gut getan, aber seine Beziehungsschwierigkeiten besonders mit Frauen nicht gelöst. Er wollte jedoch gerne an dem gleichen Arrangement in der Therapie mit mir anknüpfen. So legte er sich auf den Boden und wollte von mir in ähnlicher Weise, wie er es von dort kannte, berührt werden. Ich war nicht dagegen, da ich auch als sinnvoll ansah, an einer Form der Beziehung mit Berührungen zu beginnen, in der er sich sicher fühlte. Es fiel mir jedoch nach einiger Zeit auf, dass er mich dabei nie anschaute. Darauf angesprochen meinte er, er könne sich auf die Massage besser konzentrieren, wenn er die Augen geschlossen halte. Ich stolperte in diesem Moment eines recht intimen Kontakts für mich über das Wort „Massage“, dachte an Massage-Salon und fühlte mich innerlich unwohl. So fragte ich ihn, was denn passieren würde, wenn er mich anschaute. Ich dachte dabei erst einmal an Phantasien, die er dazu äußern würde. Er aber schaute mich kurz an, ich saß dicht an seiner Seite, und meinte, das würde alles verändern. Er habe dann das Gefühl, er müssen absolut still halten und es überkomme ihn ein tendenzieller Ekel. Dadurch wurde folgendes klar: Dieser Patient musste mich in dieser Situation in der Sprache der beschriebenen Modelle unbedingt in der Rolle des „neutralen Fachmanns“ halten entsprechend Modell 1. Wenn er mich als konkrete Person in meiner Weiblichkeit wahrnahm, wurde die Beziehung sofort von einer starken negativen Mutterübertragung bestimmt, die später auch immer klarer wurde.

Diese Übertragung war in dieser Situation nur durch eine Umdefinition oder Neutralisierung meiner Rolle hinten zu halten (ähnlich wie bei dem „Grounding“ Beispiel). Bleibt es dabei, wird die „Massage“, die durchaus auch ein positiver Zugang sein kann auch im Sinne des Modells 2 - in diesem Fall aber zu einer Ersatzbefriedigung in der Therapie. Der Patient holt sich die ersehnte Berührung, umgeht aber den damit verbundenen Konflikt durch die „Übungs-Definition“ dieser Berührung. In der Realität funktioniert diese Neutralisierung der Berührung dann jedoch nicht und die Beziehung zu einer möglichen Partnerin wird weiterhin von der hochambivalenten Mutterbeziehung bestimmt – es sei denn, es gelingt ihm vorübergehend die Augen zuzumachen auch innerlich z.B. in der Sexualität.

Das Gleiche würde gelten z.B. für das Schlagen auf einen Klotz, wodurch ein aggressiver Selbsta Ausdruck „geübt“ wird. Für sich genommen ist eine solche Übung nicht schlecht. Aber es kann sein, dass dieser „geübte“ Selbsta Ausdruck in dem Moment wieder völlig verschwindet, wenn die Beziehung, in der die Aggressionshemmung entstanden ist, sich draußen in irgendeiner Form wieder aktualisiert. Das sind die Grenzen dieses Modells.

Dann zu den spezifischen Möglichkeiten und Fehlerquellen des zweiten Modells.

Modell 2: „Defizit-Kompensationsmodell“

Dieses Modell ist dadurch definiert, dass der Therapeut zu einem unterstützenden Gegenüber im Sinne eines positiven Selbstobjekts wird. Die Resonanzlosigkeit innerhalb einer frühen Beziehungserfahrung wird in dieser Form zu heilen versucht. In diesem Modell sehe ich die Möglichkeit im Unterschied zum ersten Modell, neue Körpererfahrungen ausdrücklich mit einem neuen positiven Beziehungserleben zu verbinden, durch die Erfahrung einer emotionalen Unterstützung in einem Bereich, in dem eben diese Unterstützung oder positive Resonanz nicht erfahren wurde. Das Ziel ist, durch Internalisierung dieser Erfahrung zu einer besseren Selbstregulation im Wertbereich, sowie zu einer Erweiterung der energetischen Ressourcen und Beziehungsmöglichkeiten zu kommen.

Ich bringe zur Veranschaulichung wieder ein Beispiel:

Eine Patientin von mir hatte große Schwierigkeiten, sich im Raum frei zu bewegen, da sie sich ihres weiblichen Körpers sehr unsicher war. Eines Tages hat sie selbst die Idee, eine Musik mitzubringen, zu der ich mit ihr tanzen soll. Sie wiegt sich zunächst vorsichtig an ihrem Platz. Ich versuche ähnliche Bewegungen zu machen, wobei sie mich nicht ansehen mag. Allmählich werden ihre Bewegungen größer, wobei sie allerdings

abgewandt von mir in den dunklen Teil des Raums geht. Ganz allmählich kommt sie dann doch auf mich zu, und wir beginnen einen Tanzdialog. Dann versuche ich, mich allmählich aus der Bewegung zurückzuziehen. Sie kann sich schließlich lachend unter meinen Blicken drehen, immer wieder meine Augen suchend.

Diese Patientin hatte tatsächlich in der Entfaltung ihrer Weiblichkeit kaum Unterstützung erfahren. Sie war vorzugsweise zur Versorgung der Familie eingesetzt worden. In vielen körpertherapeutischen Fallbeispielen ist dieses Modell im Vordergrund. Der Therapeut ermutigt eine bestimmte Form der Körpererfahrung, wobei es ihm nicht nur um die Körpererfahrung geht, sondern auch um die Internalisierung der Beziehung, in der diese Körpererfahrung stattfindet. Die therapeutische Rolle ist definiert durch die Bereitstellung eines guten „neuen Objekts“. Auch dieser Weg führt in vielen Fällen zu einer Stärkung des Selbsterlebens, sowie der Selbstakzeptanz und auf diesem Boden auch zu einer annehmenderen Sichtweise von Beziehungen, weniger Angst, Rückzug oder destruktiven Verhaltensweisen.

Nun aber wieder zu den Fehlerquellen oder auch Grenzen dieses Modells.

Eine Kollegin schildert in der Supervision eine Patientin mit einer höchst traumatischen Kindheit, voller Einsamkeit und Ablehnungserfahrungen. Sie hatte die Patientin vor ein paar Jahren schon einmal in Therapie. Damals hatte sie sie oft schützend in den Armen gehalten. Dadurch war es der Patientin zunächst deutlich besser gegangen. Sie kam jetzt durch das Auftauchen erneuter Depressionen zurück, mit dem Wunsch, diesen körperlichen Halt und die darin erlebte Fürsorge wiederum zu erfahren. Die Kollegin aber fühlte, auch durch die zwischenzeitliche Beschäftigung mit verschiedenen körpertherapeutischen Konzepten, einen Widerstand, in gleicher Weise zu verfahren. Sie fürchtete aber bei einer Weigerung, die Patientin könnte weiter dekompensieren. Dennoch bot sie ihr schließlich als Alternative an, den verletzten inneren Selbstteil – symbolisiert durch ein Kissen – selbst in den Arm zu nehmen. Die Patientin aber machte deutlich, dass sie damit nicht wieder in Berührung kommen wollte, und schleuderte das Kissen wütend in eine Ecke. Die Therapeutin fühlte sich ratlos.

Wie ist diese Schwierigkeit zu verstehen. Sie liegt einmal im theoretischen Hintergrund dieses Modells, das wesentlich aus der Selbstpsychologie kommt. M. Starck weist in für mich nachvollziehbarer Weise auf folgenden Mangel des Modells hin. Wesentlich, sagt sie, wird hier davon ausgegangen, dass die Schwierigkeit in der

„Abwesenheit von Gut“ – wie sie es nennt - besteht. Sie meint, in diesem theoretischen Verständnis steht das Fehlen eines guten Objekts bzw. eines empathischen Selbstobjekts am Anfang des Defizits. Die Therapie soll die Gelegenheit geben, dieses gute Objekt zu finden. Sie kritisiert, dass es in dieser Theorie kein internalisiertes böses Objekt gibt, also die Identifikation mit der Täterschaft und die Rache aus dieser Identifikation. Allerdings wird neben diesem theoretischen Mangel diese Theorie meiner Erfahrung nach auch oft verkürzt angewendet, indem versucht wird, einfach den Mangel zu ersetzen durch eine bessere Elternschaft, was in der Psychoanalyse Wiedergutmachungs-Strategie heißt, und u.a. an der Körperpsychotherapie kritisiert wird.

In dem zuletzt genannten Beispiel hatte die Therapeutin diese „Strategie“ wohl auch zunächst angewendet. Die Therapeutin und die Patientin hatten versucht, die Verletzung durch „Wiedergutmachung“ in den Armen der Therapeutin als der „besseren Mutter“ zu heilen – und diese Lösung hatte sogar eine Zeitlang getragen.

Doch die tiefe Abspaltung der schmerzlichen Grunderfahrung und die Identifikation mit dem ablehnenden Teil der Mutter gegenüber diesem Selbstteil war der Preis. Die körperlich agierte Szene – das Wegwerfen des Kissens als Symbol des abgelehnten Selbstteils -, machte diese Abspaltungsvorgänge deutlich und den erneuten depressiven Zustand der Patientin verständlich. Die inneren Abspaltungen ließen sie eine „Wiederauffüllung“ mit „Gut“ von außen suchen. Die Therapeutin spürte mit Recht, dass diese Lösung wiederum nicht lange tragen würde, und wehrte sich deshalb, in gleicher Weise zu verfahren. Durch den Druck, den die Patientin auf sie ausübte, drohte jetzt auch, ihr positives Gefühl für die Patientin zu schwinden, was zu einer Wiederholung der traumatischen Kindheitserfahrung der Patientin geführt hätte. Was also bei dieser häufig auftauchenden Zwickmühlensituation tun?

In dieser Supervision fanden wir vor allem auch für die negative Gegenübertragung der Therapeutin folgende Lösung: der abgelehnte Teil symbolisiert in dem Kissen blieb im Raum, und wurde gemeinsam mit der Patientin von der Therapeutin zentral im Blickfeld gehalten. Die Patientin musste sich dadurch weniger an den Arm der Therapeutin klammern.

Es ist also nicht die körperliche Berührung und der schützende Halt an sich, die zu einer illusionären Ersatzbefriedigung werden, sondern die Abspaltung der bedrohlich erlebten Anteile der früheren Beziehungsmuster ist das Problem. – Auch dieser Weg ist also kein „schmerzfrierer Weg“. Tauchen in der Therapie diese Anteile auch in Form von Enttäuschungen am Therapeuten, der ja ein „Idealer“ sein soll, nicht auf – und kommt es zu einer „Dauer-Wohlfühl-Therapie“, so ist es sicher, dass man sich mit dem Patienten auf der Ebene der Ersatzbefriedigung befindet. Und Ersatzbefriedigungen haben Suchtcharakter. Es werden immer neue Bestätigungen

der Idealität der therapeutischen Beziehung eingefordert. Darauf bezieht sich auch der schon erwähnte wichtige Unterschied zwischen einer Bestätigung des Bedürfnisses nach Anerkennung oder dessen direkte Befriedigung durch immer neue Affirmationen dieser Anerkennung. Es werden dann nicht mehr die inneren Verhinderungen eines positiven Selbstgefühls erarbeitet, sondern die Reparatur soll direkt von außen kommen. Der Therapeut soll in seinem Verhalten zum Garant dieses positiven Selbstgefühls werden. (Ein besonders Lehrstück einer Fehlentwicklung dieser Form ist in dem Buch: Unordnung und spätes Leid aus der Sicht einer Patientin beschrieben. Margarete Akoluth 2004) Hier wird auch besonders die Beteiligung des Therapeuten ahnbar, der offenbar durch seine positiven Affirmationen eine eigene negative Mutterübertragung auf die Patientin hintan zu halten versucht.

Modell 3: „Beziehungs-Konfliktmodell“

Wieder liegt der Unterschied wesentlich in der Funktion oder Rolle des Therapeuten. Die therapeutische Beziehung wird wesentlich unter dem Gesichtspunkt eines Übertragungsfeldes gesehen, in dem sich insbesondere die konflikthafter inneren Beziehungen entfalten können. Das Erleben und gemeinsame Verstehen dieser Übertragungsmuster in ihrer aktuellen, reinszenierten Form wie in ihrer Entstehungsgeschichte kennzeichnet den Heilungsweg. Der Vorteil dieses Zugangs liegt in seiner besonderen Realitätsnähe. Oft reinszenieren sich hier die Muster, die sich auch im aktuellen Leben des Patienten besonders störend auswirken. Man kann die Form ihrer Reinszenierung sozusagen in statu nascendi innerhalb der therapeutischen Sitzung nachvollziehen. Daher eignen den so gewonnenen Erkenntnissen eine besondere Evidenz. Da es vor allem um die konflikthafter Übertragungsmuster geht, wird der Therapeut hauptsächlich zum Träger negativer Übertragungen, in denen sich die besonders verletzenden und enttäuschenden Anteile der Eltern wieder finden.

M. Starck drückt dies so aus: Das Beziehungs-Konfliktmodell (im Unterschied zum Defizit-Kompensationsmodell in Modell 2) intendiert in der therapeutischen Aktion, die Korrektur der inneren Anwesenheit von „Böse“ durch die Durcharbeitung der negativen Übertragung, in der der Therapeut als schlechter Elternteil aus der Geschichte des Patienten erlebt wird.“ Diese Identifizierung mit einer negativen Rolle macht diese Form der Beziehung auch besonders belastend für den Therapeuten. Hier die innere Distanz zu behalten ist das Problem. Aber das ist u.a. mit Abstinenz im guten Sinn gemeint.

Ein Beispiel:

Ein Patient überschüttete mich immer wieder mit einem Schwall wortreicher Assoziationen. Ich bemühte mich über längere Zeit, den roten Faden darin zu finden, wurde aber in meinen Überlegungen immer wieder neu zugedeckt von einem erneuten Wortschwall. Schließlich gab ich es auf, einen inhaltlichen Faden zu finden und suchte nach einem Bild für diese Beziehungssituation. Am geeignetsten schien mir, diesen Wortschwall durch einen Wall aus Kissen zu symbolisieren. Das traf. Ich hatte den Wall etwa in der Mitte zwischen uns aufgebaut, er schob ihn weiter zu mir herüber, so dass sich mein Raum dahinter noch verengte. Darüber konnten wir die Beziehungssituation weiter klären. Ihm wurde zugänglich, wie er mir gegenüber mit allen Mitteln um seinen Raum kämpfte, in der Annahme, dass ich diesen Raum ausfüllen würde wie seine Mutter, indem ich ihn mit meinen Interpretationen und Sichtweisen so vereinnahmte, dass er sich nicht mehr wehren könnte. Damit war diese Übertragung noch längst nicht aufgehoben, aber es war ein eindrückliches, stimmiges Bild für die „Kampfbeziehung“ zwischen uns gefunden. Diese Form der Beziehung - so wurde ihm deutlich- bestimmte überhaupt sehr stark seine Beziehung zu Frauen.

Mit diesem Patienten war es möglich, die Reinszenierung dieser Beziehung zu erleben und zu reflektieren. – Aber in dieser Reflektionsmöglichkeit liegt auch die Schwierigkeit dieses Modells.

Wird die therapeutische Beziehung zu stark von einer konflikthaften Übertragung bestimmt, geht diese Reflektionsmöglichkeit verloren – oder man kann auch sagen: der symbolische Raum bricht zusammen.

Ich sehe vor allem zwei Hintergründe für diese schwierigen Verläufe. Entweder die Strukturstörung des Patienten wurde unterschätzt oder übersehen. Da die inneren Grenzen des Ichs sehr labil sind, erleben diese Patienten die Verdichtung der Beziehung besonders durch Berührung als Real-Angebot einer Beziehung, das wiederum im Lichte der inneren Übertragungsmuster gesehen wird. Der Therapeut wird dann nicht nur real enttäuschend erlebt, sondern absolut identifiziert mit Entsprechungen aus oft traumatisch erlebten früheren Enttäuschungen. Das Ich wird unter diesem traumatischen Beziehungserleben so überbelastet, dass Ichfunktionen wie vor allem die Affektregulation wie die Realitätswahrnehmung außer Kraft gesetzt werden. Der Patient kämpft dann um die Reparatur des wieder erlebten Traumas manchmal bis vor Gericht oder in Ethikkommissionen.

Einen zweiten Hintergrund für eine derartige „Übertragungsüberflutung“ der therapeutischen Beziehung sehe ich dann gegeben, wenn der Therapeut zu ausschließlich oder zu lange auf Modell 1 oder 2 setzt. Eine Patientin nannte dies

treffend das Kulissenspiel. Sie meinte, dass sich hinter den Kulissen Modell 3 inszeniert, während auf der offiziellen Bühne Modell 1 und/oder 2 verhandelt wird. Auch dafür ist das erwähnte Buch von Margarete Akoluth ein anschauliches Beispiel. Alle 3 Modelle haben ihre besonderen Möglichkeiten. Aber alle 3 Modelle haben auch ihre Grenzen und lassen sich zu Abwehrzwecken einsetzen (die isolierte „Übung“ durch Verleugnung einer personalen Bedeutung, die Abspaltung der negativen Erfahrungen durch Idealisierung der therapeutischen Beziehung, die Übertragungsüberflutung durch Abspaltung vergangener Traumatisierungen in der Aufhebung von jetzt und hier – und dort und damals). Daher ist es wichtig diese Modelle zu kennen und zu unterscheiden, so dass man weiß, welchem Modell man überhaupt, oder in einem bestimmten Fall, oder zu einem bestimmten Zeitpunkt der Therapie folgt – und warum. Zur Indikation ist vielleicht generell zu sagen, dass sich das Modell 1 das „Übungs- Modell“, wie auch Modell 2 das „Defizit-Kompensationsmodell“ für strukturelle Störungen am ehesten eignet. Je stärker die Störung des Patienten unter Gesichtspunkten eines neurotischen Komfliktgeschehens zu verstehen ist, umso geeigneter erscheint Modell 3 „das Beziehungs-Konfliktmodell“.

Eine derartige Sichtweise gibt allen 3 Modellen ihren spezifischen Wert und nimmt den Konkurrenzcharakter, den ich sehr hinderlich in der Abwägung und Einordnung der Methoden finde. Es ist nur die Frage wann- / was-, und auch wer- / wann- / was-, d.h. welcher Therapeut eignet sich für was. Auf diese Begrenzung jeder Therapie und jedes Therapeuten sollte man sich verständigen und nicht im Kampf um die bessere oder beste Methode stecken bleiben.