



FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

NORDDEUTSCHES INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (NIBA)

GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (GBA)

INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE RHEINLAND (IBAR)

STUTTGARTER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (SGfBA)

MÜNCHENER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (MGBA)

DEUTSCHER VERBAND FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (DVBA)

1/2001

Katharina Klees	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bioenergetischen Analyse	Seite 3
Roland Heinzei	Die Angst des Gruppenleiters vor der Gruppe	Seite 33
Ralf Vogt	Zur körpertherapeutischen Regressionsförderung mit Übergangs-Übertragungs-Objekten	Seite 47
Peter Lölliger	Gelingen und Misslingen von Psychotherapien aus körperpsychotherapeutischer Sicht	Seite 81

FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

veröffentlicht Beiträge, die

- dem kollegialen Erfahrungsaustausch dienen
- das bioenergetisch-analytische Verständnis vertiefen
- strittige theoretische und praktische Aspekte der Arbeit diskutieren
- Verbindungen zu Nachbardisziplinen herstellen

Besonders besteht Interesse an Fallberichten und konzeptionellen Überlegungen aus der therapeutischen Praxis der Bioenergetischen Analyse, an kurzen und prägnanten Schilderungen und Diskussionen von Erfahrungen, Problemen und Lösungen aus der bioenergetischen Arbeit.

Wer als Autor oder Übersetzer zur Mitarbeit am FORUM bereit ist oder Kritik und Anregungen zum Inhalt oder zur Gestaltung hat, ist willkommen.

Die Autoren und Übersetzer behalten das Copyright an ihren Beiträgen.

Herausgeber:

Konrad Oelmann

In der Mark 14, 53639 Königswinter-Ittenbach

Telefon 02223/24151, Fax 02223/905266, E-Mail: Konrad.Oelmann@t-online.de

Redaktion:

Peter Brandenburg

Königstr. 126, 53113 Bonn

Telefon 0228/265155, E-Mail: P.Brandenburg@t-online.de

Rolf Großerüschkamp

Hohner Weg 9, 53913 Swisttal-Morenhoven

Telefon 02226/5295, E-Mail: r-grosserueschkamp@gmx.de

Dorothea Habbinga

Kegelerstr. 14, 26939 Ovelgönne

Telefon 04401/82217, Fax 04401/81199, E-Mail: HAUS-HABINGA@t-online.de

Rita Heinrichs

In der Mark 14, 53639 Königswinter-Ittenbach

Telefon 02223/24151, Fax 02223/905266

Susanne Winkler

Nettelbeckstr. 4, 24105 Kiel

Telefon 0431/8999619, Fax 0431/567031, E-Mail: Susanne_Winkler@t-online.de

ISSN 0946-8846

Katharina Klees:

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bioenergetischen Analyse

Ein Fallbericht

Als Reiner (47 Jahre, Diplom-Informatiker) nach einem Jahr Einzeltherapie wagte, sich dem Kummer über den Tod der Mutter in seinem dritten Lebensjahr zu nähern, wurde sein Körperausdruck deutlicher, der so recht in kein Schema der bioenergetischen Charakterstrukturen paßt. Reiner lag auf der Matratze, ihm wurde eiskalt, er begann zu zittern, zog die Schultern hoch, den Kopf und das Kinn ein und wimmerte: "Ich habe solche Angst, daß meine Mutter mich vielleicht gar nicht wirklich geliebt hat. Ich habe das Gefühl in einem Kinderbettchen zu liegen, zu schreien und furchtbar zu frieren. Aber meine Mutter kommt nicht." Mit diesen Worten warf er sich herum, vergrub seinen Kopf in Kissen und begann haltlos zu schluchzen. Eine für ihn eher unüblich heftige Gefühlsreaktion.

Als ich O. Kernbergs Klassifizierung über die Borderline-Persönlichkeitsstörung las, sprangen mich die schmerzlich bekannten Symptome an. Mir wurde schlagartig einiges klar. Ich habe als Tochter und später als Ehefrau gründlich unter den Auswirkungen dieser Störung auf die gemeinsame Beziehung gelitten.

Deswegen sind mir die Ängste von Reiner so vertraut, verletzt mich sein Haß nicht nachhaltig, erreicht mich die Idealisierung meiner Person nicht wirklich. Seine Sorge, ich könne ihn verlassen, ablehnen oder die Therapie beenden, ist vor diesem Hintergrund unwahrscheinlich. Ich weiß um die tiefen Verlassenheitsgefühle, den ohnmächtigen Haß, die Erhöhung, die Lügen, den Betrug und die schamhaften Geständnisse. Auch Schilderungen von sexuellen Ausschweifungen können mich nicht mehr schrecken. Das Wechselbad von Haß und Unterwürfigkeit ist mir wohl vertraut. Die theoretische Aufarbeitung und exemplarische Darstellung dieser Störung durch die Beschreibung meiner bisherigen Arbeit mit Reiner (zur Erlangung der Zertifizierung als Bioenergetische Analytikerin nach 24 Livesupervisionsstunden) reizte mich deswegen besonders.

Ich möchte Reiners Symptomatik anhand der diagnostischen Kriterien (DSM IV 1996) für die Borderline-Persönlichkeitsstörung beschreiben:

1. Reiners Beziehungsverhalten folgt einem immer gleichbleibendem Muster. Es schwankt zwischen Überidealisierung und Abwertung. Dies zeigt sich auch in unserer Beziehung. Entweder bin ich die ideale Therapeutin: schön, klug, begehrenswert und erfolgreich. Oder er sieht mich als unfähig an, ich experimentiere mit ihm nur herum und mache stümperhafte Fehler. Er kann keine vermeintliche Unzulänglichkeit akzeptieren und schwankt zwischen Bewunderung und Ärger. Keine seiner Beziehungen zu Frauen hielt aus diesem Grunde lange an. Nach einer intensiven Partnerschaft und Geborgenheit in einer Familie sehnt er sich bisher vergeblich.
2. Sein selbstschädigendes Verhalten zeigt sich in periodisch wiederkehrenden sexuellen Kurzaffären. Obwohl er sich ekelt, sich am nächsten Morgen schlecht fühlt und dieser Angewohnheit abschwören möchte, schläft er mit Frauen, die ihn an seine Großmutter erinnern. Für diese empfand er sexuelle Gefühle, als er noch ein kleiner Junge war. Wenn Reiner sich in eine Frau verliebt hat, läßt sein sexuelles Interesse schnell nach. Dann verspürt er den fast zwanghaften Drang, fremdzugehen. Dadurch setzt er seine aktuelle Beziehung aufs Spiel. Jede seiner bisherigen Partnerinnen hat er damit sehr verletzt.
3. Seine Instabilität im affektiven Bereich wird durch Stimmungsschwankungen deutlich. Mal fühlt er sich ganz leer, langweilt sich zu Tode, sieht keinen Sinn im Leben, am nächsten Tag ist er dann wieder reizbar, verstimmt und blafft grundlos Bekannte an, am nächsten Tag kann er sich total zurückziehen, weil er keinen Kontakt wünscht, Mißtrauen gegen alles und jeden hegt und nur sich selbst vertraut. Keiner dieser Gefühlszustände hält lange an. Wenn er am Mittwochabend in der Gruppe noch gut gelaunt war, kann er zur Therapiestunde am Donnerstag düster und mißlaunig erscheinen. Wenn ich Reiner begegne, weiß ich nie, in welcher Befindlichkeit ich ihn antreffe oder welche Äußerung ihn kränkt oder ärgerlich macht.
4. Auffällig war zu Anfang der Therapie, besonders in der Gruppe, seine unverhältnismäßige Kränkbarkeit. Aus scheinbar nichtigem Anlaß kann er wütend werden. Seine heftig hervorgestoßenen Abwertungen erleben die Gruppenteilnehmer/innen wie eine kalte Dusche, eine Ohrfeige ins entspannte Gesicht oder einen unerwarteten Boxhieb in den Magen. Die vorsichtigen Rückmeldungen haben dieses Verhalten ein wenig eingedämmt. Er entschuldigte sich oft mit den Worten, dies sei ihm einfach so herausgerutscht. Er könne seinen Ärger nicht kontrollierten. Eine stärkere Wut, wie sie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen auftreten kann, zeigt Reiner jedoch nicht. In der Anamnese gab er sogar an, daß er keinen Zugang zu seinen Aggressionen habe.

5. Reiner hat mit 15 Jahren zum erstem Mal ernsthaft versucht, sich umzubringen. Er mußte sogar ins Krankenhaus eingewiesen werden. Seinen zweiten Selbstmordversuch beging er mit Anfang Zwanzig. Dieses Erlebnis ließ ihn Hilfe in einer Psychoanalyse suchen. Noch heute fühlt er den Wunsch zu sterben, setzt sich immer wieder mit seinem Tod auseinander, weil er sich im Leben so einsam und allein fühlt.
6. Seine Unsicherheit bezüglich seiner Identität spiegelt die Inhaltslosigkeit seines Lebens. Er hat zwar studiert, übt jedoch keinen Beruf aus. Da er geerbt hat, muß er keinen Lebensunterhalt verdienen. Er findet keine Lebensziele, die er verfolgen könnte, hat kein wirkliches Zuhause, keine Freunde, keine Partnerschaft. Er spricht niemals von persönlichen Wertvorstellungen, Ideen, Absichten oder Plänen. Einzig seine Fortbildung zum Shiatzu-Therapeuten verfolgt er mit einiger Überzeugung, die ihm jedoch immer wieder abhanden kommt. Dann möchte er die Ausbildung abbrechen, weil er keinen Sinn darin sieht.
7. Reiners Leben ist überschattet von einem chronischen Gefühl der Leere und Langeweile. Er weiß nicht, was er mit sich und seinem Leben anfangen könnte. Nichts interessiert ihn länger. Er verbringt manchmal viele Tage in völliger Isolation ohne mit einem Menschen zu sprechen vor seinem Computer und surft im Internet. Doch auch diese Tätigkeit erfüllt ihn nicht.
8. Reiner lebt allein, fühlt sich einsam, hat Angst vor nahen Beziehungen und sehnt sich verzweifelt nach Kontakten, ohne etwas dafür zu unternehmen. Einzig seine ehemalige Ehefrau, mit der er sich nur ein Jahr einigermaßen verstand, hält heute noch zu ihm. Er fühlt sich dennoch ungeheuer allein. Seine Grundgefühl wird von der Vorstellung geprägt, ganz allein zu sein. Wenn er einmal stirbt, wird niemand um ihn trauern.
9. Über paranoide Vorstellungen, außer daß ihn niemand mag, verfügt Reiner nicht. Ob seine immer wieder beobachtbare Unzugänglichkeit, während der er blicklos vor sich hin starrt als dissoziatives Symptom gedeutet werden kann, wage ich nicht zu beurteilen.

An dieser Aufzählung wird klar, daß Reiner zwar keine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit klinischen Ausmaßen vorweist, da er durchaus in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen und seine Ausbrüche nicht als dissozial bezeichnet werden können. Dennoch treffen auf ihn viele Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu.

Die Genese der BPS findet sich in Reiners Kindheitsgeschichte wieder. R. Weber (1998) sieht die soziale Lebenssituation von Borderline-Kindern u.a. geprägt von Trennungen, schweren Krankheiten der Eltern und unüberbrückbaren Ehekonflikten.

Der entscheidende Lebensabschnitt bei der Entstehung der Störung liegt im späten 2. und im 3. Lebensjahr, wenn das Autonomiestreben des Kindes nach KERNBERG (1967), MAHLER (1975) und WOLBERG (1973), seinen ersten Höhepunkt erreicht.

Reiner verlor seine Mutter in genau diesem Alter. Sie starb infolge einer Hirnhautentzündung. Da sich Reiners Eltern nicht verstanden, lebte die Mutter mit dem Kind allein. Sie verbrachte jedoch viel Zeit mit ihrem Liebhaber und vernachlässigte ihren kleinen Sohn. Als die Mutter starb, war Reiner ganz allein auf der Welt. Er wurde von seinem Vater, den er kaum sah, bei dessen Mutter untergebracht. Noch heute kann Reiner bei Abschied oder Verlust einer nahestehenden Person keine Trauer empfinden. Er fühlt sich dann innerlich kalt und gefühllos.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) eignet sich zusätzlich, um die strukturelle Ebene der BPS zu erklären. In 5 Achsen wird versucht, die Motivation eines Klienten für die Therapie, sein Krankheitserleben, die Übertragung bzw. Gegen Übertragung zu erfassen, innere Konflikte aufzuspüren, die psychische Struktur und psychosomatische Symptome zu beschreiben. Die Achse V - "Psychische und Psychosomatische Störungen" wurde bereits durch die Auflistung der Symptome Reiners anhand der diagnostischen Kriterien des DSM IV (1996) zur Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgezeigt, so daß für die Falldarstellung der Therapie mit Reiner folgende Gliederung gewählt wurde:

1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
2. Beziehung
3. Konflikt
4. Struktur
5. Therapeutischer Prozeßverlauf
6. Diskussion und Reflexion des Therapiegeschehens
7. Literaturliste

1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Im September 1997 meldete Reiner sich, um Mitglied der Bioenergetikgruppe zu werden. Er kam mit dem Wunsch, sich selbst besser und mehr zu spüren, da er sich oft innerlich sehr leer fühlt und unter dem Alleinsein leidet. Seine Einsamkeit und Orientierungslosigkeit wurde bei diesem ersten Kontakt deutlich. Außerdem hatte seine Ausstrahlung etwas Düsteres. Ein wenig herablassend deutete er an, daß er dazu neigt, sich mit Autoritäten anzulegen. Eine psychoanalytisch orientierte Gesprächs-

therapie hatte ihn bisher nicht weitergebracht. Bei einem Workshop hatte er erkannt, daß die Körperarbeit ihn sehr viel näher an seine Gefühle heranbringt.

Obwohl Reiner schon zu Beginn der Gruppe in sehr ärgerlicher Stimmung den Verlauf der Abende mitbestimmte und mich als Leiterin zu manipulieren versuchte, konnte seine Reflexionsfähigkeit die ärgsten Unstimmigkeiten abfangen. Er führte sein Mißtrauen auf den Tod der Mutter zurück und die Tatsache, daß sein Vater ihn auch nach der zweiten Heirat nicht zu sich genommen hatte. Diese Einsichten, seine leise anklingende Reue über gar zu heftig vorgetragene Kritik, ließ eine grundsätzliche Bereitschaft zur Mitarbeit erkennen. Was Reiner nicht gelang, war die Einschätzung seines Verhaltens auf die anderen. Da er sich selbst als minderwertig und schüchtern ansah, konnte er nicht verstehen, daß seine abkanzeln Art verunsichernd wirken könnte.

Nachdem Reiner nahezu alle Frauen der Gruppe sexuell verführen wollte (mal mit mehr, mal mit weniger Erfolg), sich damit jedoch nur zahlreiche Schwierigkeiten einhandelte, beschloß er, mit diesen "Spielchen" aufzuhören. Ihm wurde nach einer Deutung von mir - ob seine Unverschämtheiten in meine Richtung Kontaktversuche seien - klar, daß es so nicht weitergehen könne. Nach einem Bioenergetikwochenende entdeckte er seine "Bewunderung" für mich und beschloß, eine Einzeltherapie bei mir zu beginnen.

Reiner wirkt auf mich intellektuell sehr rege und durch die damalige Psychoanalyse fähig, einzuschätzen, was ihn in einer Therapie erwarten kann. Da er zunehmend unter seiner Unfähigkeit litt, eine innige Beziehung über einen längeren Zeitraum zu ertragen, war er bereit, alles zu versuchen, um seine Neuerrungenschaft (er hatte über Kontaktanzeige eine Frau kennengelernt) möglichst lang zu halten. Er wollte außerdem die Spaltung von Sexualität und Geborgenheit, die er in seinen Beziehungen erlebt, bearbeiten. Durch unsere bisherige Zusammenarbeit habe er erkannt, daß ich die richtige Therapeutin für ihn sei. Da er oft ein Gefühl von Unwirklichkeit empfinde, habe es ihm meine Echtheit sehr angetan. Oft hat er den Eindruck, seinen Empfindungen nicht trauen zu können, ein Symptom, das nach H. Deutsch (1942) als charakteristisch für die BPS angesehen werden kann.

Die Borderline-Persönlichkeitsstruktur von Reiner erkannte ich erst nach einer gewissen Zeit der Einzelarbeit mit ihm. Mir war zu Beginn der Behandlung lediglich klar, daß eine narzißtische Verletzung vorliegt, da er von inneren Kleinheitsgefühlen zu Größenphantasien wechselte.

Mein Ziel ging dahin, ihn wiederholt auf seine Gefühle zu mir anzusprechen, damit eine Übertragungssituation entsteht und ich seine Art der Beziehungsgestaltung kennenlerne. Mir schwebte eine beständige Reflexion unserer Kontakte miteinander vor. Als ich später in der Literatur las, daß die Arbeit an der Beziehung und das

Verstehen der Übertragung des Klienten in der Therapie sowie der Gegen Übertragung des Therapeuten der richtige Weg zur Heilung einer Borderlinestörung ist, fühlte ich mich in meiner anfänglichen Intuition bestätigt (vgl. hierzu O. F. Kernberg 1998; J. F. Masterson 1992; M. Aalberse).

Meine Vermutung über Reiners Beziehungsstörung ging dahin, daß in der Nähe und Geborgenheit, die er sich so sehnlichst wünscht, eine große Gefahr für ihn steckt. Wenn er nach und nach die Nähe zu mir erleben und reflektieren würde, könnten die Verletzungen deutlich werden. Dies war meine anfängliche Idee für die Gestaltung der Therapie. Auf der Körperebene wollte ich sehr vorsichtig mit ihm arbeiten, da er Angst vor Berührung hat. Als Übungen boten sich zu Beginn nur Atemübungen im Stehen oder Liegen an, um den Kontakt zwischen uns zu intensivieren.

Meine Unsicherheit dahingehend, welche bioenergetischen Übungen ich Reiner anbieten soll, wurde durch einen Aufsatz von J. Tasche 1998 relativiert. TASCHE (1998) fand eine Einordnung der Borderline-Störung in die bioenergetischen Charakterstrukturen schwierig, da "die komplexe organismische Abwehr nicht vorrangig in muskulären Spannungen organisiert ist und kein ausreichend kohärentes Selbst existiert, das in der Lage wäre, die in den bioenergetischen Prozessen gemachten Erfahrungen in das Selbstbild zu integrieren" (S.53).

So wurde mein Kompaß für die Arbeit mit Reiner nicht in erster Linie die Körperarbeit der Bioenergetischen Analyse sondern psychoanalytische Schriften u.a. von KERNBERG (1998) und MASTERSON (1992).

Da die Bioenergetische Analyse sich zunehmend der Objektbeziehungstheorie (Klein 1952; Kernberg 1967, 1984; Fairbairn 1946; Guntrip 1966; Winnicott 1960; Bowlby 1966; Kohut 1978) öffnet, fühlte ich mich durch J. Tasche (1998) und die Supervision durch P.A. Heim dazu ermutigt, die Beziehungsdiagnostik der OPD zu nutzen, um das Beziehungsverhalten von Reiner und meine Reaktion darauf zu untersuchen. ²

2. Beziehung

Da Reiner zu Beginn der Einzeltherapie Ende Mai 1998 gerade frisch verliebt war, konnte ich sein Beziehungserleben aus seiner Perspektive kennenlernen. Schon nach wenigen Treffen ging ihm die neue Freundin, für die er anfänglich heftige Gefühle des Verliebtseins empfand, sehr auf die Nerven. Seine Schilderung wirkte auf mich, als sei er über das Stadium der Verliebtheit bisher niemals hinaus gekommen und als kenne er den Zustand tiefer Liebe nicht. Wenn die Freundin nicht gut gelaunt war, auf ihn nicht eingehen konnte, eigene Bedürfnisse äußerte, wurde er sehr ungehalten. Als sie einmal sehr heftig weinte, fühlte er sich von ihr vereinnahmt, ihm wurde "ganz

hart um's Herz"¹ . Auch ihre häufigen Telefonanrufe empfand er als lästige Einschränkung: "Wer bin ich eigentlich, daß ich mich von ihr so rumkommandieren lasse."² Da er nicht wagte, mit ihr über seine Gefühle zu sprechen, wuchs sein Frust. Er verhielt sich zunehmend abweisend, war aber am Boden zerstört, als die Freundin die Beziehung abbrach.

Die Beschreibung von ABEND/ PORTER/ WILLICK (1994) für das Erleben eines Menschen mit einer BPS in intensiven Beziehungen trifft auf Reiner zu:

“Die Objektbeziehungen sind am ehesten als infantil, egozentrisch, fordernd und ausbeutend zu beschreiben, manchmal einhergehend mit extremer Passivität, unreifer Überidealisierung und Unterwerfung, letzteres kann von Wut und Ärger begleitet sein.”³

Frühere Beziehungen von Reiner scheiterten ebenfalls in einem sehr frühen Stadium der Kontaktherstellung. Entweder er verliebte sich in sehr kühle und distanzierte Frauen, die unerreichbar für ihn blieben oder er zeigte ein anklammerndes Verhalten. Seine erste intime Partnerschaft erlebte er mit 18 Jahren. Die damalige Freundin war sehr dominant und drohte ständig ihn zu verlassen. Reiner ordnete sich ihr unter, da er in ihr die verlorene Mutter suchte.

In sehr jungen Jahren heiratete er, fühlte sich schon sehr bald nicht mehr von seiner Frau angezogen und ging Affären mit anderen Frauen ein. Seine Frau beendete die Beziehung, und sie ließen sich nach einer Paartherapie gütlich scheiden.

Dieser Verlauf intimer Beziehungen kann als charakteristisch für die Borderline-Störung bezeichnet werden. Im Extremfall kann sogar von einer Beziehungsfähigkeit ausgegangen werden, wie MASTERSON (1998) erklärt:

“Die Schwierigkeit, Liebesbeziehungen einzugehen oder aufrechtzuerhalten, hängt mit dem Bedürfnis des Patienten zusammen, Anklammerungs- und/oder Distanzierungsmechanismen zu gebrauchen, um seine primitive Furcht vor dem Verschlungen- oder Verlassenwerden abzuwehren (...), wenn sich eine enge Liebesbeziehung entwickelt. Er muß die Freuden einer engen Beziehung opfern, um sein inneres emotionales Gleichgewicht zu bewahren. Er muß sich gegen die aus einer solchen Beziehung entstehenden Ängste durch Anklammern oder Distanzieren verteidigen.”⁴

1 Reiner in der dritten Therapiestunde

2 Reiner in der vierten Therapiestunde

3 S.M.Aabend/ M.S.Porter/ M.S.Willick: Psychoanalyse von Borderline-Patienten” Göttinger

4 J.F.Masterson 1992, S.21

Als Ursachen dieser Beziehungsstörung werden die Persönlichkeitsentwicklung des Borderline-Klienten und seine Beziehungserfahrungen in frühester Kindheit angesehen. Eine Zusammenfassung und meine eigene Interpretation der Thesen von MAHLER (1975), KERBERG (1985) und MASTERSON (1992) soll *die Genese der Borderline-Störung* infolge der gestörten Mutter-Kind-Beziehung verdeutlichen:

Die wachsende Autonomie des Kindes im Alter zwischen 1 1/2 und 3 Jahren stellt für die Mutter wegen eigener ungelöster Konflikte eine Bedrohung dar. Sie fördert deswegen eher die Abhängigkeit des Kindes als seine Individuation. Da eine solche Mutter in früheren Phasen der Ich-Entwicklung des Kindes häufig distanziert oder unberechenbar war und ihre eigenen Verlassenheitsgefühle kompensieren mußte, muß das Kind ohne ihre Unterstützung auskommen. Eine Lösung von der Mutter wird durch diese Aspekte erschwert. Der frühere Mangel an Zuwendung, die Notwendigkeit der Erfüllung der neurotischen Bedürfnisse der Mutter und die weitere Unzuverlässigkeit ihrer Aufmerksamkeit konfrontieren das Kind ständig mit intensiven Verlustängsten. Der Weg in die Autonomie bedeutet einen Verzicht auf die ohnehin spärliche mütterliche Liebe und kann deswegen nicht gewagt werden.

Als Reaktion entsteht im Kind eine selbstvernichtende Verzweiflung oder/und als "Gegenstück, gegen die Mutter gerichtete Tötungsphantasien und -impulse"⁵. Schuldgefühle unterdrücken den Wunsch nach Selbstbehauptung, da der Entzug der vermeintlichen Liebe das gedeihende Selbst des Kindes bedroht. Jede Anforderung an die Eigenständigkeit löst infolgedessen Gefühle der Passivität und Hilflosigkeit aus.

Ein Bild mag das Dilemma des Kindes konkretisieren: Die wachsende Pflanze wird nur notdürftig versorgt. Sobald sie Blüten treiben möchte - was ohnehin mit wenig Wasser, Dünger oder Sonne schwer möglich ist - wird ihr die spärliche Ration noch mehr gekürzt. Eine wunderschön blühende Pflanze wäre eine Bedrohung für die Mutter, die selbst gelernt hat, auf ein Blühen zu verzichten. Um nicht ganz einzugehen, wird das Kind versuchen, wenigstens seine Blätter zu erhalten.

Was passiert nun aber, wenn die Mutter, wie im Falle von Reiner, stirbt? Was mag in diesem Kind vorgehen? Nun wird aus der Verlassenheitsangst und der möglicherweise vorhandenen Tötungsphantasie eine konkrete Erfahrung endgültigen Verlustes. Schuldgefühle, Wut, Angst und Nichtigkeitsempfindungen sowie das dringende Bedürfnis nach Zuwendung und Trost müssen ein Kind in einer solchen Situation geradezu überschwemmen.

Reiners Großmutter, die Mutter seines kaum verfügbaren Vaters (Masterson 1992 sieht in der Interessellosigkeit des Vaters eine Verstärkung der Verletzung des Kindes), übernahm die Erziehung und Versorgung des Enkels. Mit ihren anklammernden, autonomiebeschneidenden und überfürsorglichen Tendenzen vertiefte sie die Spaltung von Reiners Objekt- und Selbsterleben, eine für die Borderline-Persönlichkeit typische Erscheinung der Identitätsdiffusion:

“Identitätsdiffusion ist definiert als mangelnde Integration des Selbstkonzeptes oder des Konzeptes von bedeutsamen Objekten. Sie offenbart sich im subjektiven Erleben chronischer Leere, in widersprüchlichen Selbstwahrnehmungen, widersprüchlichem Verhalten, unzureichenden und widersprüchlichen Wahrnehmungen anderer (...).”⁶

Das versorgende Objekt wird nach MASTERSON (1992) in zwei Teile gespalten, eine “entziehende oder aggressive” und eine “belohnende oder libidinöse Objektbeziehungs-Teileinheit”⁷. Entsprechend erlebt sich das Kind bei Selbständigkeitsbestrebungen als unfähig, schlecht oder einsam, bei Abhängigkeitsbekundungen als gut, passiv oder leidend. Diese Spaltung bestimmt das psychische Erleben der Borderline-Persönlichkeit und deren Empfinden in nahen Objektbeziehungen. Die Ausprägung der identitätsdiffusiven Beziehungsgestaltung zeigt sich demnach auch im therapeutischen Kontakt und kann in der Übertragung und der Gegenübertragung erlebt und nachvollzogen werden.

Die *Übertragung Reiners* auf mich wurde während einer Live-Supervisionsstunde besonders aktiviert. Reiner erlebte den Supervisor als streng und autoritär, der es verurteilen würde, wenn Reiner meine Nähe und Unterstützung sucht. Nach dieser Stunde schwärmte Reiner von meinen Qualitäten als Mutter. Bisher hatte er sich kaum auf mich bezogen, vielmehr hauptsächlich von seinen Beziehungsschwierigkeiten mit Frauen berichtet. Nun schien er fast in meinen Augen zu versinken. So eine Mutter, die so klug und attraktiv sei, habe er sich immer gewünscht. Er beneidete meine Kinder: “Die haben ein Glück mit ihrer Mama. Du bist so natürlich, so liebenswert. Deine Kinder kriegen bestimmt viel Liebe.”⁸ Seine Idealisierung schmeichelte mir. In der nächsten Stunde lehnte er mich dann ab. Ich könne Kritik nicht annehmen und äußere mich ablehnend gegenüber anderen⁹. Der ständige Wechsel von einer sehr positiven Einschätzung meiner Person zu einer gnadenlosen Verurteilung bestimmte von nun an die weiteren Kontakte.

6 O.F.Kernberg 1992, S.15

7 J.F.Masterson 1992, S.63

8 Reiner in der 8. Therapiestunde

9 Reiner in der 9. Therapiestunde

Der Wechsel erfolgte fast von Stunde zu Stunde, so daß ich nach einer positiv gestimmten Therapiestunde mit einer ablehnenden Haltung Reiners rechnen konnte. Zuerst herrschten negative Gefühle bei ihm vor. Er fühlte sich von mir im Stich gelassen, war eifersüchtig auf Mitglieder aus der Gruppe, fühlte sich von mir manipuliert und wollte deswegen Distanz¹⁰. Dann war er wieder stolz auf "seine Mami"¹¹. In einem Traum in der nächsten Stunde ließ er mich brutal schlagen¹². Dann kam das Thema der sexuellen Anziehung auf und parallel dazu seine Angst, von mir hinausgeworfen zu werden¹³. Gegen eine sexuelle Übertragung und eine intensive Nähe wehrte Reiner sich ab diesem Zeitpunkt mit Händen und Füßen. Seine Angst, ich könne ihn abhängig machen, ihn beherrschen wollen, ihn andererseits aber auch verlassen können, wenn er einmal in mein Netz gegangen sei, beschäftigte uns viele Therapiestunden. Gegen diese Befürchtungen wehrte er sich, indem er ständig damit drohte, die Therapie abzubrechen, indem er mir Fehler um Fehler nachweisen wollte und meine Kompetenz in Frage stellte oder indem er die Therapie bagatellierte als "Psychoscheiß" oder sinnloses Wühlen und Bohren.

Die Therapeutin müsse bei der Arbeit mit einer Borderliner-Persönlichkeit "viele Manipulationen, Ansprüche, Forderungen und emotionale Stürme" aushalten und sich des öfteren mit "intensiven Gegenübertragungsgefühlen herumschlagen"¹⁴. Dies hatte ich gelesen und mit dieser Information überstand ich Reiners Angriffe. Ich zweifelte an mir, meinen menschlichen oder professionellen Fähigkeiten, war oft hin- und hergerissen zwischen tiefer Sympathie und ärgerlichem Unbehagen. Wie Reiner es treffend später ausdrückte: "Einer von uns beiden ist immer der Depp." Entweder war ich die tolle Therapeutin, dann war er der Depp, oder er wurde zutiefst von einer unfähigen Stümperin gekränkt, dann war ich der Depp. Zwischenstufen gab es in diesem frühen Stadium der Therapie nicht.

KERNBERG (1993) bezeichnet diesen Mechanismus der Spaltung des Selbst und äußerer Objekte in "absolut gut" und "absolut böse" als Abwehr gegen die unerträgliche Angst des Erkennens, daß diese Diffusion aus frühen Kindheitserfahrungen stammt. Die Hauptaufgabe der Therapeutin besteht vorerst darin, diese Verwirrung auszuhalten, die Akteure in der unbewußten Inszenierung Mithilfe der biographischen Informationen des Klienten zu erkennen, schließlich die "aktivierten Zerrbilder"¹⁵ wie sie in der Übertragung auftauchen zu benennen und zu deuten.

10 Reiner in der 11. Und 13. Therapiestunde

11 Reiner in der 15. Stunde

12 Reiner in der 16. Stunde

13 Reiner in der 17. und 18. Stunde

14 M.Aalberse 1997, S.15

15 O.F.Kernberg 1992, S.100

Die Gegenübertragung dient dem Aufspüren damaliger Objektbeziehungen und der Gefühle des Klienten in dieser Konstellation. Die Beschreibung **KERNBERGS** (1993) von der Nutzung der Gegenübertragungsgefühle mit einem Borderline-Klienten habe ich als hilfreich erlebt und die intensive Gegenübertragung als echte Herausforderung in der therapeutischen Arbeit mit Reiner empfunden:

*"Der innere Gefühlszustand des Therapeuten ist oft ein Hinweis auf die Existenz von Objektrepräsentanzen, die der Patient in ihm hervorgerufen hat. Daher beobachtet der Therapeut seine innere Befindlichkeit und registriert fremde Gefühlszustände, Bedürfnisse von seiner Rolle als Therapeut abzuweichen, intensive Affekte, sich aufdrängende Phantasien oder Rückzugswünsche"*¹⁶

So habe ich mich z.B. plötzlich als ungeheuer rechthaberisch und kleinlich erlebt; hatte das Bedürfnis, Reiner mitzuteilen, daß ich ihn entgegen seiner Befürchtungen durchaus sehr mag; schlug mich mit Ohnmachtsgefühlen, Unfähigkeitsvermutungen und Versagensängsten herum; fühlte mich außerhalb der Therapiestunden von Reiner beobachtet und erlebte Gefühle von intensiver Anziehung und Verliebtheit; dann wieder verspürte ich nach einer besonders garstigen Entwertung den Wunsch, die Therapie mit ihm abzubrechen.

Ausgehend von der Vermutung, daß Reiner sich nicht nur in unserem therapeutischen Setting sondern auch in anderen Beziehungen in eine Position der Ablehnung und gleichzeitigen Abhängigkeit begibt, begann ich zu verstehen, wovor er sich in intensiven Kontakten schützt. Seine große Sorge, in einer nahen Beziehung verschlungen und manipuliert zu werden, also sein Selbst aufgeben zu müssen, oder nach der Offenbarung seiner Verschmelzungswünsche verlassen und verletzt zu werden, also ein geliebtes Objekt zu verlieren, ließ ihn mit geballten Fäusten und vor Sehnsucht zerfließenden Augen vor mir stehen. In einer Übung, in der wir in einigem Abstand voreinander standen, brachte Reiner diese beiden Empfindungen sinngemäß auf einen Punkt. "Ich möchte dich umarmen, du Schwein."¹⁷

Die Kodierung des Beziehungsverhaltens in der OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) sieht vor, Aussagen darüber zu fassen, wie ein Klient sich immer wieder in Beziehungen erlebt und welche Reaktionen er bei anderen hervorruft. Reiner hat immer wieder die Erfahrung gemacht, daß er sich manipuliert, vereinnahmt und kontrolliert fühlt oder daß er abgewiesen, verletzt und verlassen wird. Diese Wahrnehmungen wiederholen sich in der therapeutischen Situation.

16 O.F.Kernberg 1992, S.100

17 Reiner in der 47. Therapiestunde

Meines Erachtens handelt es sich bei Reiners Beziehungsgestaltung um die Abwehr zu großer Nähe, die eine ungeheure Trauer um den Verlust der Mutter und der Entbehrung eines schutzgebenden Zuhauses freilegen könnte. Im weiteren Verlauf der Therapie sprach Reiner wiederholt von seiner Furcht im Sumpf zu versinken und keinen Ausweg mehr zu finden¹⁸. Der innerpsychische Konflikt, der diesem Beziehungsverhalten Reiners zugrundeliegt und sich in seiner Art der Interaktion widerspiegelt, soll nun mit den Erkenntnissen **MASTERSONS** (1992) und **KERNBERGS** (1993) verbunden werden, um Reiners Erleben in Beziehung besser verstehen zu können.

3. Konflikt

Psychodynamische Konflikte werden in der OPD als innerpsychische oder verinnerlichte und zugleich unbewußte, verdrängte Belastungen und Zustände verstanden. Der von **MERTENS** (1992) in der OPD beschriebene Widerspruch zwischen der Sehnsucht nach Nähe, Versorgung und Beziehung und dem diesem Wunsch entgegenstehenden Bedürfnis nach Freiheit, Autonomie und Selbständigkeit verdeutlicht zugleich Reiners seelischen Konflikt, der seine Entwicklung behindert und ihn unglücklich macht:

“Wenn ich mich ganz auf einen anderen Menschen einlasse, werde ich über kurz oder lang enttäuscht, die dann entstehende Trennungsangst oder den Trennungsschmerz kann ich nicht aushalten; aus diesen Gründen habe ich Abwehrmöglichkeiten entwickelt, die Beziehung zu anderen niemals so intensiv werden zu lassen, daß ich von dieser Beziehung abhängig werden könnte”¹⁹

Ziehen sich derartige Konflikte über einen längeren Zeitraum hin oder wie im Falle von Reiner über sein bisheriges Erwachsenenleben, führt dies zu einer erhöhten Anspannung und einem intensiven Leidensdruck. Wenn ein psychodynamischer Konflikt als ein Zusammenstoß unbewußter sich widersprechender Gefühls- oder Bedürfniszustände verstanden werden kann, zeigt sich dies in immer wiederkehrenden Verhaltensmustern, die einer Lösung wegen der Verdrängung des Konfliktes nicht zugänglich sind.

In Reiners Erleben, wie es sich in der Therapie aber auch seinen Beziehungen außerhalb zeigt, wird ein seelischer Grundkonflikt deutlich, der ihn schon seit Jahren begleitet: Er wünscht sich Nähe, kann sie aber aus Angst vor Vereinnahmung, Kontrolle, Unterwerfung und Manipulation nicht zulassen.

18 Reiner in der 41. Therapiestunde

19 W.Mertens 1992, S.113 in der OPD 1998, S.55

Als Kind hatte er wiederholt im Kontakt mit der Großmutter die Erfahrung gemacht, von ihrer Zuwendung erdrückt zu werden. Er fand ihre schmachthende Liebe für ihn abstoßend und ekelerregend, "wie ein fette Henne, die auf dem Küken sitzt und es totdrückt"²⁰. Die Grenzverletzung dieses "Unter-einer-fetten-Henne-Sitzens" wird in Reiners Sexualisierung dieses Beglückens deutlich. Er empfand sexuelle Erregung, wenn er unter den Stuhl kroch, auf dem die Großmutter saß und ihr heimlich unter den Rock schaute. Eine andere Art der Zuwendung konnte Reiner nicht bekommen. Um die Anerkennung seines selten anwesenden Vaters bemühte er sich vergeblich.

Die Angst, im Stich gelassen zu werden, nicht um seiner selbst willen geliebt zu werden, führte zu einer tiefen Isolation und Einsamkeit in Reiners Leben. Ein weiterer Grund, Nähe nicht ertragen zu können. Der tatsächliche Verlust durch den Tod der Mutter, das Gefühl ein unerwünschtes Kind gewesen zu sein, vom Vater verstoßen und seiner Anerkennung und Liebe nicht würdig gewesen zu sein, könnte durch eine existenzgefährdende Trauer bewußt werden, erhielt er die lang ersehnte Geborgenheit.

Die Abwehr dieser dramatischen Leere in seiner Kindheit führt zu einem unerfüllten Erwachsenenleben. Die Angst vor einer Begegnung mit der früheren Verzweiflung und Einsamkeit vermeidet er durch den Verzicht auf eine innige Beziehung. Diese Angst wird in den Therapiestunden deutlich. Komme ich Reiner zu nahe und spürt er mein Angebot ehrlich gemeinter Zuwendung und Offenheit für seine seelischen Schmerzen, greift er mich rücksichtslos an. Durch Entwertung schafft er Distanz. Die Angst, als Folge dieser Unverschämtheiten von mir hinausgeworfen zu werden, bewältigt er durch periodisch wiederkehrende Schmeicheleien oder die Drohung, die Therapie abzubrechen.

Ein weiterer Konflikt zeigt sich in Reiners fehlender Lebensplanung. Seine männliche Identität wurde durch die Zurückweisung des Vaters bedroht. Anerkennung erhielt er höchstens durch überdurchschnittliche Schulleistungen. Auf Liebe konnte er trotz dieser Bemühungen nicht zählen. So ging er in die Verweigerung. Er schloß zwar sein Studium ab, konnte danach aber keine innere Erfüllung im Beruf finden. Die Konzentration auf die Herstellung von Nähe in der therapeutischen Beziehung sehe ich vorerst als die Basisarbeit an, auf Grundlage derer weitere Entwicklungen hoffentlich möglich sein werden.

Das möglichst genaue Erkennen des innerpsychischen Konfliktes ist nach **KERNBERG** (1993) notwendig, um durch konfrontative Fragen und Deutungen dem Klienten diesen Konflikt bewußt zu machen.

20 Reiner in der 36. Therapiestunde

Erst das Verstehen der unbewußten Regungen und Bedürfnisse bzw. Vermeidungen ermöglicht der Therapeutin, die auch von Masterson (1992), Tasche (1998) und Aalberse (1997) empfohlene konfrontative Fragetechnik zu verwenden.

Folgende Fragen können Reiner helfen, sich seines Konfliktes bewußt zu werden²¹:

“Warum versuchst du noch immer Frauen zu verführen, für die du keine Liebe empfindest? Warum machst du noch immer sexuelle Annäherungen in Situationen, die dir hauptsächlich Schwierigkeiten einbringen ? ”

“Warum entwertest du mich weiterhin, obwohl du längst erkannt hast, daß du hiermit die Nähe zerstören möchtest?”

“Wie kommt es, daß du dir einerseits eine Partnerin wünschst, andererseits jede innigere Beziehung durch Verletzung der Partnerin verhinderst?

“Mir ist aufgefallen, daß du mich einmal als tolle Therapeutin ansiehst, die authentisch, zärtlich und liebenswert ist, und dann wieder ablehnst, weil ich sowohl menschlich als auch als Therapeutin eine Versagerin bin. Als wäre ich zwei verschiedene Personen. Wie erklärst du dir das?”

“Warum bringst du Kritik immer in einer abwertenden Weise vor, wo du doch weißt, daß deine Wünsche eher erfüllt werden, wenn du Verantwortung für deine Gefühle und Bedürfnisse übernimmst?”

“Du hast schon so häufig erfahren, daß deine Entwertung zu Distanz führt. Warum gehst du nicht in Kontakt zu anderen, indem du die andere Person wertschätzt und auf sie zugehst?”

Wie klärend eine solche Benennung des Konfliktes ist, habe ich in der 56. und 57. Therapiestunde mit Reiner erlebt:

Nach dem Bewußtwerden der erotischen Übertragung auf mich, folgte Reiners Enttäuschung, mich nicht als Partnerin besitzen zu können. Er ertrug die Gefühle meiner Zurückweisung seiner sexuellen Annäherungsversuche, indem er daran festhielt, daß ich eine Partnerschaft zu ihm eingehen wollte, wäre ich nicht seine Therapeutin. Er war davon überzeugt, daß ich ihn anlüge, da ich keine Gefühle der Eifersucht verspürt hatte, als er mit einer Teilnehmerin der Gruppe anbändeln wollte.

“Ich lasse mich von dir nicht zum Depp machen ”, giftete er mich an.

Ich meinte dazu, “anscheinend ist es für dich erträglicher zu glauben, daß ich dich anlüge als zu ertragen, daß ich keine Partnerschaft zu dir wünsche. ”

²¹ abgeleitet von den Vorschlägen O.F. Kernbergs (1992), S. 101

Dies machte ihn noch ungehaltener: "Du, ich lasse mich von dir nicht in die Rolle drängen, ich würde an Wahrnehmungsstörungen leiden."

Was ich auch einbrachte, um die Situation zu klären, schmetterte er mit den Worten ab, ich wäre eine Winkeladvokation, verzerre seine Sätze und mache mir selbst etwas vor. Dieses mein unreflektiertes Verhalten nutzte er als Beweis, sich nicht auf mich oder die Therapie einlassen zu können. Erbost fragte er: "Wie kann ich mich da auf dich verlassen?"

Ich teilte ihm mit, daß ich verstanden habe, daß er sehr gekränkt ist, weil ich keine Partnerschaft zu ihm wünsche. Doch auch dies prallte an ihm ab: "Wenn das alles ist, was du verstanden hast..." Er verließ das Therapiezimmer mit den Worten: "Jetzt ist eh alles zu Ende."

Nach dieser Stunde suchte ich in der Supervision Hilfe. Meine Sorge war, Reiner nicht wirklich helfen zu können oder durch falsches Verhalten zu schaden. Sein Angriff gegen mich hatte mich sehr an meinen Fähigkeiten zweifeln lassen. Der Supervisor stärkte mich und gab mir den Mut, die Verwirrung zu ertragen und meine eigenen Gefühle zu ordnen.

In der nächsten Stunde brachte Reiner ein halbstündiges Statement vor, das mich sehr berührte. Noch niemals hat er so klar gesprochen, jeden Angriff vermieden, mir gegenüber Empathie gezeigt und trotzdem seine Verletzung ausgedrückt. Zum Schluß seiner Rede brach er in Tränen aus und stieß weinend hervor: "Ich brauche emotionale Verlässlichkeit für meine Entwicklung." Dann hielt er inne und zerrupfte ein Papiertaschentuch. Verzweifelt mit tränenüberströmtem Gesicht schaute er mich an. "Weißt du, was mir am meisten weh tut? Daß ich dich so doll mag." Mit diesen Worten warf er sein Taschentuch auf den Boden und weinte heftig. Als er sich beruhigt hatte, seufzte er tief.

"So jetzt hast du mich verstanden." Ich glaube, er hat sich vor allem selbst verstanden, denn ich hatte bis zu diesem Zeitpunkt nur zugehört.

Ich habe nach dieser Intervention die Wichtigkeit der Konfrontation erkannt und spürte aber, daß vor uns noch ein langer Weg liegt. Als Abwehr gegen eine enge Beziehung, um den verdrängten Konflikt nicht bewußt werden zu lassen, zeigen sich unterschiedliche Verhaltensweisen oder Reaktionen einer Borderline-Persönlichkeit. Entweder will die Person im Zentrum absoluter Aufmerksamkeit stehen, oder sie zählt ständig die Fehler und Unfähigkeiten einer wichtigen anderen Person auf, oder sie sucht sich eine distanzierte Person, zu der keine wirkliche Nähe hergestellt werden kann, oder klammert sich unterwürfig an, bis die andere Person sich unwohl und vereinnahmt fühlt. Dies habe ich mit Reiner in der Therapie erlebt, und wir arbeiten daran, dieses Muster der Reflexion zugänglich zu machen und zu verändern.

Die Intimität einer nahen Beziehung ist eine besondere Belastung für eine Borderline-Persönlichkeit. Die Auflösung des psychodynamischen Konfliktes bedarf der Herausbildung verschiedener Fähigkeiten, die nach MASTERSON (1992) wie folgt zu benennen sind:

- die Fähigkeit, über den Verlust einer geliebten Person zu trauern
- die Fähigkeit, allein zu sein
- die Fähigkeit, Empathie zu empfinden
- die Fähigkeit, Angst und Niedergeschlagenheit zu ertragen
- die Fähigkeit, sich mit einem anderen ohne die Angst vor dem Verschlungen- oder Verlassenwerden zu verbinden

Die Interaktion in der Therapie, die Reflexion der Beziehungsgestaltung und die schrittweise Annäherung an die schwer zu ertragenden Gefühle ermöglichen ein Verstehen, ein Benennen und schließlich eine Klärung des Konfliktes²². Dies ist jedoch nur durch ein Verständnis der Persönlichkeitsstruktur der Borderline-Persönlichkeit möglich und wird deswegen von der OPD als weiteres diagnostische Kriterium benannt.

4. Struktur

Die psychische Struktur eines Klienten wird in seinem interaktionellen Handeln sichtbar. Hierfür wird während der Therapie ein Raum geschaffen für Kommunikation und die Selbstdarstellung des Klienten in der Interaktion mit der Therapeutin.

Wie schon mit TASCHÉ (1998) erwähnt, liegt auch der Bioenergetischen Analyse ein Strukturmodell zur Erklärung von Persönlichkeitsstörungen (die Charakteranalyse nach W. Reich) zugrunde²³, welches aber zum Verständnis und zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wenig Anhaltspunkte liefert. Angelehnt an die Veröffentlichungen zur Therapie mit Borderline-Personen, die OPD und die Empfehlungen von TASCHÉ (1998) und WEBER (1998) kann das Modell der Charakterstruktur aus der Bioenergetischen Analyse von dem psychoanalytischen Konzept der Analyse des Selbst in seinen Beziehungen zu Objekten nur gewinnen. Hierzu TASCHÉ (1998):

“Das Strukturmodell Charakteranalyse ist (...) eine wenig geeignete Grundlage zum Verständnis und zur Behandlung von Borderline Störungen. Differenziert beschrieben und erklärt werden diese Störungen in der Psychoanalyse mit Hilfe

²² vgl. O.F.Kernberg 1992, S.89ff

²³ vgl. J.Tasche 1998, S.52

von Modellen des Ichs, des Selbst und der Objektbeziehungen. Auf eine Kenntnis dieser Modelle kann m.E. auch in der BA im Interesse des Klienten nicht verzichtet werden."²⁴

Aus diesem Grund können die Erkenntnisse der Objektbeziehungstheorie (Klein 1952; Kernberg 1967, 1984; Fairbairn 1946; Guntrip 1966; Winnicott 1960; Bowlby 1966; Kohut 1978) wichtige Aufschlüsse über das kindliche Erleben und seine Bezogenheit bzw. Bindung an andere Menschen geben. Aus den verschiedenen Verinnerlichungen von Beziehungen und Erlebnissen konstituiert sich das "Selbst" des Kindes, als Kern des eigenen Seins. CASHDAN (1990) bringt die Auffassung der Objektbeziehungstheorie auf einen Nenner: "Wir werden unsere Anderen, indem wir uns wichtige andere einverleiben und psychisch in ein Selbst umwandeln."²⁵ Die Einstellungen des Ichs zu diesem Selbst verdeutlicht die Symbolisierung seiner wichtigsten Beziehungen, die die Person angenommen oder abgelehnt haben. Mit der Fähigkeit zur inneren Repräsentanz wichtiger Beziehungen zu Menschen, Dingen oder Gegebenheiten ausgestattet, erlangt ein Mensch die Fähigkeit, Kontakt herzustellen, Situationen zu meistern und Konflikte zu bewältigen.

Waren die Beziehungen in früher Kindheit unzuverlässig und wurde dadurch die Identitätsentwicklung erschwert, bildet sich später im Erwachsenenleben eine Störung der Persönlichkeitsstruktur heraus, die in der OPD genauer definiert wird:

*"Im Falle der defizitären Entwicklung waren die Bedingungen für das heranreifende Selbst so ungünstig, insbesondere die Passung zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den Angeboten der wichtigen Bezugspersonen so gering, bzw. die Einwirkung von traumatischen Erfahrungen so massiv, daß einzelne oder mehrere (...) Strukturen sich nicht ausreichend entfalten konnten. Es entwickelte sich eine unreife, unvollständig entwickelte bzw. gestörte Selbststruktur, die weder autonom sein noch sich selbst ausreichend organisieren kann, noch genügend selbst-reflexionsfähig ist. Eine verlässliche Bindung an haltgebende Objekte konnte nicht entwickelt werden, nicht einmal deren verlässliche Wahrnehmung ist gesichert."*²⁶

Die OPD schlägt zur Operationalisierung und Erfassung der psychischen Struktur des Selbst in Beziehung zu anderen sechs in der therapeutischen Beziehung beobachtbare Funktionen vor, die ausgehend von der Objektbeziehungstheorie, der Selbst- und Ichpsychologie unter Berücksichtigung des Borderline-Strukturniveaus²⁷ entsprechende Fertigkeiten voraussetzen und zwar die Fähigkeit zur:

24 J.Tasche 1998, S.53

25 Sh.Cashdan 1990, S.69

26 OPD 1998, S.68

27 OPD 1998, S.72

1. Selbstwahrnehmung
2. Selbststeuerung
3. Abwehr
4. Objektwahrnehmung
5. Kommunikation
6. Bindung

Diese Funktionen zeigen sich im Kontaktverhalten des Klienten in der Therapie und den Gegenübertragungsgefühlen der Therapeutin (hieran zeigt sich, was der Klient in die Beziehung einbringt). Ausgehend von den genannten strukturellen Dimensionen des Selbst in Beziehung zu anderen will ich meine Kontakte mit Reiner reflektieren, um seine für ihn "typische" psychische Struktur zu erfassen und zu erklären:

1. Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung:

Zu Beginn der Therapie beschäftigte Reiner sich kaum mit sich selbst und seinen innerseelischen Vorgängen. Eine Reflexion seines Selbst setzte zaghaft ab der 20. Therapiestunde ein. Während der Therapie traf er nur wenige Aussagen über sein Selbstbild. Nur sehr andeutungsweise wurde bisher über einen Zeitraum von etwa 60 Therapiestunden deutlich, wie er sich selbst einschätzt:

Er fühlt sich oft kindisch und bockig. Trotz der Abwehr von Kontakten wünscht er, daß andere Menschen auf ihn zugehen. Abwertungen dienen der Kontrolle von Beziehungen. Niemand soll merken, daß er eigentlich "zuwendungsgeil"²⁸ ist und sich wie ein "armseliges kleines Würstchen"²⁹ fühlt, mit dem niemand wirklich etwas zu tun haben will. Er erkennt, daß er sich kaum in andere Menschen einfühlen kann, schwer mit Kritik umzugehen weiß und abhängig ist von der Anerkennung anderer. Als er sich eingestehen konnte, wie wenig ausgeprägt sein Selbstwertgefühl ist, folgte eine intensive Trauer, nach der er sich offener und sensibler fühlte. Seine große Angst vor Gefühlen hindert ihn daran, den emotionalen Ausdruck zur Kontaktherstellung oder zum Verständnis seines Selbst zu nutzen³⁰.

Reiners Introspektionsfähigkeit ist noch nicht sehr ausgebildet und erschwert den Kontakt zu ihm. Er bemüht sich kaum um ein tieferes Verständnis seiner Gefühle oder seines Erlebens. Vielmehr ist er mit der Vermeidung von Kontakt und Nähe beschäftigt, was ihn von sich selbst und anderen entfernt.

28 Reiner in der 34. Therapiestunde

29 Reiner in der 22. Therapiestunde

30 Reiner in der 52. Therapiestunde

2. *Die Fähigkeit zur Selbststeuerung:*

Keiner hadert sehr mit der mangelnden Organisation seines Lebens und der aktiven Definition von Zukunftsplänen. Er wünscht sich, in einem Projekt mit mehreren Menschen zusammenzuarbeiten, aber er mag keine Verpflichtungen für andere übernehmen. Er übernimmt auch keine Verantwortung für seine Gefühle oder die Gestaltung einer Beziehung. Vielmehr wünscht er sich, "ohne Worte verstanden zu werden"³¹. Gelingt es mir z.B. nicht, ihn zufriedenzustellen, macht er mir bittere Vorwürfe. Er kann sich stundenlang über Situationen auslassen, die er kaum aushalten konnte, die er als Zumutung empfand oder in denen er etwas anderes gewollt hatte. Sich selbst als Urheber kompetenten Handelns zu verstehen, fällt ihm ausgesprochen schwer.

Daß er durch die ständigen Abwertungen meiner Person die therapeutische Beziehung dominiert und seinen Einfluß auf das Gelingen der Therapie unterschätzt, ist ihm kaum bewußt. Ein Beispiel für Reiners Verhalten in der Therapie mag verdeutlichen, wie schwer es ihm fällt, mit seinen Bedürfnissen und Affekten steuernd und integrierend umzugehen:

Der Gruppenabend war für Reiner wie schon öfter völlig in den Teich gesetzt.

Wieder einmal hatte ich als Gruppenleiterin total versagt und den Abend vor allem für meine Selbstdarstellung benutzt. Wir hatten getanzt, und ich hatte eine Übung zur Kontaktherstellung im Gruppenkreis angeleitet, an der ich aktiv mitwirkte.

Ich hätte ihn zum Kontakt gezwungen, sei überhaupt nicht auf seine Wünsche eingegangen, er würde sich jetzt eine Gruppe suchen, in der er "richtige" Bioenergetik praktizieren könne. Da ich diese Vorwürfe kommen sah, hatte ich mich gut auf diese Stunde vorbereitet. Reiner saß vor mir auf der Matratze und sein leicht überheblicher bis spöttischer Gesichtsausdruck gefror zuerst und löste sich dann in Betretenheit auf als ich ihm sagte:

"Es hätte mir sehr geholfen, wenn du mich nochmal an deine Wünsche erinnert hättest. Nach dem Tanzen habe ich gar nicht mehr daran gedacht, daß du dir etwas anderes für den Abend gewünscht hattest."

"Ja, was hätte ich denn machen sollen? Wann hätte ich denn etwas sagen sollen? Ich wollte schließlich nicht wieder als Unruhestifter auffallen und aus der Reihe tanzen. Sollte ich mich etwa einfach auf den Boden legen und heulen?" fuhr er mich an.

"Das hättest du gewollt? Warum hast du es nicht getan? Erlebst du mich als einen solchen Unmensch, daß ich dich deswegen verurteilt hätte?"

Zerknirscht lenkte er ein. "Nein, aber ... das Aber habe ich jetzt vorsorglich gesagt. Aber es gibt eigentlich kein aber."

Zum Ende der Stunde einigten wir uns darauf, daß ich ihn zukünftig darauf aufmerksam mache, wenn ich mich von ihm verletzt fühle, da er einen konstruktiveren Weg finden möchte, für seine Bedürfnisse einzutreten.

Die Schwierigkeit, seine Affekte und sich selbst zu organisieren, zeigt sich auch darin, daß er seinen Ärger unreflektiert ausdrückt, sexuelle Annäherungsversuche bei den Frauen aus der Gruppe trotz bestehender Regeln nicht unterläßt und sein mangelndes Selbstwertgefühl durch die Erniedrigung anderer kompensiert.

3. Die Fähigkeit zur Abwehr

Belastungen auszuhalten, Frustration zu ertragen und Containment aufzubauen ermöglicht dem Klienten, innere konflikthafte Zustände zu reflektieren und schließlich zu bewältigen, anstatt durch bloßes Ausagieren eine nur vorübergehende Befriedigung zu erlangen und sich selbst oder andere durch unüberlegtes Handeln zu beeinträchtigen bzw. Streit zu provozieren.

Es fällt Reiner schwer, Absichten und Bedürfnisse wahrzunehmen und auszuhalten, ohne diese unmittelbar in die Tat umzusetzen. Wenn er z.B. gekränkt ist, was häufig geschieht, dann zieht er sich entweder resigniert zurück und schmolzt beleidigt oder er wird verletzend und abwertend. Zurückweisungen und Enttäuschungen beantwortet er mit der Drohung des Kontaktabbruchs oder selbstbeschuldigender Aufgabe seiner Wünsche. "Es hat ja doch keinen Sinn, was soll das ganze Theater."

Die Bewältigung einer Konfliktsituation kann jedoch nur erreicht werden, wenn die Frustrationstoleranz nicht ein vergleichsweise niedriges Niveau aufweist wie bei Reiner. Wie kann ein Problem analysiert und angegangen werden, wenn er sofort aufgibt, weil er nichts taugt oder ich für unfähig erklärt werde?

4. Die Fähigkeit zur Objektwahrnehmung

Hat Reiner einmal eine Meinung über mich gefaßt, ist er von der Richtigkeit seiner Einschätzung überzeugt, ohne seine Vorstellung mit meiner Hilfe zu überprüfen. Wenn er sagt, "es war dir unangenehm, mir gegenüberzustehen³²", hinterfragt er seinen Eindruck auch dann nicht, wenn ich ihm mitteile, dies wäre lediglich eine Phantasie von ihm. So hat er eine Reihe von Überzeugungen entwickelt, die mit meiner tatsächlichen Person wenig zu tun haben. Ich könne nicht auf starke Männer

zugehen bzw. nicht ertragen, wenn ein starker Mann sich mir nähert, war seine jüngste Überzeugung. Er war in einer Übung auf mich zugegangen und dicht vor mir stehengeblieben. Als ich auf seinen Wunsch, mich zu küssen, nicht einging, deutete er meine Zurückhaltung als Angst vor ihm.

Er projiziert häufig Gefühle, die er im Kontakt erlebt, auf mich. So zeigt seine Beschreibung meiner Reaktion auf ihn mehr Ähnlichkeit damit, wie ich ihn erlebe, als mit meinem Bild von mir selbst. Ich sei rechthaberisch, mache mir etwas vor, drehe ihm die Worte im Munde herum, seziere jede Aussage von ihm, sei schnell beleidigt, habe Angst vor seiner Annäherung, würde alles verdrehen, sei kalt und abweisend.

Daß ich eine "ganzheitliche Person mit eigenen Absichten und Rechten und ihren Widersprüchen bin"³³ kann er nun mittlerweile besser zulassen. Er versteht, daß ich ihn nicht aus Böswilligkeit oder Respektlosigkeit kränke, sondern vielleicht unaufmerksam war, auch auf die anderen Gruppenmitglieder achten mußte oder auch einmal eigenen Vorstellungen folge. Empathie für mich zeigte Reiner erstmals sehr deutlich, nachdem er akzeptieren konnte, daß ich seine Sympathie nicht abstoßend linde, aber auf der Einhaltung von Grenzen bestehe. Er überlegte, wie es für mich gewesen sein mag, als er mich zu einem Kuß zu sich hergezogen und ich mich bedrängt gefühlt hatte.

5. *Die Fähigkeit zur Kommunikation:*

Oftmals war ich erstaunt, wie bedeutungsvoll mir eine Begegnung mit Reiner in einer Therapiestunde war, während er anscheinend ohne jede gefühlsmäßige Beteiligung den Therapieraum verließ. Ich erlebte z.B. während einer Massage, die er sich gewünscht hatte, eine intensive Verbundenheit. Er hingegen konnte sich in der nächsten Therapiestunde kaum mehr an unseren Kontakt erinnern. Bemerkenswert erscheint mir auch, daß Reiner niemals mitzubekommen scheint, welche Stimmung ich aktuell habe. Einmal war ich nach einem Schockerlebnis in der Therapiestunde nahezu betäubt³⁴. Er genoß die Übung, die ich ihm anbot, ohne meine Gedrücktheit wahrzunehmen.

Keiner nutzt seine Befindlichkeit und die Mitteilung darüber nicht, um Kontakt herzustellen oder Nähe zu suchen. Er hätte in der Gruppe die Möglichkeit, Zuwendung und Halt zu erhalten, wenn er seine Sehnsüchte entsprechend einbringen würde. Rückmeldungen zu den Übungen haben für ihn mehr den Zweck der Manöverkritik, als Zugang zu sich, seinen Gefühlen oder anderen herzustellen. Es fällt ihm auch *¹⁴

33 OPD 1998, S. 69/70

34 Ich hatte erfahren, daß meine Habilitation nicht zum Verfahren zugelassen wird.

schwer, die Gefühle anderer richtig einzuordnen. Als ein neues Gruppenmitglied heftig über mich herziehen wollte, bewunderte er dessen Mut, während die anderen Mitglieder seine Angst erkannten.

6. Die Fähigkeit zur Bindung

In der 51. Therapiestunde fragte ich Reiner, wie er mit Bindungen zu Menschen umgeht. Damit konnte er gar nichts anfangen. "Wie? Wie gehe ich mit Bindungen um, was für Bindungen? Ich habe keine Bindungen." Er tat es ab, als wolle ich ihm etwas verkaufen, was er nicht gebrauchen kann und ging dazu über, mir Unnahbarkeit und unpassende Abgeklärtheit vorzuwerfen.

Zu Beginn der Therapie beschäftigte er sich außerhalb des Therapieraumes nicht mit unserer Beziehung und der Bedeutung unserer Kontakte für sein Leben. Ich erkannte es daran, daß er niemals emotional vorbereitet erschien, als gäbe es mich nicht, es sei denn, wir sitzen einander gegenüber. Seine Schwierigkeit "innere Repräsentanzen des Gegenübers zu errichten"³⁵ mag auch dafür verantwortlich sein, daß er ohne einen Gedanken an die Verletzung seiner Partnerin sexuelle Kontakte zu anderen Frauen aufnahm.

Wiederholt sprach ich ihn darauf an, welche Gedanken und Gefühle gegenüber der Therapie oder mir gegenüber ihn außerhalb der Stunden beschäftigen. Meine beständigen Erkundigungen führten schließlich dazu, daß seine Angst vor emotionaler Abhängigkeit ihm immer bedrohlicher erschien und parallel dazu seine Zuneigung wuchs, gegen die er sich hartnäckig wehrte. Als er seine positiven Gefühle für mich nicht mehr leugnen konnte oder wollte, mußte er sich auch dem "Liebeskummer" stellen, weil er keine Partnerschaft zu mir haben kann. Die Fähigkeit zur Trauer ist eine Voraussetzung, um Bindungen herstellen und auch wieder lösen zu können. Bislang war es Reiner nicht möglich, über einen Abschied zu trauern. Er verhärtete sich innerlich und fühlte sich ganz kalt.

An der Erarbeitung von Regeln, ebenfalls eine wichtige Bedingung zur Aufrechterhaltung einer wichtigen Beziehung, arbeiten wir noch. Reiner kann die Notwendigkeit nicht ganz akzeptieren. Er frotzelt lieber über die Definition eines Kusses zwischen uns, als zu realisieren, daß eine sexuelle Begegnung den therapeutischen Kontakt zerstören würde. Ziel der Therapie wird der Aufbau der "intrapyschischen Repräsentanzen der äußeren Objektwelt (Objektrepräsentanz)" sein, sowie die Erhöhung der Reflexionsfähigkeit der "Erfahrungen und Einstellungen des Selbst im Umgang mit der Objektwelt (Selbstrepräsentanz, Interaktionsrepräsentanz)" damit Reiner in die Lage versetzt wird, "interpersonelle Beziehungen in befriedigende!

Weise“ herzustellen und aufrechtzuerhalten³⁶. Seine große Sehnsucht nach einer Partnerschaft und der innigen Begegnung in einer intimen Beziehung waren der Grund, warum er die Therapie begann und sie bisher trotz Frust, Ärger und großen Widerständen aufrechterhält.

Als Ziele bioenergetischer körperbezogener Arbeit mit einer Borderline-Persönlichkeit schlägt TASCHE (1998) zur Vertiefung der Introspektion “Authentizitätserfahrungen” vor, zur besseren Steuerung des Selbst “Affektmobilisierung, grounding, Containment”, zur Ausbildung reiferer Abwehr die “Bewußtmachung und Auflösung der instabilen Körperabwehrprozesse”, zur Ausbildung der Objektwahrnehmung die “objektbezogene Gefühlsbelebung”, zum gezielteren Einsatz der Kommunikation die “objektgebundene Affektmobilisierung” und schließlich zur Herstellung einer tiefen Bindung “Körperkontakt und die Mobilisierung der Beziehungswünsche”³⁷.

Die Übungen in der Gruppe, insbesondere die Partnerkontakte, die Übungen zum frühen grounding von Ulla Sebastian und vorsichtige Konfrontationen im Stehen sind demnach hilfreich, um auf der Körperebene die Entwicklungsdefizite in Reiners Leben anzugehen und hoffentlich auszugleichen.

5. Therapeutischer Prozeßverlauf

Die ersten Therapiestunden standen unter dem Stern der Auseinandersetzung Reiners mit seiner neuen Freundin, die er über eine Kontaktanzeige kennengelernt hatte. Außerdem erzählte er über die Beziehung zu seiner Großmutter, bei der er nach dem Tod der Mutter lebte, und von den wenigen Kontakten zu seinem Vater. Die ersten fünf Stunden füllte er mit seinen Erzählungen, ich hörte hauptsächlich zu, stellte Verständnisfragen und lernte Reiner besser kennen, als es während der Gruppenabende möglich gewesen wäre. Körperübungen lehnte er vorerst ab, vermutlich aus Angst vor der Nähe zu mir. Er erwähnte einmal, daß er sich in der Einzeltherapie ungeschützter als in der Gruppe fühlt.

Ab der sechsten Therapiestunde, nach der Anwesenheit eines Supervisors während der Live-Supervision, begann Reiners intensive Beschäftigung mit der therapeutischen Beziehung. Dies war, wie schon erwähnt, mein damaliges Therapieziel, um Reiners Beziehungsverhalten, sein Selbsterleben im Kontakt und seine Wahrnehmung von mir verstehen und mit ihm reflektieren zu können.

Es folgte eine Phase, in der er mich mal heftig kritisierte und mal sehr idealisierte.

³⁶ OPD 1998, S. 70

³⁷ J. Tasche 1998, S. 61

Seine Ambivalenz bezüglich unserer Beziehung wurde in einem Traum in der 16. Stunde deutlich. Er fühlte sich im Traum von der Gruppenleiterin im Stich gelassen, nachdem er unüberlegt seine Wut zum Ausdruck gebracht hatte. Seine Angst vor einer Bindung an mich wurde deutlicher. In der 20. Therapiestunde wehrte er eine Berührung ab, indem er meinte: "Du willst mich nur abhängig machen, daß ich dir hörig bin, daß ich mich dir unterwerfe."

Ich entschied mich für eine frühe grounding-Arbeit, um den Kontakt vorsichtig zu intensivieren. Dazu bot ich ihm die Milchtrittübung an, die ich bei Ulla Sebastian als förderlich für die Borderline-Störung kennengelernt hatte. Der Klient kann sich durch sanfte Tritte auf dem Rücken und später im Schoß der Therapeutin erden. Reiner befremdeten meine Vorschläge, aber er ließ sich dennoch widerstrebend darauf ein. Als Reaktion löste sich eine tiefe Trauer in Reiner, die seine Sehnsucht nach der Mutter aktivierte. Er weinte hauptsächlich im Schutz der Gruppe, suchte dort jedoch meine Nähe, indem er sich in meinem Schoß zusammenkuschelte.

Wenn Reiner bei den Einzelkontakten anfing, mich zu kritisieren, gelang es mir, ihn in die Selbstreflexion zurückzuführen. Er arbeitete kontinuierlich an einem Thema und vergegenwärtigte sich seine Gefühle über den Verlust der Mutter. In der 28. Therapiestunde kam ihm die schreckliche Ahnung, daß seine Mutter ihn als kleines Kind sehr vernachlässigt haben könnte. Nach dieser Stunde griff er mich an, wollte die Einzeltherapie beenden und die Gruppe verlassen. Er hatte den Wunsch zu sterben, blieb aber wegen mir am Leben. Diese intensive Krise bewog mich, ihm vorzuschlagen, zwei Mal in der Woche zu kommen. Ich hatte zu diesem Zeitpunkt sehr viel über die Borderline-Störung gelesen und wußte, wieviel Halt und Kontinuität für die Neuorganisation der Persönlichkeitsstruktur notwendig ist.

In der folgenden Zeit beschäftigte er sich weiterhin mit seiner Einsamkeit als Kind, der Sehnsucht nach einer Familie, dem Wunsch nach einer Partnerschaft und seinen Bedürfnissen nach Zuwendung. Nach und nach wuchs seine Abhängigkeit von mir, die ihm Angst machte und gegen die er sich wehrte. Dann folgten Schilderungen über die Beziehung seiner Eltern zu Beginn seiner Geburt. Sein Vater hatte ihm erzählt, daß die Eltern sich schon vor Reiners Geburt getrennt hatte. Reiner erinnerte sich an die heimlichen sexuellen Gefühle gegenüber seiner Großmutter und sprach ihre Kontrolle über sein Leben und seine Freundschaften an. Er phantasierte, ich könne ebenfalls etwas einzuwenden haben, wenn er sich einer Frau nähert.

Nach einigen Schilderungen über die fehlenden Lebenspläne beschäftigte ihn wieder seine Beziehung zu mir. Er hatte Angst, sich nicht auf mich verlassen zu können, sehnte sich nach meiner Liebe und war zugleich überzeugt, daß ich ihn ablehne, bzw. nur wie eine kalte, abweisende Therapeutin behandle. Er beschreibt seine Gefühle als die Angst, sich in einen Sumpf zu begeben, von meiner Hilfe abhängig zu sein und

dann verlassen zu werden. Sein Kampf mag durch einen Auszug aus dem Protokoll der 43. Stunde verdeutlicht werden:

Reiner stellt sich die Frage, ob er die Therapie nicht doch besser abbrechen soll, da er nicht weiter weiß. Der Knackpunkt sei die Abhängigkeit, auf der er sich nicht einlassen kann. Wieder hackt er auf meinen Fehlern herum, hat Angst vor dem Sumpf und beginnt schließlich unvermittelt zu weinen. Weinend legt er sich auf den Rücken, atmet in seinen Bauch und lutscht an seiner Hand wie ein kleines Kind. Schließlich meint er: "Ich habe das nicht mehr unter Kontrolle."

"Was möchtest du denn unter Kontrolle haben?"

Nach einer Weile antwortet er versonnen: "Ich will mich vor den Schmerzen schützen. Wenn es mir schlecht geht, kann ich am schwersten daran glauben, daß du für mich da bist."

Auf einmal richtet er sich abrupt auf und verkündet: "Ach, das ist ja kompletter Unsinn. Ich habe keinen Bock auf diese Diskussionen."

Dann weicht er mich ein, was er glaubt sagen zu müssen, damit ich ihn rausschmeiße. Er hatte eine frühere Therapeutin als Nutte bezeichnet, die er für ihre Liebesdienste bezahlen müsse. Sie hatte die Therapie daraufhin abgebrochen.

Da Reiner so viel Angst vor meiner Nähe hat, lud ich ihn ein, in einer Übung voreinander zu stehen. Als ich auf ihn zuing, ballte er die Hände und wollte mich aber auch umarmen. Dieser Konflikt wurde ihm bewußter, als ich ihn bat, mich mit einer Hand wegzuschieben und mit der anderen festzuhalten. Als Reaktion auf diese Erkenntnis erschien er zum Gruppenabend kalkweiß vor Wut. Auch in der folgenden Therapiestunde war er bockig wie ein Kind. Dann wurde ihm klar, daß er mich niemals wirklich besitzen könnte. Darüber weinte er völlig aufgelöst in der Gruppe, griff wie ein Ertrinkender nach meiner Hand und bebte vor Kummer, bis er es nicht mehr aushielt und sich abwendete. Er wagte, seine Angst, mir ausgeliefert zu sein, zu spüren, sich ein Stück weit einzulassen und die Kontrolle abzugeben. Diese Geschehnisse spielten sich von der 47. bis zur 49. Stunde ab.

Seit der 50. Stunde bis in die Gegenwart, also seit 10 Therapiestunden, herrscht die erotische Übertragung auf mich vor. Dabei habe ich das Gefühl, daß Reiner von seinen inneren Gefühlen ablenken und mich kontrollieren will. Als er anfing, mich als Partnerin haben und mit mir schlafen zu wollen, mußte ich viel an Reiner denken. Ich konnte seine Verliebtheit spüren und genoß sein Anhimmeln. Ich ertappte mich dabei, daß ich mich vor den Therapiestunden schön machte und mir meiner Bewegungen sehr bewußt wurde.

Die 52. Therapiestunde verwirrte mich sehr:

Reiner mochte sich hinlegen und atmen. Nach einer Weile wird er immer unruhiger. Schließlich wirft er sich regelrecht hin und her und hält einen Arm über sein Gesicht. Er wirkt sehr verzweifelt. Schließlich sagt er: "Ich habe gerade gedacht, du bist ein Schwein, du willst mich hineinlegen. Dann habe ich auch das Gefühl, dich umarmen zu wollen." Ich meinte dazu: "Das scheint ein starker Konflikt zwischen zwei Extremen zu sein, mich einerseits umarmen zu wollen und andererseits abzulehnen." Nach meinen Worten wurde er auf einmal ganz ruhig. Später hat er mir erzählt, daß er in dem Augenblick aufgehört hatte, gegen seine Gefühle anzukämpfen. Er fragte, ob er seinen Arm um mich legen dürfte, ich hatte nichts dagegen, war von der Wende der Ereignisse jedoch ein wenig überrascht. Er schaute mich mit weiten, schwimmenden Augen an. Mir wurde bei diesem verliebten, begehrenden Blick ganz komisch. Ich spürte in mir eine Grenze. So schaut ein Mann, der eine Frau will. Wolf kraulte meine Haare in meinem Nacken, nahm dann aber wieder Abstand. Er lächelte als hätte er mich in der Hand. Ich fühlte mich bedrängt und manipuliert. Er zog mich sanft zu sich her, als wolle er mich küssen. Ich wollte nicht geküßt werden. Da war kein Gefühl von Versuchung.

Als ich ihm in der nächsten Stunde mitteilte, wie ich mich gefühlt hatte, habe ich ihn zutiefst verletzt. Wir brauchten vier Therapiestunden, um diese Situation zu klären. Ich hatte mir Supervision geholt und darüber nachgedacht, ob ich Reiner zu dieser Aktion ungewollt eingeladen hatte. Andererseits fand ich gerade diese schwierigen Stunden wichtig. Die Grenzen nicht nur zu kennen, sondern sie auch zu wahren, erscheint Reiner noch immer nicht erstrebenswert.

In der 55. Stunde konnte Reiner sich erstmals ganz meiner Führung anvertrauen und eine Beckenübung durchhalten. Er spürte ein Fließen und eine Energie, die er bis dahin nicht gekannt hatte. In den nächsten Stunden folgte wieder ein erbittertes Tauziehen, wie meine Zurückweisung gemeint sein könnte. Wie ein Durchbruch empfand ich die 58. Therapiestunde, in der er eine halbe Stunde seine Verletzung und sein Erleben erklärte. Bei diesem Statement fehlte jede ambivalente Schwankung, die so typisch für ihn ist.

In jüngster Zeit hält Reiner viel früher inne, wenn die Wortgefechte überhand nehmen. Es mag aber auch daran liegen, daß ich mittlerweile viel konfrontativer mit seiner Abwehr umgehe und durch das Schreiben dieses Berichtes viel gelernt habe. Nach wie vor sehe ich voller Freude unseren Therapiestunden entgegen und wundere mich über mich selbst. Vermutlich bin ich eine Co-Borderlinerin, die erst richtig aufblüht, wenn sie durch Angriffe ernstgenommen wird.

6. Diskussion und Reflexion des Therapiegeschehens

Nachdem ich diesen Bericht über die bisherige Therapie, die mittlerweile 65 Therapiestunden umfaßt, nochmals durchgelesen habe, bin ich doch - trotz der Fehler, die ich auch sehe - ziemlich stolz auf mich.

Die Therapie mit Reiner ist die schwierigste Herausforderung seit meiner nun siebjährigen "Karriere" als werdende Bioenergetische Analytikerin und vierjährigen Erfahrungen als praktizierende Therapeutin unter Supervision. Durch das Verfassen dieser Fallanalyse, die systematische Aufbereitung der bisherigen Therapie mit Reiner, die Lektüre der einschlägigen Literatur zur Borderline-Persönlichkeitsstörung und die erste Umsetzung der Empfehlungen zur Konfrontation des Klienten mit seinen unbewußten Konfliktmustern, habe ich sehr viel gelernt. Mir kommt dieses Wissen auch in anderen Therapien sehr zu gute. Ich habe eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Klientinnen, die ebenfalls an dieser Störung leiden. Seit der intensiven Auseinandersetzung mit dem "Fall" Reiner, gelingen mir Interventionen in anderen Therapien, die zu wahren Durchbrüchen führten. Aus diesem Grunde bin ich für die harte Schule dankbar, die ich wegen Reiner absolvieren mußte.

Erfreulich sind aber nicht nur die Erfolge in anderen Therapien. Auch Reiner macht beachtliche Fortschritte. Seit Neuestem hat er eine Freundin, mit der er ganz andere Erfahrungen macht, als es für ihn typisch ist. Er hat die Freundin nicht "bedrängt". Dies hat ihr geholfen, sich in ihn zu verlieben, da sie selbst Angst vor einer innigen Beziehung hat. Auch beruflich scheint Reiner besser zu wissen, welchen Weg er einschlagen möchte. Er will Körpertherapeut werden, macht jetzt die Ausbildung zum Heilpraktiker und erkundigt sich nach Ausbildungen zur Bioenergetischen Analyse. Da die neue Freundin ebenfalls Shiatzu-Therapeutin werden will, ergeben sich für beide viele gemeinsame Interessen. Die neue Verbindung birgt viele Möglichkeiten. Ich sehe den weiteren Weg der Therapie darin, diese Beziehung zu festigen, Reiner darin zu unterstützen, die Partnerschaft positiv zu gestalten und auch an den neuen beruflichen Perspektiven festzuhalten.

Dennoch werden die Schwierigkeiten mit der Therapie andauern. Es fällt Reiner nach wie vor schwer, sich auf Übungen einzulassen, da er sich meiner Führung nicht anvertrauen will. Der körperbezogene Aspekt der Arbeit mit Reiner mußte deswegen zugunsten der gemeinsamen Auseinandersetzung zurückgestellt werden. Wenn ich Reiners Körper anschau, zeigt er Züge einer psychopathischen Charakterstruktur. Sein Brustkorb ist z.B. sehr aufgeblasen und seine Beine schwach. Die Körperarbeit nimmt jedoch mehr Raum in der Gruppe ein als in der Einzeltherapie. Nicht nur an Reiner habe ich erkannt, daß die gleichzeitige Gruppen- und Einzeltherapie sich gut ergänzt. Die Erfahrungen aus den Übungen in der Gruppe können in der Einzeltherapie aufgearbeitet und vertieft werden. Alleinige Einzeltherapie oder nur die

Teilnahme an der Gruppe führen nicht in gleicher Weise zu einer Besserung der psychischen Belastungen.

Etwas sehr Zentrales habe ich durch die Arbeit mit Reiner und das Verfassen dieses Berichtes hinzugewonnen: Die theoriegeleitete Begleitung einer Therapie. Dies fehlte mir in der Ausbildung zur Bioenergetischen Analytikerin. Die Verfassung einer Falldarstellung hat mir gezeigt, wie wichtig und therapieförderlich die schriftliche Reflexion und die Beschäftigung mit der Literatur ist. Ich mache mir zwar zu jeder Therapiestunde Notizen und schreibe Protokolle, aber erst das Aufarbeiten dieser Niederschriften führt zu bleibenden Erkenntnissen, die ich in anderen Therapien zur Verfügung habe und einsetzen kann.

Nicht zuletzt rührte die Konfrontation mit Reiner an meine Schwächen, die ich noch entschlossener angehen muß. Ich bin aufgrund meiner eigenen Geschichte sehr anfällig für Zurückweisungen, Abwertungen und Kränkungen. Dies macht mich noch immer hilflos und handlungsunfähig. Die notwendigen Grenzsetzungen und Interventionen fallen mir deswegen nicht leicht. Ich bin eher geneigt, den Fehler bei mir zu suchen, als Reiner mit sich selbst zu konfrontieren. Eine konsequentere Haltung würde der weiteren Therapie sicherlich förderlicher sein.

Auf meinem Weg zur zertifizierten Bioenergetischen Analytikerin hat mir gerade die intensive Beschäftigung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr viel neue Anregungen gegeben. Mir wurde klar, wie wichtig auch die anderen Psychotherapieschulen für meine Professionalisierung sind. Besonders die Erkenntnisse der Objektbeziehungstheorie und die Nutzung der OPD haben mir geholfen, die weiteren Therapien besser zu strukturieren, haben mich ermutigt, weitere Falldarstellungen zu schreiben und damit auch andere Kolleg/inn/en an meinen Erfahrungen teilhaben zu lassen.

Besonders dankbar bin ich, daß die Mitglieder der Stuttgarter Gesellschaft für Bioenergetische Analyse dieser neuen Form der SV-Leistung zugestimmt haben. Wenn ich eines Tages - hoffentlich bald - das Zertifikat in der Hand halte, werde ich stolz darauf sein, hierdurch in die berufliche Gemeinschaft von Menschen aufgenommen worden zu sein, die ich von Herzen sehr schätze und auf deren Anerkennung ich großen Wert lege. Die Begleitung meiner Ausbildung, die Begegnung mit all den wunderbaren (auch den etwas störrigeren) Menschen, die eigenen Erfahrungen mit der Bioenergetischen Analyse und die Arbeit mit den Klient/inn/en haben mein Leben um Vieles reicher gemacht.

Literatur:

Aalberse, M.: Erdungsangst und die schwarze Nacht der Seele.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 2., korrigierte Auflage. Bern 1998

Bettinghofer, S.: Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozeß. Stuttgart, Berlin, Köln 1998

Chashdan, Sh.: "Sie sind ein Teil von mir" - Objektbeziehungstheorie in der Psychotherapie. Köln 1990

Kernberg, O. F.: Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Göttingen 1993

Mahler, M.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/ M. 1975

Masterson, J. F.: Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Stuttgart 1992

Tasche, J.: Borderline-Persönlichkeitsstörung - ein strukturelles Problem aus bioenergetischer Sicht. In: Forum der Bioenergetischen Analyse. S. 52-62, Erststadt 1998

Weber, R.: Borderline-Persönlichkeitsstörung - ein strukturelles Problem aus klinisch psychiatrischer Sicht. In: Forum der Bioenergetischen Analyse. S. 63-81, Erststadt 1998

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Katharina Klees

Magdeburger Straße 5, 67071 Ludwigshafen

Telefon: 06237/80821 • Fax: 06237/070922

e-mail: Katharina.Klees @t-online.de

Roland Heinzel: Die Angst des Gruppenleiters vor der Gruppe

Vorbemerkungen:

Anfang der achtziger Jahre nahm ich an einigen Treffen der Stuttgarter Gesellschaft für Bioenergetische Analyse teil, bei denen wir uns dem Thema "Bioenergetik in der Gruppe" widmeten. Wir waren uns bald einig, daß verschiedene körperorientierte Techniken eine therapeutische Gruppe sehr bereichern können. So wende Ich selbst seitdem körpertherapeutische Techniken gelegentlich in meinen analytischen Gruppen an, wenn mir oder einem Patienten ein Einfall kommt. Bei unseren damaligen Treffen zeichnete es sich aber auch ab, daß die Bioenergetisch-analytische Therapie im Wesentlichen als Einzeltherapie durchgeführt wird und daß genuin bioenergetische gruppentherapeutische Settings vorwiegend in Form von Übungsgruppen Anwendung finden. Ich erinnere mich noch, daß es uns nicht gelang, im Bezugsrahmen der Bioenergetischen Analyse ein schlüssiges gruppendynamisches oder gruppentherapeutisches Konzept zu finden bzw. zu erstellen.

Sicher ist es schwierig, schlüssige Modelle für konkrete körpertherapeutische Arbeit als echte Gruppenarbeit zu entwickeln und zu praktizieren. Erstens war Lowen offenbar - wie seine Ziehväter Freud und Reich - ganz individualtherapeutisch ausgerichtet, und zweitens kann man eine intensive Körperarbeit wohl auch nur mit einer Person durchführen, auf die man sich als Therapeut dann ganz einstellt. Meine ersten Erfahrungen mit bioenergetischer Arbeit in Gruppen habe ich im Rahmen eines tagesklinischen Settings gesammelt, und in der Tat bestand öfters die Gefahr, daß wir als Therapeuten (ich mit zwei Co-Therapeuten) einfach die Prozesse nicht mehr überblickten und schnell überfordert waren, wenn mehr als zwei Patienten gleichzeitig in stark regressive Prozesse kamen. Inzwischen arbeite ich als Psychoanalytiker seit vielen Jahren vorwiegend im ambulanten analytischen Gruppentherapie-Setting und befasse mich mit Psychotherapieforschung und Chaostheorie. Vor diesem Hintergrund und aus berufspolitischer Veranlassung interessieren mich schon seit einiger Zeit die Hindernisse, denen die Gruppentherapie - ähnlich wie die Körpertherapie - bei Kassen, Gesundheitspolitikern und therapeutischen Kollegen begegnet.

Horst Eberhard Richter hat in einem Vortrag beim 13. Internationalen Kongress für Gruppentherapie in London 1999 die zeitgeschichtlichen Hintergründe der "Gruppenbewegung" der 60-er Jahre beleuchtet und einige der Ängste des "Establishments" vor linken und emanzipatorischen Motiven der damaligen Jugend angesprochen, die bis heute unbewußt bei der Ablehnung oder Verdrängung gruppentherapeutischen Themen vor allem im ambulanten Sektor eine Rolle spielen dürften. Ich sehe hier eine Parallele zu der Mischung aus Faszination und Verunsicherung, die alle Neoreichianischen Ansätze im psychotherapeutischen Establishment ausgelöst haben, ähnlich wie Freuds Theorien in der Gesellschaft und bei der etablierten Psychiatrie und Psychologie Abwehr erzeugten.

Um diese Vorbehalte zu verstehen, sollten wir nach meiner Meinung bei uns selbst und unseren eigenen inneren Hürden beginnen, die uns selbst als analytische oder bioenergetische Therapeuten möglicherweise daran hindern, uns auf gruppentherapeutische Prozesse einzulassen - auch wenn wir Gruppentherapie anbieten. Gerade dafür ist es sehr lohnend, sich mit der Angst des Gruppenleiters zu befassen, weil es naheliegt, daß unsere eigenen Ängste unseren Umgang sowohl mit der Gesamtgruppe als auch mit einzelnen Teilnehmern beeinflussen, also z.B., wie wir Gruppenregeln und Konflikte handhaben und ob, wann und wie wir intervenieren. Aber so mancher von uns verspürt einen Widerstand, sich näher damit zu beschäftigen, denn dieses Thema berührt uns als Gruppenleiter ganz persönlich, es hat sowohl etwas mit unserer Gegenübertragung als auch mit unserer subjektiven Selbstsicherheit als Therapeut und als Mensch zu tun - und vor allem mit unseren eigenen früheren Erfahrungen mit und in Gruppen. Deshalb will ich bei diesem Beitrag auch keine Literatur zitieren, sondern vorwiegend von meinen eigenen Erfahrungen und Überlegungen aus gehen.

1. Sorgen und Befürchtungen

Bevor ich innerhalb der Skala zwischen den leichten Sorgen bis hin zu unbewußten abgründigen Ängsten mein Augenmerk auf den "unteren Teil" richte, möchte ich zunächst beispielhaft einige von den Ängsten beleuchten, mit denen Gruppenleiter vor allem in der Anfangszeit ihrer Tätigkeit bewußt konfrontiert werden und die sie auch im Kollegenkreis und in Supervisionen gelegentlich andeuten:

- Ich könnte bei einem Patienten etwas Wichtiges übersehen.
- Ein Patient könnte in eine Krise geraten, der ich nicht gewachsen bin.
- Ein Patient könnte die Gruppentherapie abbrechen, weil ich ihm nicht gerecht wurde.

- Ein oder mehrere Patienten könnten zu einem Kollegen "abwandern".
- Patienten könnten woanders schlecht über mich reden.
- Die Gruppe könnte sich im so genannten Widerstand gegen mich verbünden.
- Gruppenmitglieder könnten mich nicht ernst nehmen, an meinen Fähigkeiten zweifeln.

Solange diese Befürchtungen wohl dosiert und berechtigt sind, werden sie mir als Wegweiser meiner Weiterentwicklung dienen. Wenn sie hartnäckig sind und mich über Gebühr belagern, muß ich annehmen, daß sie Spitzen von größeren Eisbergen sind. Mit einigen dieser Eisberge möchte ich mich in diesem Beitrag etwas näher beschäftigen. Aber zunächst noch einige typische Problemfelder aus dem "Mittelbereich" der Skala:

- **Das Schweigen in der Gruppe**

Was stört uns eigentlich, wenn sich zu Beginn der Sitzung oder (was selten vorkommt) im Laufe der Sitzung Schweigen ausbreitet? Es erscheint mir fruchtbar, sich als Therapeut bei dieser Frage selbst gründlich zu beobachten: Die meisten von uns werden dabei einem gewissen "Leistungsdruck" auf die Spur kommen, der ausgelöst wird durch den Gedanken (oder die Über-Ich-Forderung): "Es muß doch was geschehen, wir müssen doch die Zeit nutzen!" Nach meiner Beobachtung sind körpertherapeutisch orientierte Kollegen anfälliger für diesen inneren Anspruch als tiefenpsychologisch/analytisch arbeitende. In jedem Fall drängen sich einige Fragen auf:

- "Gehen die Patienten in den Widerstand?" oder gar:
- "Habe ich die Gruppe oder einzelne Teilnehmer verschreckt oder geärgert?"

Natürlich stellt sich den analytisch geschulten unter uns immer auch die Frage nach der "Latenz", also nach dem Verborgenen und Unausgesprochenen in der Gruppe. Und das wollen wir ja (mit Augenmaß, versteht sich) allmählich bewußt machen und "integrieren".

Also fragen wir uns weiter:

- Was passierte vorher? Welches Thema kann das Schweigen ausgelöst haben?
- Gibt es ein Gruppenmitglied, das alle blockiert?
- Soll ich das Schweigen unterbrechen, eine "Intervention" anbringen - oder soll ich es einfach weiter aushalten? Und wenn ja, wie lang? Vielleicht ist es ja in diesem Stadium des Gruppenprozesses ein heilsamer Vorgang, und ich würde womöglich wichtige innerseelische Prozesse der Gruppenmitglieder stören, wenn ich jetzt die Stille unterbreche!

- Ist es meine Aufgabe als Leiter, diejenigen zu schützen, bei denen längeres Schweigen archaische Ängste auslöst, oder will ich gar das Schweigen nur unterbrechen, weil es mir selbst auf der Seele lastet? Und wenn - aus welchem Grund?

Und schon landen wir bei unseren individuellen Phantasien und Vorerfahrungen: Beispielsweise könnten wir in unserer Herkunftsfamilie Schweigen als Bestrafung erlebt haben, als Ablehnung unserer selbst - und je nachdem, wie unsere Beziehung zu Eltern und Geschwistern war, könnte es uns in Minderwertigkeitsgefühle getrieben haben - und natürlich zu dem Bemühen, etwas "wieder gut zu machen", die verloren geglaubte Liebe der Bezugspersonen wieder zu erringen, wieder Klarheit zu schaffen usw....

◆ Kritik und Angriffe einzelner Teilnehmer auf den Gruppenleiter

Hier werden wir in einem zentralen eigenen Themenbereich getroffen, nämlich der subjektiven Bedeutung von Aggression und dem Umgang mit ihr. Wie habe ich früher Aggression erlebt? Wie habe ich gelernt, mit Konflikten umzugehen? Gab es "fruchtbare" Auseinandersetzungen in meiner Familie - oder wurden Streitereien schnell destruktiv? Oder wurden alle Konflikte unter den Teppich gekehrt? Leide ich unter Harmonie-Sucht?

Wenn ich früher kaum Gelegenheit hatte, Kritik als konstruktiv zu erleben, sondern Angriffe überwiegend als Entwertung auffassen mußte, dann wird es mir auch später schwerfallen, sachliche oder subjektive Kritik eines Gegenübers "wohlwollend neutral" oder nachdenklich aufzunehmen. Vielleicht trifft eine Kritik gerade einen wunden Punkt und verstärkt bewußte oder latente Selbstzweifel? Dann werde ich wahrscheinlich der Scheinalternative "Gegenwehr oder Rückzug" verfallen. Aber beides ist vermutlich für mein Leiterverhalten und für den betroffenen Gruppenmitglied eher nachteilig. Aber wie reagiert "man" denn sinnvoll auf Angriffe?

Umgang mit Aggressionen ist eine Gratwanderung, eine Balance zwischen der Achtung des Gegenübers einerseits (mit der Bereitschaft, die Kritik zu akzeptieren, aber ohne Zerknirschung), und einer "gesunden" Selbstbehauptung andererseits, die dem andern eine gewisse Festigkeit offenbart. Und die Erfahrung zeigt: Je schwerer die Störung eines Patienten ist, desto dringender braucht er das Erlebnis, daß das "Objekt" durch seinen Angriff nicht zusammenbricht. Er möchte zwar vom Bewußtsein her, daß wir nachgeben, ihm Recht geben, aber gleichzeitig bittet er uns unbewußt gleichsam: "Halte mir stand! Bleib du selbst!" In jedem Fall wünscht er sich, ernstgenommen und nicht mit Gegenargumenten, faden Deutungen oder Übungen abgespeist zu werden. (Was uns aber nicht daran hindern muß, später auch deutend auf eine Interaktion einzugehen!)

◆ Die Angst, nicht zu wissen, was gerade in der Gruppe vorgeht

Diese Befürchtung hängt stark von der Art unserer beruflichen Sozialisation ab. Wenn wir eine Ausbildung genossen haben, in der die theoretische Einordnung des innerseelischen und zwischenmenschlichen Geschehens im Vordergrund stand, aber auch, wenn wir generell dazu neigen, möglichst die Dinge "in den Griff zu bekommen", dann werden wir uns auch als Gruppenleiter bemühen, den Finger am Puls zu behalten, d.h. in jeder Situation möglichst gut die Phänomene, die wir erleben, in unsere bisherigen Erfahrungen und gelernten Konzepte einzuordnen. Aber die Praxis zeigt, daß diese theoretische Reflexion fast immer dem realen Geschehen hinterherhinkt. Wir sollen ja auch gleichzeitig "präsent" sein, uns also als ein Teil des Gruppengeschehens erleben. Und in der Gruppe steigt die Komplexität der miteinander interagierenden Faktoren ja exponentiell an.

Wie ich mit komplexen Geschehnissen in meiner Umgebung umgehe und was sie in mir auslösen, hängt also zum großen Teil davon ab, wie wichtig für mich die kognitive "Einordnung" von Phänomenen ist, d.h., welchen Stellenwert sie früher im Leben hatte. Wie wichtig war es für mich, die Vorgänge und das Klima in der Familie angemessen zu erfassen, um daraus Prognosen zu stellen und Konsequenzen für mein Handeln zu ziehen? Wie weit konnte ich Unerklärliches einfach hinnehmen, ohne es zu hinterfragen? Wie gut habe ich gelernt, auf komplexe Vorgänge intuitiv bzw. ganzheitlich, also v.a. körperlich und emotional, zu reagieren? Nach C.G.Jung ist die Intuition eine der 4 Ich-Funktionen, neben Denken, Fühlen und Empfinden. Sie bezeichnet eine Art "innerer Wahrnehmung", in die vor allem subjektive Eindrücke und frühere Erfahrungen einfließen. Wichtig ist dabei, daß es nicht um subjektive Werturteile geht - die sind der "Fühlfunktion" vorbehalten.

Ich denke, die genannten Beispiele für typische Ängste des Gruppenleiters reichen aus, um zu zeigen, wie wesentlich für unser Leiter-Verhalten (jenseits aller Theorien) die früheren Erfahrungen sind, die wir selbst in Gruppen, v.a. in unserer Herkunftsfamilie, gemacht haben. Das gilt noch mehr für die unbewußten Ängste des Gruppenleiters, die ja deshalb unbewußt sind, weil er sie "abwehrt". Solchen Ängsten wird man sich vermutlich nur annähern können, indem man sein eigenes Verhalten gründlich reflektiert, also seiner Art zu intervenieren, zu deuten, Übungen vorzuschlagen, die Gesamtgruppe oder einzelne Teilnehmer anzusprechen - oder sich zurückzuhalten, also auch sein nonverbales Verhalten. Daß all diese Ängste sehr eng mit unserer Spannungstoleranz, unserer Über-Ich-Entwicklung und unseren Minderwertigkeitsgefühlen Zusammenhängen, mit unserer Fähigkeit zu bzw. Angst vor Rivalität, und schließlich auch mit unseren tieferen narzißtischen Schichten, brauche ich hier wohl nicht näher auszuführen.

◆ Ängste in der Großgruppe

Mindestens drei ganz neue Arten von "Angst des Gruppenleiters" habe ich in meinen Großgruppen kennengelernt, die ich vor einigen Jahren als 1 1/2-tägige Wochenendveranstaltungen durchgeführt habe, indem ich meine fünf Kleingruppen zusammenfaßte. Zu diesen Veranstaltungen habe ich zunächst auswärtige Gruppenleiter engagiert, erst Frau Ricciardi aus Rom, dann meinen Freund Bob Ware, wie ich Jungianer und Bioenergetiker. Die letzte leitete ich selbst. (Ich habe darüber 1994 auf einem DAGG-Kongreß und 1995 in der Zeitschrift für Gruppentherapie berichtet).

Bei den ersten drei Wochenenden war ich in einer ganz neuartigen Zwitter-Position: Einerseits war ich Co-Leiter der Großgruppe, ich kannte alle Patienten und sie mich. Dadurch spürte ich eine gewisse Angst vor der "fremden" Gruppenleiterin und dem (nicht ganz so fremden) Kollegenfreund: Die konnten ja jetzt meine Patienten kennenlernen und dadurch etwas über meine Arbeit erfahren, andererseits hatte ich ein bißchen Angst um die beiden aus der Fremde geholten Leiter - würden meine Patienten sie akzeptieren? Auf der anderen Seite hatte ich auch Angst davor, von meinen Patienten Vorwürfe zu bekommen, in dem Sinne: "Was haben Sie uns da für einen Leiter vorgesetzt?") und als letztes hatte ich auch Sorge um meine Patienten, auch indem ich mich mit ihnen (und ihren Ängsten) solidarisierte. Allmählich jedoch wurde mir bewußt, daß ich mir da einfach zu viel Verantwortung auflade. Warum soll ich mich gegenüber dem Leiter für meine Patienten oder gegenüber den Patienten für den von mir engagierten Leiter verantwortlich fühlen? So wurde ich nach und nach immer gelassener und konnte "die Dinge laufen lassen" - und das hat sich auch bewährt: Die Großgruppen wurden für alle eine wichtige Bereicherung. Leider habe ich danach niemand gefunden, der auch zu einem solchen Experiment bereit gewesen wäre und mit dem ich hätte Erfahrungen austauschen können. Ich habe dennoch daraus gelernt, noch bescheidener zu sein und den Patienten noch mehr zu vertrauen - das heißt vor allem, den Selbstregulationsmechanismen in der Gruppe.

2. Gruppenfähigkeit des Gruppenleiters?

In der Praxis erweist es sich manchmal als schwierig, sich in den Vorgesprächen ein Bild über die "Gruppenfähigkeit" eines Patienten zu machen, was immer sich hinter diesem Begriff auch verbergen mag. Oft genug muß man es schließlich dem "Realitätstest" überlassen, ob er oder sie von der Gruppe profitieren kann.

◆ Berufliche Sozialisation des Gruppentherapeuten und Umgang mit Komplexität

Was mich im Zusammenhang unseres heutigen Themas eher interessiert, ist die Gruppenfähigkeit des Gruppenleiters. Auf die habe ich in meinen Aus- und Weiterbildungen kaum befriedigende Hinweise bekommen. Deshalb beschäftigt mich die Frage, welche Eigenschaften, Fähigkeiten und Persönlichkeitsanteile einen Menschen zu einem "guten" Gruppenleiter prädestinieren - zu einem, der Freude an seiner Tätigkeit hat und fruchtbare Entwicklungen der Teilnehmer fördern kann. Ich vermute, daß diese Fähigkeiten weniger ein Produkt der psychologischen, pädagogischen und gruppentheoretischen Ausbildungsinhalte sind, sondern eher des dort herrschenden Klimas, der unausgesprochenen Wertmaßstäbe und Ich-Ideale, also der während der Ausbildung internalisierten Haltungen und "Glaubenssätze" bzw. Identifizierungen - vielleicht ja sogar der Rest-Übertragungen auf Lehrtherapeuten, Kontrollanalytiker, Seminarleiter und andere "Vorbilder".

So wird z.B. ein "klassisch" ausgebildeter analytischer oder bioenergetisch-analytischer Therapeut zunächst eher mit seiner einzeltherapeutischen Schulrichtung identifiziert und wenig motiviert sein, sich gegenüber gruppentherapeutischen Erfahrungen zu öffnen. Und selbst bei Einzeltherapeuten, die auch Gruppen anbieten, ist noch nicht gewährleistet, daß sie sich wirklich dem Phänomen "Gruppe" stellen. Für mich besteht eine derartige Vermutung meistens dann, wenn ein solcher Kollege zu mir sagt: "Ich möchte ja gerne eine Gruppe zusammenstellen, aber die Patienten, die sich bei mir melden, wollen fast alle Einzeltherapie - was soll ich machen?" Ich kann auf eine solche Frage nur antworten, bei mir sei das anfangs auch so gewesen - bis ich selbst wirklich von der Wirksamkeit dieses Settings überzeugt war. Seitdem erlebe ich nur noch selten, daß ein potentieller Patient bei der telefonischen Anmeldung eine Gruppentherapie für sich von vornherein ausschließt. Sollte es also sogar einen unterschweligen Zusammenhang geben zwischen unseren Neigungen und Ängsten und denen von unbekanntem potentiellen Patienten?

Was könnte aber bei jemand, der in den letzten Jahren immer mehr Gruppentherapien durchführt, gewachsen sein? Seit meiner Beschäftigung mit Chaos- und Komplexitätsforschung wurde mir immer deutlicher, daß eine wachsende "Gruppenfähigkeit" beim Therapeuten vermutlich ein bestimmtes Maß an (intuitivem) Vertrauen in Selbstregulations- und Selbstorganisationsprozesse von Gruppen voraussetzt, die nicht nach klassischen einzeltherapeutischen Regeln gedeutet werden können und kaum vorhersagbar sind. Denn eine Gruppe ist ja weder ein homogener oder harmonischer Gesamtorganismus noch ein zufälliges Nebeneinander von Individuen. Aus der Sicht der Chaostheorie befindet ein lebendiger Gruppenprozeß sich meist im Einzugsbereich "Seltsamer Attraktoren", d.h., die Vorgänge in einer Sitzung sind

- wie die meisten selbstorganisierten Prozesse - weder genau geordnet und vorhersehbar, noch rein zufällig fluktuierend. Analog dazu können weder reine Gruppendeutungen noch die "Einzelarbeit vor der Gruppe" ihr Potential ausschöpfen. So ist es vermutlich vorteilhafter, wenn der Leiter weder die Gruppe zu sehr strukturiert, noch wenn er sie "laufen läßt".

◆ **Triangulierung und "dyadisches" Leiterverhalten**

Ich nehme an, daß meine bisherigen Überlegungen für die meisten Kollegen, die sich mit Gruppenphänomenen auseinandergesetzt haben, noch weitgehend bekannt bzw. nachvollziehbar waren. Aber vermutlich wird sich das jetzt ändern, wenn ich mich in meinen Spekulationen noch etwas weiter vortaste. Denn jetzt möchte ich eine etwas gewagte Verbindung zu dem herstellen, was den Tiefenpsychologen vom Konzept der so genannten "ödipalen" Entwicklung her bekannt ist: Ich stelle mir nämlich folgenden entwicklungspsychologischen Zusammenhang vor:

In den Hauptströmungen der Psychoanalyse, die laut KERNBERG wesentlich vom Konzept der Objektbeziehungen geprägt sind, gilt inzwischen folgende Hypothese: Die Triangulierungsprozesse, die in den Konzepten der ödipalen Entwicklung beschrieben werden, haben (neben anderen Bedeutungen) auch den "Sinn", den Beziehungsspielraum des Kindes, der vorher vom primär dyadischen Muster der Mutter-Kind-Bindung geprägt war, in Richtung auf eine Mehrpersonen-Beziehungsfähigkeit zu erweitern. Daraus können wir schlußfolgern:

Je größer die Entwicklungsrückstände einer Person im Bereich der "Triangulierungsvorgänge" sind, desto mehr wird sie auch später dazu neigen, alle Arten von Beziehungen primär im Bezugsrahmen der Dyade zu erleben. Wir wissen ja mittlerweile, daß die Triangulierung ein wichtiger Zwischenschritt ist, der es uns erleichtert, als Erwachsene wieder eine Zweierbeziehung einzugehen, die aber nun nicht mehr oder wenigstens nicht vorwiegend durch die Komponenten der frühen Mutter-Kind-Dyade prädestiniert ist.

Die Triangulierung öffnet zudem - wenn sie gelingt - unseren inneren Vorstellungsraum in dem Sinne, daß wir fähig werden, nicht nur in Einzelbeziehungen zwischen zwei Menschen zu denken und zu fühlen, sondern "Beziehungen zwischen Beziehungen" wahrzunehmen, so daß wir z.B. konstatieren können: "Meine Beziehung zur Mutter ist anders als die zum Vater" oder "Mutters Beziehung zum Vater ist anders als die, die sie zu mir hat" usw. Bildlich gesprochen: Aus der (eindimensionalen) Verbindungsline zwischen zwei Punkten wird die (zweidimensionale) Fläche eines Dreiecks (oder Vielecks!). Es geht also nicht um eine numerische Erweiterung von zwei auf drei, sondern um eine neue Dimension. Was das mit Gruppenfähigkeit zu tun hat, werden wir später sehen:

Stellen wir uns einmal versuchsweise vor, daß eine Person mit einer nicht ideal gelungenen Triangulierung (was ja wohl eher der Normalfall ist) Gruppentherapeut geworden ist: Wird er/sie dann nicht möglicherweise auch dazu neigen, vorwiegend entweder die Dyade "Therapeut-Gruppenmitglied" oder die Dyade "Therapeut-Gesamtgruppe" wahrzunehmen bzw. - umgekehrt - triadische ("ödpale") Komponenten eher zu übersehen oder zu verleugnen? Genau diese beiden Verhaltensweisen kann man bei vielen Gruppentherapie-Konzepten beobachten: Die meisten an der so genannten "Humanistischen Psychologie" orientierten Gruppenkonzepte, wie Gestalttherapie und körpertherapeutische Verfahren, bevorzugen die Arbeit mit einem Patienten vor der Gruppe (mit anschließendem "Feed back" der andern). Hier wird also die Dyade "Therapeut-Patient" bevorzugt.

Auch in den Anfängen der so genannten "Gruppenanalyse" (SLAVSON, ARGELANDER, OHLMEIER u.a.) neigte man dazu, entweder nur das "Individuum vor der Gruppe" zu analysieren oder nur "Gruppendeutungen" zu geben. Sicher war es - vor allem für einzelanalytisch geprägte Kollegen - zunächst faszinierend, die Gruppe gleichsam als einen Organismus, als einen einzigen "Patienten" anzusehen und sich von den Verhaltensweisen (oder Pathologien) einzelner Teilnehmer nicht zu sehr ablenken zu lassen. In meiner ersten fünftägigen gruppenanalytische Selbsterfahrung erlebte ich oft eine Mischung aus Verlockung und Verwirrung, wenn der Leiter in die ehrfürchtige Stille hinein seine (oft kryptischen) Sätze mit den Worten "Die Gruppe...." begann. Ich will mit alledem natürlich nicht suggerieren, daß jeder Gruppentherapeut, der zu Einzelarbeit innerhalb der Gruppe oder zu Gruppendeutungen neigt, ein Defizit in seiner ödipalen Entwicklung habe. Mir geht es vielmehr um die Ängste, die in uns allen bestehen - verborgen oder bewußt. Und diese könnten durchaus auch mit unserer eigenen Entwicklung bezüglich "Mehrpersonen-Beziehungsfähigkeit", also auch "Gruppenfähigkeit", zu tun haben.

Jetzt können wir den Gedanken der Erweiterung des Beziehungsmusters in eine neue Dimension wieder aufgreifen: Nach meiner Meinung dürfte es für die Wahrnehmung von gruppendynamischen Prozessen und für die Gegenübertragungs-Reaktionen darauf gerade wichtig sein, die Nuancen in den "Zwischenräumen" zwischen den Gruppenpatienten, also die erwähnten "Beziehungen zwischen Beziehungen", gefühlsmäßig und intuitiv zu erfassen. Und genau diese Dimension entgeht mir, wenn ich mich auf einzelne Patienten konzentriere oder die Gruppe als einen Gesamtorganismus phantasiere.

◆ Gruppenidentifikation und Identität

Wie wir aus den angedeuteten Erkenntnissen der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie entnommen haben, ist also die Triangulierung eine wichtige Determinante sowohl der Identitätsbildung als auch der erwachsenen Beziehungsfähigkeit -

und das beinhaltet letztlich auch die Gruppenfähigkeit (im Unterschied zur unbewußten Identifikation mit einer Gruppe, die viel früher im Leben besteht). Scheinbar paradox formuliert: Zur Entwicklung einer reifen Gruppenfähigkeit bedarf es des Heraustretens aus der Dyade und aus einer frühen Gruppenidentifizierung. Auch das Jungsche Konzept der Individuation beinhaltet eine derartige "dialektische" Vorstellung: Je mehr ich mich selbst zum Individuum entwickle, je bewußter ich mir meiner individuellen Eigenheiten bin, desto angstfreier und gefahrloser kann ich mich auch wieder in Gruppenbeziehungen einlassen. Vielleicht verläuft ja auch die Entwicklung zum erfahrenen Gruppentherapeuten über das Identifiziertsein mit einer "Schule" (incl. Dyaden mit Lehrtherapeuten und Supervisoren) über einen Triangulierungs-Flirt mit einer anderen Schule bis hin zur Ent-Identifizierung aus allen festgelegten System heraus.

Wie jemand diese Entwicklung absolviert hat, dürfte sich in seinem Verhalten in realen sozialen Gruppen-Konstellationen niederschlagen, z.B. als Ausbildungsteilnehmer, in der Familie, im Freundeskreis, unter Kollegen, bei Tagungen, in der Berufspolitik usw. Was ich gelegentlich bei Kollegen beobachte, ist eine vordergründige Trennung von einem Ausbildungssystem (Institut, Lehrer etc.), während hintergründig eine (zumindest partielle) Identifizierung mit diesem System fortbesteht. Das kann man häufig an den Problemen erkennen, die sich aus Rivalitäten, Machtkämpfen zwischen "Schulen", Sündenbock-Mechanismen und Spaltungsvorgängen ergeben. All das nährt den öfter geäußerten Verdacht, die Geschichte der Psychoanalyse und damit die der Gestalttherapie, der Transaktionsanalyse, der Bioenergetik usw. usf. - sei eine Unendliche Geschichte von unaufgelösten Vater-Übertragungen.

Zu diesem Verdacht möchte ich mich nicht weiter äußern, finde ihn aber bemerkenswert.

3. Komplexität

◆ Spielräume

Sollte also gar die Einstellung zum Phänomen Gruppe so etwas wie eine Lackmusprobe einer gelungenen Identitätsbildung sein, die nur eine gesellschaftliche Minderheit erreicht hätte, während die übrige Mehrheit sich ihrer Mangelsituation gar nicht bewußt wäre? Dann allerdings erschiene es mir nachvollziehbar, wenn heute die Gruppentherapeuten eine ähnliche, unterschwellig bedrohliche Position innerhalb der Gesellschaft und Therapeuten-Gemeinschaft hätten wie weiland die Psychoanalytiker in der Gesamtgesellschaft, worauf ja schon Freud hingewiesen hat.

Um diesen Gedanken bis zum bitteren Ende zu führen: Wenn man die Reduzierung von zahlreichen, auch gesamtgesellschaftlich offenbar ubiquitären Polarisierungen vermeiden will, würde das - bei Patienten, Therapeuten und "Normalbürgern" - in letzter Konsequenz eine besser absolvierte Triangulierung und damit reifere Gruppenfähigkeit voraussetzen. Aber für die scheint es in unseren Breiten nur wenig Entwicklungshilfen und Modelle zu geben - wohl auch nicht in Lehr- und Einzeltherapien. Deshalb wünsche ich mir auch für Psychotherapie-Weiterbildungen Spielräume für die Erprobung wechselnder Beziehungskonstellationen und damit für Selbstregulations- und Selbstorganisations-Phänomene.

◆ **Das Unvorhersehbare**

Aufgrund der bisherigen Überlegungen vermute ich, daß bei uns allen ein (verschieden großer) Anteil unserer Einstellungen gegenüber der Gruppe als Gesamtphänomen, also vor allem archaische Ängste, (im Jungschen Sinne) im Schatten liegen, d.h., daß unsere Haltung mehr von unserer eigenen Gestimmtheit, von unseren ganz persönlichen früheren Erfahrungen in Gruppen, also auch von neurotischen Anteilen, bestimmt ist, als dies durch wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema Gruppe erfassbar ist. So könnte sowohl die (oben geschilderte) Neigung eines Therapeuten, Einzelne in der Gruppe anzusprechen, als auch die Tendenz, die Gruppe vorwiegend mit Gruppendeutungen zu "erfassen", nicht nur auf seiner "dyadischen" Einstellung beruhen, sondern auch noch auf seiner unbewußten Angst vor der Gruppe als Ganzes. Deshalb bemüht er sich, das "Unvorhersehbare" zu bannen - am besten mit Hilfe von Modellen, die die kaum kalkulierbare Komplexität des Gruppengeschehens auf ein handhabbares Maß reduzieren.

In beiden Fällen ist der Therapeut nicht "Teil der Gruppe", auch wenn seine Haltung verstehbar ist: Sie hilft ihm, sowohl das Verhalten der Patienten in einem für ihn faßbaren Bezugsrahmen zu sehen und evtl. zu prognostizieren, als auch sein eigenes Verhalten passend zu diesem Rahmen zu "modellieren". Er ist dann weniger auf seine eigenen Stärken und Schwächen, momentanen Stimmungen usw., angewiesen und vermeidet, sich angesichts so mancher unvorhergesehener, unverständlicher Verhaltensweisen von Patienten hilflos fühlen zu müssen. Ähnliches gilt wohl auch für die Unsicherheit, mit der viele verbal arbeitende Kollegen den körperorientierten Therapeuten begegnen: Auch affektive und physiologische Prozesse während der Therapie-sitzungen sind weniger vorhersehbar und steuerbar als verbale.

◆ **Angstbewältigung durch Theorie und Forschung**

Bei meiner Beschäftigung mit Psychotherapie-Forschung ist mir aufgefallen, daß vergleichsweise wenig Anstrengungen unternommen werden, die so genannten "Therapeuten-Variablen" genauer zu erfassen, dafür aber um so mehr Energie in die

Spezifitäts-Forschung investiert wird, an der ich mich im Rahmen einer bundesweiten Katamnesenstudie auch beteiligt habe. Auch Bioenergetische Analytiker wissen ja, daß Spezifitätsforschung wesentlich zum Selbstverständnis und zur Anerkennung einer Therapieschule beitragen kann. Aber dabei ergibt sich eine Fülle von Problemen, wie z.B. die extreme Schwierigkeit, Methoden genau zu definieren, ihre korrekte Anwendung zu überprüfen, den "Erfolg" adäquat zu messen und Störvariablen zu kontrollieren.

Aber vor dem Hintergrund der vorher dargestellten Überlegungen liegt wohl doch der Verdacht nahe, daß die Suche nach spezifischen Wirkfaktoren einer vergleichbaren Tendenz zur Komplexitätsreduktion entspringen könnte - ebenso wie das angstabwehrende Gruppenverhalten eines einzelnen Praktikers: Denn je besser man erfaßt, welche spezifischen Effekte ein (vom Anwender abstrahiertes) Verfahren erzielt, desto weniger muß man sich darum kümmern, welche Wirkung vom Therapeuten selbst ausgeht. Doch wenn wir ehrlich sind, müssen wir ja mittlerweile damit leben, daß letztlich "alles mit allem zusammenhängt". Und das bedeutet auch, daß wir, ob es uns gefällt oder ängstigt (oder beides), immer auch ein "Teil der Gruppe" sind.

4. Ausblick

Unter Gruppentherapeuten herrscht wohl Einigkeit darüber, daß die nachgerade beabsichtigt erscheinende Mißachtung der ambulanten Gruppentherapie sachlich nicht begründet und rational nicht erklärbar ist. Aber diese schwer greifbare Scheu vor Gruppen- (und Körper-)verfahren, die z.T. bei Patienten, aber fast ebenso deutlich bei Therapeuten, Ärzteverbänden, KVen und Kassen herauszuspüren ist, können wir vielleicht besser verstehen, wenn wir bei uns selbst beginnen, das geschilderte Unbehagen, ja unsere eigenen latenten Ängste vor dem Unwägbareren zu erkennen und zu bearbeiten,.

Wer aber nun einmal beschlossen hat, diese Therapieform, die er als sinnvoll und effektiv einschätzt, anzuwenden, dem bleibt nichts anderes übrig, als sich auch mit den durch sie hervorgerufenen Widerständen zu befassen. Und weil wir ja alle Künstler sind, die sich selbst als Instrument benutzen, müssen wir uns vor allem um die "Stimmung" dieses Instrumentes kümmern - des Instrumentes, das sich darauf einläßt, Teil der Gruppe zu sein, aber gleichzeitig einen Anteil hat, der außerhalb der Gruppe steht und "reflektiert".

Wenn wir also mit unseren bewußten und unbewußten Ängsten vor der Gruppe konstruktiv umgehen wollen, sollte aus meiner Sicht die kontinuierliche Psychohygiene und Selbstanalyse des Gruppentherapeuten eine zentrale Rolle spielen.

Im Sinne dieses Vorsatzes möchte ich zum Schluß einige konkrete Fragen Vorschlägen, die wir uns - jeder für sich - selbst stellen können.

◆ Fragen an uns selbst

Bin ich eher ein Einzelgänger oder suche ich gerne Geborgenheit in einer Gruppe? Oder bin ich ambivalent zwischen beidem?

Bin ich in gewohnten Gruppen, im Freundeskreis, in der Familie usw., eher ein Mitläufer?

Suche ich Randpositionen, oder bin ich gern im Mittelpunkt?

Wie geht es mir in sozialen Gruppen? Spüre ich manchmal Angst, wenn ich mit einer Gruppe von Fremden konfrontiert bin?

Suche oder vermeide ich Rivalitätssituationen? Oder vermeide ich überhaupt natürliche Gruppen und ziehe den Schutz meines Behandlungszimmers vor - oder betreibe ich lieber Wissenschaft am Schreibtisch?

Wie stehe ich zu Teamarbeit, Familie, Partnerschaft, Kindern usw? Sind mir Verwandte ein Greuel? Wie kam bzw. komme ich mit meinen Geschwistern bzw. etwa gleichaltrigen Verwandten aus?

Habe ich einen Freundes- oder/und Kollegenkreis, in dem ich mich als Gleicher unter Gleichen wohlfühle? Oder bevorzuge ich vorstrukturierte Gruppen, die entweder durch Hierarchie oder durch klare Regeln definiert sind?

Sind mir Institutionen lieber oder fühle ich mich in der "freien Wildbahn" wohler?

Inwieweit suche ich mir die Gruppen, in denen ich mich bewege, selbst aus, und wie gut kann ich auch mit vorgegebenen Gruppierungen zurechtkommen?

Wie stehe ich zu unvorhergesehenen Ereignissen? Plane und kontrolliere ich lieber alles so gut wie möglich, oder macht es mir Freude, zu improvisieren?

All diese Einstellungen schlagen sich sicherlich in unserer gesamten Gegenübertragung nieder und damit auch in unserer therapeutischen und berufspolitischen Haltung. Hier liegt noch ein weites Forschungsfeld brach - falls wir uns überhaupt selbst beforschen können. Aber für mich steht fest: Wenn wir all unsere hier lauernden eigenen Widerstände gründlich analysieren, so werden wir sicher noch eine Fülle von Hinweisen erhalten, warum gerade die ambulante Gruppentherapie so wenig betrieben und honoriert wird.

Trotz des Handlungsbedarfs "im Außen" ist es für die Gruppentherapeuten nach meiner Überzeugung dringend erforderlich, die Besonderheiten ihres Settings "von Innen" zu betrachten. Und damit untrennbar verbunden ist die Bewußtmachung und Einschätzung der Gefühle bei unserer Arbeit. In der Psychotherapie dient uns die Analyse eigener Ängste und anderen Gegenübertragungsgefühle dazu, Hinweise und Informationen über den Patienten und seine Dynamik zu gewinnen. Ebenso müssen wir uns, wenn wir die gesellschaftlichen und kassentechnischen Bedingungen und Machtverhältnisse (und speziell die Widerstände gegen das "Phänomen Gruppe") besser verstehen wollen, gerade mit uns selbst befassen, und hier könnte der "Königsweg" wiederum die Reflexion unserer Ängste und ihrer Abwehr sein, z.B. die Neigung, die Gruppe "handhabbar" zu machen.

In dem Maße, in dem wir uns solche Gefühle bewußt machen und eingestehen, und je besser wir deren Hintergründe reflektieren, werden wir auch immer mehr eine Art Vertrauensbasis in uns wachsen lassen können, mit deren Hilfe wir, soweit es hilfreich ist, nicht nur unserer fachlichen Kompetenz und unserer Intuition, sondern auch dem "freien Spiel der Kräfte" in der Gruppe vertrauen können.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Dipl.-Psych. Roland Heinzl

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Psychoanalyse, Bioenergetische Analyse, Gruppentherapie

Reitergäble 15, 78256 Steißlingen

Tel. 07739-92610, E-mail: rolhei@t-online.de

Ralf Vogt:
**Zur körpertherapeutischen Regressionsförderung
mit Übergangs-Übertragungs-Objekten**

Für diesen Artikel wurde die Genehmigung nicht erteilt.

Peter Lölliger:
Gelingen und Misslingen von Psychotherapien aus körperpsychotherapeutischer Sicht

1. Beziehung zwischen Bindung und Trennung

Ich möchte der Frage nach dem Gelingen und Misslingen von Psychotherapien in dieser Arbeit anhand des therapeutischen Beziehungsverlaufs folgen. Gelingen und Misslingen verstehe ich als ein dialektisches, sich gegenseitig bedingendes Begriffspaar. Als absolute Begriffe wirken sie polarisierend und entbehren möglicher Entwicklungsdynamik.

Den Verlauf einer Psychotherapie können wir nach beiden Aspekten untersuchen:

- a) Gelingen und Misslingen gemessen am Erreichen von Therapiezielen (linear-finale Perspektive)
- b) Gelingen und Misslingen gemessen am Beziehungsprozess in jeder Phase einer Therapie (dialogisch-zirkuläre Perspektive)
 - a) Die meisten Definitionen von Psychotherapie gehen von der Feststellung eines Ist-Zustandes aus. Über die Anwendung bestimmter Mittel (verbale und averbale Kommunikation) wird versucht, einen erwünschten Soll-Zustand (Ziel) zu erreichen. Der Ist-Zustand ist über psychopathologische Phänomene definiert, deren Bedeutung im Kontext der Theorie der entsprechenden Therapiemethode verstanden wird. Das Gelingen und Misslingen ist hier am Erreichen oder Nicht-Erreichen der gesteckten Therapie-Ziele gemessen.
 - b) Wir können zur Frage nach den Gelingen und Misslingen unseren Blick auch auf den interaktionellen Prozess zwischen Patient und Therapeut richten (dialogisch-zirkuläre Perspektive). Beziehungsprozesse sind eingespannt in das Spannungsfeld zwischen die Pole Nähe und Distanz, Bindung und Trennung und erhalten ihre prozesshafte Dynamik daraus.

2. Therapeutische Beziehung

In allgemeiner Übereinstimmung wird die therapeutische Beziehung als zentraler Wirkfaktor der Psychotherapie erkannt. Die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist von entscheidender Bedeutung. Die Güte einer Intervention ist an die Qualität der therapeutischen Beziehung gebunden. (Grawe 1994). Eine tragfähige Allianz ist der herausragende Prädiktor für den Therapieerfolg. (Bordin 1979)

Je besser die affektive Bindung zwischen Therapeut und Patient, desto eher kann ein hohes Maß an Übereinstimmung im Hinblick auf Aufgaben und Ziele der Therapie erreicht werden.

Die therapeutische Beziehung hat eine Bedeutung als "sichere Basis" für den Patienten, von der aus alte dysfunktionale Beziehungs- oder Verhaltensmuster entformt werden können.

Die Entwicklung neuer Antwortmuster auf aktuell veränderte äußere oder innere Bedingungen erfordert gerade das schrittweise/partielle Entformen -Verlassen von gewohnten, vertrauten, bis anhin Sicherheit vermittelnden Antwortmustern. Durch deren Entformung entsteht Unsicherheit und Angst, die nur auf dem Boden einer sicheren Basis in der therapeutischen Beziehung ertragen werden kann. Ohne sicheren Halt mobilisiert die entstehende Unsicherheit selber wieder alte Antwortmuster auf Verunsicherung, womit sich ein vertrauter Zyklus schließen würde.

Die therapeutische Beziehung ist der Ort, wo Therapeut und Patient zusammen in der Aktualität eine **neue Geschichte schreiben** anhand der erinnerten Vergangenheit des Patienten (narrative) und der Neuschreibung dieser Geschichte in der therapeutischen Beziehung mit Hilfe eines spezifischen Erklärungsmodells (narration). Jede Therapiemethode hat für sich eigene Grundannahmen zur Erklärung seelischer Prozesse und Ursachenmodelle zur Entstehung seelischer Erkrankung entwickelt. Diese Verständnismodelle begründen auch die unterschiedlichen psychotherapeutisch-technischen Vorgehensweisen, von welchen aus die vom Patienten erinnerte Geschichte gelesen wird und aus denen heraus die neue gemeinsame Geschichte geschrieben wird.

3. Therapeutische Beziehung als Bindungsbeziehung

Im engeren Sinne der Bindungstheorie kann die therapeutische Beziehung als Bindungsbeziehung verstanden werden. Bindung in Sinne der Bindungstheorie (Bowlby 1975) ist ein wesentlicher Aspekt des Beziehungsprozesses mit Wurzeln in der frühesten Kindheit.

Bowlby stellte die These auf, dass Bindungserfahrungen aus der Kindheit auch auf die Gestaltung von Beziehungen zwischen Therapeut und Patient übertragen werden können.

Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient kann die charakteristischen Merkmale der "Eltern-Kind-Bindung" aufweisen:

1. **Nähe** wird zu persönlichem **Schutz** aufgesucht
2. Die anwesende Bindungsperson wirkt wie eine **sichere Basis**, von der aus die Umgebung exploriert werden kann
3. Die Bedrohung der Verfügbarkeit der Bindungsfigur löst Protest und Versuche aus, dies zu verhindern (beim Kind durch Klammern, Rufen, Weinen, Nachfolgen, sowie Protest beim Verlassenwerden. Diese Reaktionsmuster werden ein Leben lang beibehalten, jedoch in symbolische und kulturell akzeptiertere Formen umgewandelt)

Der Therapeut ist im Erleben des Patienten oft weiser und stärker, was eine wesentliche Rolle bei der Initiierung und Festlegung der Allianz spielt. Idealerweise kann sich der Therapeut durch Einfühlung als sichere Basis zur Exploration der Gefühle und Bindungswünsche des Patienten zur Verfügung stellen. Durch die stabile und gewährende Beziehung wird der Patient in die Lage versetzt, sich emotional belastenden Themen zuzuwenden. Diese Bindungsbeziehung trägt dann, wie jede andere Bindungsbeziehung auch, zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung emotionaler Sicherheit und Stabilität des Patienten bei. (Grossmann & Grossmann 1991 c)

Ungünstige Bindungserfahrungen in der kindlichen Entwicklung (wie aber auch im Erwachsenenalter) führen zur Vulnerabilität einer Person für die Ausbildung einer Erkrankung, wenn ungünstige, stressreiche Bedingungen mit symptomgestaltenden Faktoren zusammentreffen. (Bowlby 1988)

Beispiel:

Eine ca. 40-jährige Patientin entwickelte im Verlaufe einer belastenden Ehebeziehung paranoid psychotische Symptome. In ihrer ganzen Biografie gab es bis anhin keine manifesten psychopathologischen Zeichen. Jedoch war ihre Kindheit geprägt von Beziehungsabbrüchen und Verlusten: frühester Muttertod; in der Folge wiederholte Umplatzierungen von Pflegefamilien in Heime usw. Trotz dieser misslichen Bindungsmöglichkeiten gelang es der Patientin, eine erfolgreiche soziale Persönlichkeit zu bilden als Mutter, Hausfrau und Berufsfrau. Aber ihre Anpassungsfähigkeit wurde durch den Alkoholismus ihres Ehemannes mit folgendem Verlust der ökonomischen Sicherheit (Konkurs des eigenen Handwerksbetriebes) und dem Verlust der Partnerschaft (Scheidung) überfordert. Ihr inneres Strukturdefizit mangels früherer sicherer Bindungsmöglichkeiten manifestierte sich nun in den psychotischen Symptomen.

4. Phasen einer therapeutischen Beziehung

Jede kurz- oder langfristige Therapiebeziehung kann als Ablauf folgender 4 Phasen betrachtet werden:

- Abklärung: Annäherung mit Problem- und Zieldefinition
- Eröffnung: Herstellen einer tragfähigen Bindung: secure base
Inszenierung/Darstellung des Problems in der Therapiebeziehung
- Arbeitsphase: Arbeit am gegebenen Problem und Erarbeiten von Alternativen
auf sicherer Beziehungsbasis
- Abschluss: Lösung der Bindung, Distanznahme und Trennung.

Das Gelingen und Misslingen einer Therapie kann als Gelingen und Misslingen dieses Bindungs-Trennung-Geschehens verstanden werden. In jeder Phase einer Therapie bestehen Störungsmöglichkeiten des für diesen Patienten mit diesem Therapeuten geltenden Bindungsmusters. Folgen können sein, dass die zur Bearbeitung eines Anliegens notwendige Ebene der Bindung nicht gefunden wird. Der Therapieprozess stagniert und endet in einer verfrühten Trennung, oder führt zu keiner Loslösung und Trennung.

In der **Abklärungsphase** sollte eine Klärung der Passung zwischen Therapeut und Patient stattfinden. Diese Phase der Annäherung kann gestört oder übersprungen werden.

(Zum Beispiel im Verlauf einer Krisenhilfe).

In Körperpsychotherapien birgt eine mangelnde Abklärung die Gefahr in sich, dass die Bedeutung von Körperarbeit für den Therapeuten wie den Patienten unklar bleibt und gegenseitig verwirrt wirkt. Wird hingegen eine Therapie ohne ausreichende Passung begonnen, so kann es der bevorstehenden Therapie am wohl zentralsten Agens mangeln: der Liebe als Mediator für das Gelingen einer Therapie. (Scharfetter 1993)

In der **Eröffnungsphase** entfaltet sich das Bindungsmuster zwischen Therapeut und Patient. Dieser entwirft sein persönliches Bühnenbild mit den entsprechenden Akteuren. Dabei nimmt die Beziehung zum Therapeuten einen besonderen Platz ein, indem er in das Drama des Patienten mit eingewoben wird. Erkennt der Therapeut seinen Platz im Gewebe über lange Zeit nicht, so kann der Beziehungsprozess stagnieren oder der Patient sich enttäuscht abwenden und die Therapie mit dem Gefühl des Misslingens verlassen.

Körperpsychotherapie begegnet hier einem spezifischen Problem durch die Tatsache, dass Körperarbeit auf einer primär averbalen oder präverbalen Ebene stattfindet. So

wird die Illusion eines allverstehenden Therapeuten, der ohne Worte verstehen kann, genährt. Die besondere Möglichkeit der Körperarbeit, das Eröffnen averbaler Bereiche, kann zu einer Falle werden, wenn der primär averbal-körperliche Prozess nicht genügend reflektiert, auf die therapeutische Beziehung bezogen und in die Sprache überführt wird als dialektische Hin- und Herbewegung von averbalem und verbalem Geschehen.

Sobald jedoch der Therapeut nicht bloß Akteur im alten Gewebe des Patienten ist, sondern seinen Platz erkennen kann und auch dem Patienten zum Erkennen verhelfen kann, beginnt eine weitere Phase der Vertiefung der Bindung, die **Arbeitsphase**. Beide Beteiligten dringen in tiefere Schichten ihrer Persönlichkeit vor.

Eventuell suchen sie nach Variablen im Bezug auf das historische Drama, dessen Auffinden oft von dramatischen kathartischen Erlebnissen begleitet ist. Dieser Schritt für sich alleine hat noch keine heilende Wirkung. Nur wenn der Patient im Wiedererleben seiner früheren Verletzungen erfahren kann, dass der Therapeut heute für eine neue Form der Antwort und des Kontaktes bereit ist, wird er seine Selbstschutz-Strategien schrittweise aufzugeben wagen. Akzeptierende, Sicherheit und Halt gebende Präsenz des Therapeuten bildet vornehmlich die Basis für ein neues Selbsterleben des Patienten.

In dieser zeitlich oft länger dauernden Arbeitsphase sind sich der Therapeut und der Patient meist gegenseitig vertraut geworden. Das Vertraute kann zunehmend das Reflektieren verhindern und gemeinsame Überzeugungen werden nicht mehr hinterfragt. Daran kann die Weiterentwicklung eines Bindungsprozesses scheitern. (Dörner) Der Einbezug eines Dritten (als Supervisor) wird dann wichtig werden.

Ebenso können in dieser Phase der Intensivierung der therapeutischen Beziehung und der Bearbeitung intrapsychischer Probleme beide Beteiligten die Sicht für das Alltags-Umfeld des Patienten aus den Augen verlieren. An der Missachtung der Alltagsbeziehungen sind viele Psychotherapien gescheitert.

Die **Abschlussphase** ist zentral den Aufgaben der Beendigung und Trennung gewidmet.

Das Misslingen in dieser Phase der Therapie kann das Gesicht erhalten, dass endlos neue Probleme zur Bearbeitung auftauchen und das Thema der Loslösung und Trennung verdrängen, oder dass der Patient eines Tages die Therapie abbricht.

Auch nach Beendigung einer Therapie bedarf diese Beziehung besonderer Beachtung, um nicht nachträglich zu einem Misserfolg zu führen. Je nach Art der Bindung und Bedeutung der Therapiebeziehung im Lebensprozess des Patienten bleiben Übertragungen noch jahrelang wirksam bestehen. Diese muss der Therapeut respektieren und schützen, damit nicht gute Introjekte im nachhinein zerstört werden. So ist es wichtig, dass ein Therapeut sorgsam abwägt, wie viel und welche Art von Alltagsinteraktion nach Therapieabschluss mit einem Patienten möglich ist.

Die Phasen des Bindungs-Trennungs-Geschehens über den Verlauf einer ganzen Psychotherapie beziehen sich ebenso auf den Verlauf jeder einzelnen Therapiestunde. Jede Therapiestunde bedarf einer initialen Abklärungsphase. Dies auch mit Blick auf Interventionen auf der Körperebene: Körperarbeit in unklarer Beziehungssituation kann überfahrend- intrusiv wirken und zu einer Wiederholung einer frühkindlichen Manipulation werden. Durch Auslassen von Körperarbeit kann andererseits der Einstieg in die aktuell bedeutungsvolle Ebene der Bindung verpasst werden. Dadurch bleibt der Patient im Wiedererleben seiner frühkindlichen Entbehrungen stecken, da er nur mit schmerzhafter Wiederholung konfrontiert ist - ohne Alternative einer Neuerfahrung.

5. Beziehung als somatisches Phänomen

Beziehung ist ein bio-psycho-sozial wechselwirkender Prozess.

In diesem Artikel werde ich mich hauptsächlich mit dem Beziehungsprozess als somatischem Phänomen befassen. Aus somatischer Sicht wird Beziehung und Bindung als ein fortlaufender wechselseitiger Prozess von muskulär-motorischen Haltungen und Ausdrucksweisen, sowie von Empfindungen und Gegenempfindungen verstanden. Dieses wechselwirkende Geschehen spielt zwischen den Polen Bindung und Trennung. Die Muster von Annäherung und Distanzierung haben auch im somatischen Bereich die Funktion, bestehende Formen aufrecht zu erhalten oder neue Formen in der Entstehung zu unterstützen.

5.1. Entwicklung kindlicher Beziehungen

Muskulär-emotionale Verhaltensmuster sind die somatische Grundlage der Kommunikation und Bindung von Mutter und Kind. Dabei folgt die Entwicklung und Vertiefung des Zusammenspiels angeborenen affektmotorischen Schemata von Verbindung und Differenzierung, die sich zunehmend verfeinern. Auch unsere erwachsenen Verhaltensmuster gründen auf diesen sich im Säuglingsalter entfaltenden affektmotorischen Schemata. Dieses Wechselspiel wird in der Säuglings- und Kleinkindforschung durch Video-Microanalyse von Mutter-Kind-Interaktionen immer differenzierter erkannt.

Die Bewegungsmuster entwickeln sich von grundlegenden, intrauterinen Pulsationen über die affektmotorischen Muster der Kommunikation von Hungergefühl, Kontakt- und Schutzbedürfnissen etc. - kurz über die Kommunikation der elementaren Grundbedürfnisse, von Nähe- und Distanzanliegen, von Bindungs- und Trennungsimpulsen - hin zu Sprache. Während diesem rhythmischen Austausch von

affektbegleiteten Körpersignalen zwischen Mutter und Kind entwickeln und differenzieren sich auch die Bewegungen der Skelett- und der Organmuskeln. Die Fähigkeit des Kindes zu affektivem Ausdruck und die Beziehung zu den eigenen Emotionen werden grundlegend davon geprägt, wie die Eltern den vorverbalen Tanz steuern, wie sie sich auf die affektmotorischen Äußerungen des Kindes “angleichen” oder wie sie sich “abstimmen”.

5.2. Erwachsenenbeziehung

Das Leben beginnt mit vorgegebenen Verhaltensprogrammen, die auf Entwicklung warten. Die Entwicklung und der Erhalt der menschlichen Gestalt bedarf der ständigen (auch somatischen) Interaktion. Auch der erwachsene Organismus bedarf des ständigen Dialoges zu seinem Erhalt und seiner Weiterentwicklung. Die muskulär-emotionalen Muster eines Menschen haben durch seine Geschichte eine einmalige Prägung und einmalige Bedeutung.

Das Hauptanliegen einer somatisch-emotional ausgerichteten Psychotherapie besteht im Versuch, ein somatisch-emotional-geistiges Beziehungsband zwischen Therapeut und Patient herzustellen, einen Kommunikationspfad zu schaffen, auf dem es dem Patienten möglich wird, neue Selbstbewegungen zur Bewältigung veränderter äußerer wie innerer Lebensumstände zu finden. - Sei es, dass diese Selbstbewegungen in ihrer Entwicklung blockiert wurden - sei es, dass sie sich gar nicht haben entwickeln können.

6. Körperpsychotherapie

Die Frage nach dem Gelingen oder Misslingen von Psychotherapien ist grundsätzlich Therapieschulen-übergreifend. Bei Körperpsychotherapien sind durch den Einbezug von Körper-Erleben und Körper-Ausdruck in den Therapieprozess, wie auch durch körperliche Berührungen als therapeutisches Mittel spezielle Möglichkeiten zu Gelingen und Misslingen eröffnet.

Körperarbeit wird in den psychotherapeutischen Prozess im Erkennen miteinbezogen, dass alles geistige und seelische Erleben aus einem kontinuierlichen Austausch zwischen dem Gehirn und seiner körperlichen Basis einerseits und zwischen dem ganzen Organismus und seiner Umwelt andererseits besteht. (Damasio 1998)

Die Bindungsforschung verweist uns unter anderem auf Aspekte körperlich-emotionaler Bindungsmuster, welche über die gesamte Lebensspanne aktiviert und bedeutungsvoll werden können.

Zudem zeigt die neue Säuglings- und Kleinkindforschung (Stern, Domes), wie in einer vorsymbolisch- sensomotorischen Phase bis ins Alter von 1 1/2 Jahren die Mutter-Kind-Interaktion als sensomotorisch-affektiver Handlungsdialog stattfindet. Es gibt berechnete Annahmen, dass dieser Dialog auf angeborenen affektmotorischen (Verbindungs- und Differenzierungs-) Schemata aufbaut. Im Verlaufe einer ausreichend gelingenden Mutter-Kind-Interaktionen entwickeln sich diese affektmotorischen Schemata zu immer verfeinerten affektiven Bewegungsmustern - oder im Falle des Misslingens bleiben sie unterentwickelt oder blockiert. (Downing 1996)

Die Antwortmuster aus früher Entwicklungszeit können körperpsychotherapeutisch durch sensomotorisch-gestische Interaktionen wiederbelebt und weiterentwickelt werden. Alle Schritte der Entwicklung einer Persönlichkeit sind in elementarer Form im Körper verankert.

Beispiel:

So mag beispielsweise bei einem Patienten während der Schilderung eines Erlebnisses der bewusste verbale Ausdruck von einer vorbewussten gestischen Handbewegung begleitet sein. Darauf aufmerksam gemacht, kann er das spontane motorische Muster nun bewusst wiederholen und in der Verlangsamung betrachten oder propriozeptiv wahrnehmen, wodurch eine bewusst erfahrene sensomotorische Interaktion geschaffen wurde. Über die durch die Verlangsamung der Bewegung ermöglichte Wahrnehmung, d.h. also durch die sensomotorische Verknüpfung kann der affektive Inhalt des motorischen Musters erfahrbar werden. Dadurch wird dieses "verstehbar". Dies entspricht der von Uexküll (1997) formulierten These, dass wir unseren Körper durch Zeichen erleben, deren Bedeutung durch Gefühle dechiffriert wird. Nach dieser These sind Körpersensationen "Zeichen" und Gefühle "Kodes", die uns über die Bedeutung der Körpersensationen informieren

Körperpsychotherapie befasst sich also mit dem Körper-Geist-Dualismus. Im Bemühen um Überwindung des Dualismus geht es um Konnektivierung der Polaritäten (Petzold 2000), ein Bemühen um Integration, und nicht um Aufhebung der Gegensätze. Die Polaritäten werden unter anderem verknüpft, indem ein Dialog zwischen dem Körper und seinem Geist hergestellt wird. Dieser Dialog bewegt sich ganz zwischen Verbundenheit und Distanz der Polaritäten, zwischen Bindung und Trennung.

6.1. Bindung

Ich verwende nun den Begriff "Bindung" nicht ausschließlich im Sinne der Bindungstheorie nach Bowlby, sondern "Bindung" als ein wechselseitig körperlich-emotionales und geistiges Beziehungsgeschehen von Patient und Therapeut. Dieses Wechselspiel bewegt sich zwischen den Polen Verbundenheit und Distanz, Anziehung und Abstoßung, Expansion und Kontraktion, Sympathie und Antipathie.

Die prozesshafte Grundlage von "Bindungen" ist ein pulsatorisches Geschehen zwischen diesen Polen. Über die verschiedenen Lebenszyklen einer menschlichen Existenz hinweg verändert sich die Art der Pulsation fortlaufend. Daraus entstehen verschiedene Bindungstypen - im Sinne eines somatisch- prozesshaften Geschehens, das auch die muskulären Reaktionsmuster beinhaltet, über die ein Mensch sich mit einem anderen Menschen verbindet.

Der Therapeut reagiert mit seinen eigenen somatisch-emotionalen Möglichkeiten auf die emotional-muskulären Signale des Klienten: das heißt Gegenübertragung im somatisch prozesshaften Sinn. Somatische Haltungen spielen eine genauso wichtige Rolle wie Worte, Erklärungen und Interpretationen. Durch veränderte somatisch-emotionale Organisationen lernen wir neue Wege, Verhalten zu gestalten. Akzeptanz durch den Therapeuten ist nicht nur eine Geisteshaltung oder Worte, sondern eine umfassende körperlich-emotional-geistige Haltung, den Patienten in seiner Eigenart anzunehmen. Die Kommunikation somatisch-emotionaler Zustände zwischen Therapeut und Patient ist eine gestaltete Diade, die sich fortzusetzen oder neu zu bilden sucht. Dabei können verschiedene Bindungsstadien aus der kindlichen Entwicklung aktiv sein, wie auch Bindungsmuster aus Erwachsenenstadien. Bindungsweisen entwickeln sich ein Leben lang weiter und wachsen. So können auch in therapeutischen Beziehungen erwachsene Bindungsweisen vorherrschen. Entwicklungsschritte aus einer erwachsenen Bindungsposition heraus können anstehen und zur Entfaltung der Unterstützung bedürfen. Häufig jedoch treffen wir fixierte kindliche Bindungsstadien an, die nach einer Verwandlung verlangen.

6.1.1. Entwicklung somatisch-emotionaler Bindungsebenen

(Konzepte der formativen Psychologie - Keleman 1990)

Embryo-Uterus-Plazenta-Ebene:

In einer vorpersönlich-intrauterinen Phase besteht eine ununterbrochene Bindung im arteriellen und venösen Blutaustausch. Das unmittelbare somatische Gegenüber für den Fötus ist die Plazenta mit ihren regulatorischen Funktionen. Es besteht eine innige Pulsation in Verbundenheit, eine Einheit eines vom Nabel aus pulsierenden Fötus mit der Plazenta. Diese Ebene ist eine Ebene kontinuierlicher Aktivität, ständigen Austausches.

Diese Bindungsweise ist von dringend-drängender und existentieller Natur. Entweder kann der Patient sich "einnisten" oder er abortiert. So mag die Interaktion heftig drängend gestaltet sein, voller zwingender Dramatik, sodass der Therapeut sich unversehens, ungefragt, ungewollt in einer Verpflichtung dem Patienten gegenüber vorfindet. Der Zustand ist oft verschmelzend mit kaum einem Unterscheidungsvermögen: ungetrennte Verbundenheit. Es besteht ein Anspruch an unentwegte Verbundenheit in einer unpersönlichen Verbindung. Es gibt noch kaum affektdifferenzierte Äußerungen.

Somatisch-emotionale Zeichen des Eingehens dieser Bindungsebene können sein: Auflösung des Grenzempfindens, diffuses Hautempfinden, ozeanisches Raumempfinden, sphärische akustische Wahrnehmungen und Zeitlosigkeit: generell die Erfahrung von schwimmend-unscharfen Stimmungen und Empfindungen.

Für den Therapeuten ist wichtig zu erkennen, ob er den Patienten sich "einnisten" lässt und auf welche Art dies geschieht. Wenn er dieser Bindungsweise in sich Raum gibt, darf er sich selber nicht nur in dem entgrenzten Zustand aufhalten. Die Ebene darf er nur in eigener Stabilität strukturiert beschreiten, um keine unbegrenzten Angebote zu machen, was einem kollusiven Sich-verlieren und Misslingen gleichkäme.

Mund-Brust-Ebene:

Mit der Geburt wird ein zweites, nun persönliches Stadium - die Mutter-Kind-Beziehung - eingeleitet. Jetzt bilden die ganze Körperoberfläche und die Brüste der Mutter das unmittelbare somatische Gegenüber für den Säugling: eine Haut-Haut-Bindung, eine Nervensystem-Nervensystem-Bindung. Die Verbindung wechselt mit der Geburt von einer ununterbrochenen zu einer unterbrochenen, von vorübergehender Natur. Das Zentrum der Pulsation wandert in den Oberkörper: der Beginn der Atmung und die Bedeutung des Mundes. Die Abhängigkeit vom Kreislauf der Mutter über Plazenta- Nabel wird nun abgelöst von der Abhängigkeit von einer weiteren Umwelt über die Atmung. (Sauerstoffzufuhr!)

Mannigfache Ereignisse können die Bindung zwischen Mutter und Kind nun störend unterbrechen. Die Bindungstheorie nach Bowlby hat das Verhalten des Säuglings und Kleinkindes auf diese Störungen hin beobachtet und beschrieben.

Der Säugling und das Kleinkind lernen über die Erfahrung von Verbundenheit und Zugehörigkeit - wie über die Erfahrung von Distanz, also über das Erleben von dialogischen Erwidern - Möglichkeiten zur Selbstkontrolle und zur Kontrolle über andere. Durch die Erfahrung einer Verbindung vorübergehender Art wird das Erlernen zur Steuerung der Impulse möglich. Ansätze von "Wollen" entstehen auf Grund wachsender Unterscheidungs-fähigkeit. Aus einer zuvor rein instinkthaften Verbundenheit findet die Entwicklung eines gefühlsmäßigen Kontaktes statt mit zunehmend differenzierenden Affektäußerungen.

Die Bindungsweise ist weniger zudringlich und beharrlicher. Die therapeutische Beziehung ist von Hunger geprägt, der sofort befriedigt werden soll - bei noch geringer Frustrationstoleranz. Es kann eine beständige Reizung im Wahrnehmen der Fürsorge-Abhängigkeit bestehen, was ein schrittweise Aushandeln zwischen Erfüllung und Versagung, Verbindung und Trennung erfordert. Trennung und Wiedervereinigung sind auftauchende Themen von Bedeutung. Den Sinnesapparat stimulierende Kontakte sind zur Erfahrung von Verbindung und Differenzierung wichtig; besonders taktile Hautwahrnehmung, aber auch gustatorische, olfaktorische, visuelle und auditive Kontakte.

Somatisch-emotionale Zeichen dieser Bindungsebene können Hypersensibilität im Hautempfinden und im Aufnehmen anderer Sinnesreize sein. Bei Nicht-Erfüllung eines Bedürfnisses können heftige Affekte von Wut und Ärger ausbrechen oder der Patient kollabiert resignativ apathisch.

Es besteht therapeutisch die Gefahr, sich im Sog der drängenden Bedürfnisse kollusiv zu verstricken. Ausschließlich beruhigend auf explosiv wütende oder endlos unterstützend auf kollabiert resignative Ausdrucksweisen zu reagieren erschwert oder verunmöglicht Wege zu zunehmender Bewältigung von Frustration (optimaler Frustration), was die Entwicklung differenzierter Selbst- und Fremdwahrnehmung ermöglichen könnte.

Sexuell-genitale-Ebene:

Mit der Reifung der Geschlechtsorgane (genitale Phase) wandert das Zentrum der Pulsation wieder zum Unterkörper: zu Bauch, Becken und Genitalien. Die Art der Kontakte in dieser Entwicklungszeit bleiben ebenso von vorübergehender Natur. Das unmittelbare somatische Gegenüber ist ein Geschlechtliches, Genitales, ein Anderer.

Die Bindungsweise ist geprägt von der Suche nach Vereinigung mit dem Anderen aus der Wahrnehmung des Andersseins heraus. Dazu bestehen viele Verführungsweisen. Das eigene Geschlecht möchte bestätigt werden.

Somatisch-emotionale Zeichen dieser Bindungsebene sind wachsende Fähigkeit, Erregung im Unterleib: Bauch und Becken zu halten.

In seiner grösseren Autonomie und Kompetenz möchte der Patient nun nicht mehr nur als Patient gesehen werden, er wurde zu einem deutlicheren Gegenüber. Eine Schwierigkeit kann daraus entstehen, dass die Suche nach einer Vereinigung oft nach dem Vorbild der frühen nährenden oder verschmelzenden Kontakte geschieht und daraus das Bindungsanliegen missverstanden wird. Antwortet der Therapeut nun auf einer früheren Bindungsebene der Grundbedürfnisse, dann bleibt der Patient in seiner gewachsenen Differenzierung, Kompetenz und Geschlechtlichkeit ohne Antwort.

6.1.2. Erwachsene Bindungsebene

Körper-zu-Körper-Ebene:

Dies ist die Art von Erwachsenenkontakten, welcher den ganzen Körper einbezieht. Zwei Einheiten begegnen sich. Es gibt eine innere Pulsation zwischen Verstand und Herz, eine Pulsation mit Zentrum im einzelnen Individuum - das mit einem anderem Individuum pulsieren kann, aber nicht muss.

Die Bindung ist durch Aktivitäten, Aufgaben und Probleme geknüpft und umfasst emotionale Kooperation und Interdependenz. Diese Bindung beruht mehr darauf, gemeinsame aktuelle Probleme zu bewältigen und Handlungsfähigkeit zu erlangen, als auf Instinktbefriedigung und der Suche nach der Beantwortung früherer Bedürfnisse oder Entbehrenen. Frühere Bedürfnisse verwandeln sich zu einer Ebene, wo der Erwachsene sich selber trägt. Dabei strebt der Erwachsene danach, seine Form zu wandeln, seine Beziehungen zu gestalten und die fortlaufende Aufgabe der Selbsttransformation als ein getrenntes Individuum zu meistern. Getrenntheit bedeutet hier nicht Einsamkeit, Kontakt nicht Verschmelzung. Die Bindung auf der Körper-zu-Körper-Ebene dient der Vermittlung von Gefühlen, Ideen und Handlungen, die dem Wachstum der Person dienen und die Vertiefung von Reifung und die Ausbildung neuer Reaktionen im Erwachsenenalter ermöglicht.

Somatisch-emotionale Prozesse: Die Entwicklung zur Handlungsfähigkeit als ein getrenntes Individuum basiert auf der Differenzierung von Gehirn und Muskulatur durch Reifung und Übung. Dadurch haben sich die kortikalen volitiven Funktionen entfaltet.

Auch Erwachsene bedürfen des Austausches mit anderen Erwachsenen, um ihre fortschreitenden Aufgaben der Reifung und des Alterns zu bewältigen. So mag es sein, dass eine Person auf der Ebene der Erwachsenenbindung therapeutische Hilfe sucht, um einen anstehenden Schritt der Transformation in eine neue Lebensphase bewältigen zu können.

Aufgabe der Psychotherapie aus somatisch-formativer Perspektive ist es, dem Patienten Fixierungen an frühere Bindungsmuster erkennen und danach entformen und pulsatorische Erregung auf der nächsten Ebene der Bindung entwickeln zu helfen. Dabei handelt es sich vornehmlich um Übergangsphänomene, bei denen die therapeutische Beziehung sichere Basis bilden soll, um so ein Gefäß für diesen Transformationsprozess zu bieten. Das hier vorherrschende psychotherapeutische Entwicklungsverständnis besagt, dass das Ziel menschlicher Entwicklung das Erlangen erwachsener Daseinsformen ist: vom Kind - zum jungen Erwachsenen - zum reifen Erwachsenen - zum alternden Erwachsenen. Psychische Krankheit wird als

Verhinderung eines Wachstumsschrittes während einer Entwicklungskrise verstanden (Erikson 1977)

Körperpsychotherapie kann in besonderer Weise Aufmerksamkeit auf diesen Moment des Überganges aus einer alten in eine neue Form richten, da Neuerfahrungen oft primär als senso-motorische Äußerung oder als kinästhetische Wahrnehmung in Erscheinung treten. Da diese neuen Selbstbewegungen auf körperlicher Ebene unbewusst oder vorbewusst geschehen, bedürfen sie der unterstützenden Mit-Bewegung des Therapeuten, als körperlich-emotionales Miterleben, Erkennen und Benennen der neuen Bewegungen durch den Therapeuten.(Heisterkamp) So kann eine Neuerfahrung, in einer Beziehung getragen und körperlich, seelisch und geistig verankert werden. Entsprechend einem evolutiven Prinzip ist der elementare Ort der Verankerung der Körper.

Beispiel:

Eine Patientin, deren ganze Kindheit von weitgehender Entbehrung von körperlich wärmender Berührung geprägt war, hatte jedes Aufkommen dieses Grundbedürfnisses kämpferisch gereizt abgewehrt und ihren ganzen Körper in Versteifung kontrahiert. Im Verlaufe des Therapieprozesses wurden wir immer wieder auf spontane ausholende Handbewegungen aufmerksam. Als sie in die therapeutische Beziehung genügend Vertrauen gefunden hatte, folgte sie unter unterstützender Ermunterung dieser spontanen Geste. Dadurch erfuhr sie affektiv ihr längst begrabenes Verlangen nach körperlich wärmender Berührung wieder, begleitet von Angst vor neuer Verletzung und Wut und Trauer über die alten Entbehrungen.

Neubeginn kann gleichgesetzt werden mit Veränderung von Selbstbewegungen (mit verändertem Selbstbezug und veränderter Selbstwahrnehmung), woraus neue Beziehungsformen geschaffen werden.

Wiederholung bedeutet ein Verharren in alten Formungsmustern und somit in alten Bindungsmustern, welche auf Grund körperlich-emotional-geistiger Erinnerungen an Zurückweisungen, Verlassenheiten oder Verletztheiten des Kindes beibehalten werden. Veränderung und Verharren müssen zueinander in einem dynamischen Verhältnis stehen, damit Lebensprozesse als Pulsation zwischen Expansion und Kontraktion geschehen können. (Lowen, Keleman)

Das Fixiertsein in einem der beiden Pole, wie der fixierte depressiv-kontrahierte Zustand oder der fixierte manisch-expansive Zustand, gefährdet Wachstum, gefährdet letztlich das Leben.

Körperpsychotherapie beachtet diese Dynamik zwischen Verändern und Verharren auf geistiger wie auf körperlich-emotionaler Ebene und bietet konkrete Hilfe an, damit auch körperlicher Wandel stattfinden kann. Im Kontakt mit offenen oder verborgenen Ängsten, Zweifeln, Misstrauen oder Scham, Hass, Verachtung oder

Verzweiflung, wie auch mit verborgenen Hoffnungen und Sehnsüchten versucht der Therapeut dem Patienten unterstützend und ermutigend Erlaubnis zum Ausdruck blockierter Selbstbewegungen zu vermitteln. Über Atemarbeit, Berührungskontakt, Wahrnehmungsförderung, sowie Halt- vermittelnde Techniken wird der Patient ermutigt, wieder expansiv-öffnende oder kontrahierend-abgrenzende Bewegungen zu wagen. Das Gelingen eines Therapieprozesses kann auch am Wandel des Ausdrucks körperlicher Formungen gemessen werden.

Beispiel:

Ein Patient mit phobischen Angstzuständen ist nicht bloß in seiner sozialen und kognitiven Aktionsfähigkeit eingeschränkt, sondern verharrt auch zunehmend in einem körperlich fixierten, kontrahierten Zustand mit reduzierter körperlich-seelischer Vitalität. Das Therapie-gelingen ist davon abhängig, dass dieser Patient neben der Verbesserung seiner sozial-kognitiven Fähigkeiten auch eine Ausweitung seiner körperlich-emotionalen Vitalität erfahren kann.

6.2. Trennung

Das Gelingen einer Psychotherapie hängt im Wesentlichen nicht bloß vom Eingehen der entsprechenden Bindung, sondern ebenso vom Gelingen der notwendigen Trennungsschritte in jeder Phase des Beziehungsprozesses ab. Dem Erlangen neuer Bindungsebenen geht eine Trennung von einer alten Bindungsebene voraus. Dies sind körperlich-emotional-geistige Prozesse, welche körperpsychotherapeutisch begleitet und unterstützt werden können.

6.2.1. Trennung zur Therapiebeendigung

Konfrontiert mit der Aussicht auf eine Trennung werden Patient wie Therapeut mit früheren Trennungserfahrungen konfrontiert werden. Diese müssen erkannt und bearbeitet werden, damit die aktuelle Bindung zu einer adäquaten Trennung gelangen kann.

Das therapeutische Vorgehen soll Trauer in der Trennungsphase ermöglichen. Auch bei den Therapeuten ist Trauer, anstatt Schuld- und Verantwortlichkeitsgefühlen gegenüber den immer noch mit vielen Schwierigkeiten befassten Patienten in der Trennungsphase notwendig. (Konzag T., Fikentscher E.)

Die somatische Prozessarbeit richtet das Augenmerk auf die Art und Weise, wie der Patient die bevorstehende Trennung der therapeutischen Beziehung zu strukturieren sucht, was einen Einblick in vergangene Trennungserfahrungen erlaubt. Diese muskulär-emotionalen Muster müssen erkannt werden als Voraussetzung dafür, dass sie über schrittweise Entformen in den Hintergrund treten können. Dies ist ein

Vorgang, der abstraktes und bildhaftes Denken, Fühlen, Empfinden und Handeln umfasst. Erst daraus wächst die Struktur zur Bildung einer neuen Form der Trennung, die der aktuell gegebenen Situation gerecht wird.

6.2.2. Somatische Aspekte von Verlust/Trauer/Trennung

Der Therapieprozess ist ein pulsatorischer Rhythmus zwischen Ver-Bindung und Ent-Bindung. Das Trennungsgeschehen ist eine Auseinandersetzung um Verlust. Jeder Verlust bedingt einen Trauerprozess.

Verlust und Trauer sind natürliche Begleiter des Lebens. Für "natürliche" Trennungsprozesse, für die organisierten Trennungen (wie Geburt, Pubertät, Menarche, Menopause etc.) sind Strukturen vorhanden; wir sind mehr oder weniger vorbereitet für natürliche Endungen. Dies sind zum Leben gehörende Ereignisse.

Der Verlust stellt die Desorganisation eines Lebensfeldes dar, was als das Ende von Etwas wahrgenommen wird - vorerst ohne Garantie einer Neuformung. Daraus entsteht Angst. Wenn wir aber die Erfahrung gemacht haben, dass wir etwas beenden konnten, haben wir das Vertrauen erlangt, warten zu können, bis eine neue Form auftaucht. Bevor etwas Neues anfängt, endet etwas alt Bekanntes.

Die Trauer entsteht durch einen Verlust, die Unterbrechung eines Lebensfeldes. Die Unterbrechung eines Lebensfeldes wird als eine emotionale Störung wahrgenommen.

6.2.3. Unerwarteter Verlust

Ein unerwarteter Verlust bedeutet wörtlich, einer Person die Haut vom Körper zu reißen. Jede Expansion, jedes Ausstrecken der pulsierenden Organe nach der verlorenen Person trifft auf ein "Nichts". Chaotische Verwirrung oder zwanghaft sich wiederholendes Ausstrecken - Zurückziehen - Ausstrecken etc. können Reaktionen sein. Jeder unerwartete Verlust lässt eine Menge unbeendeter Prozesse zurück. Er ist eine Verwundung dieser wechselseitigen Struktur. Beim unerwarteten Verlust gibt es kein Oberflächen-Gegenüber mehr, welches auf mich antwortet. Die gemeinsame Ganzheit ist zerbrochen. Die Oberflächen-Membran der verlassenen Person ist erregt für den Kontakt, ohne Möglichkeit zu Kontakt. Dies ist der Schmerz von Verlassenheit. Verlust ist eine Wunde. Trauer ist die Reaktion auf diese Wunde. Im Verlust erleiden wir eine Desorganisation, wir leiden an den Schmerzen durch diese Wunde und versuchen dies zu lindern oder zu vermeiden. Das Trauermuster ist ein Versuch zur Selbstheilung durch Rückzug, weil die gemeinsame Form zerbrochen ist. Wir komprimieren uns, wir ziehen unsere Oberfläche in uns hinein, wir versuchen die Wunde zu überdecken, bis wir wieder eine Beziehung zu dem finden, was verloren ist. Dies erfordert einen langzeitigen Prozess zur Reorganisation, zum Wiederfinden unserer Identität.

Auf die Therapiebeziehung bezogen bedeutet dies, dass ein Trennungsprozess stufenweise durchlaufen werden sollte, damit eine Therapie-Beendigung nicht wie ein unvorbereitetes Verlustereignis wirkt und den Patienten in der Folge mit zerstörter innerer Struktur und zerrissener Beziehungsmembran zurücklässt.

6.2.4. Mögliche Verarbeitungsweisen eines Verlustes

Trennung zur Beendigung der therapeutischen Beziehung bedeutet auf die Vergangenheit bezogen Verlust, Trauer und Angst. Auf das Kommende hin jedoch kann Trennung auch Neubeginn heißen, mit Erleichterung und Freude über die Überwindung alter überlebter Bindungen und Neugier auf einen neuen Lebensabschnitt.

Neubeginn, der zum Therapieende führen kann, zeigt sich manchmal in Träumen von grosser Plastizität und Durchsichtigkeit mit Themen von Geburt und Tod: "Am Ende eines dunklen Tunnels sieht man wieder Licht.."

Im formativen Verständnis kann der Prozess des Neubeginns von Bildern und Sprache von intrauterinen Phantasien oder Geburt begleitet sein: ein noch ungeformter, ungeborener oder gerade im Entstehen begriffener Formungszustand.

Wir können einen Verlust aus einer passiv resignativen Opfer- Hilflosen-Position beantworten, wo der Verlust eine Verletzung bedeutet, an die wir uns anpassen müssen, oder aus einer erforschend-erkundigenden Haltung, wo der Verlust als Katalysator für unsere Selbstformung wirkt.

Es stellt sich also die Frage, was die Quelle ist, aus der nach einem Verlust die Kraft zum nächsten Formungsschritt in einen neuen Lebensprozess kommt? Ist der Verlust ein Geschenk oder eine Tragödie?

Die Art und Weise des Be- Endens organisiert die Bewegung in die nächstfolgende Dimension. Erst das Beenden einer Aktivität ermöglicht eine neue Erregung. In der Endigung ist ein Energieüberfluss vorhanden, der zu neuen Erregungsmustern führen kann, falls der Überfluss bewältigt werden kann.

Zeichen einer Lösung des Trauerprozesses sind immer weiter auseinanderliegende Wellen des Trauerns. Zeichen von Verneinung des Trauerprozesses ist ein abruptes Abbrechen und völliges Verschwinden der Wellen des Trauerns. (Keleman 1989)

Beispiel:

Das Verschwinden der Wellen des Trauerns bedeutet meist, dass schmerzhaftes Verlust-erleben durch muskuläre Versteifung und Verhärtung eingegrenzt bis vollständig gestoppt wird. Damit können überwältigende Bewegungen von Trauer, Wut und Verzweiflung bewältigt werden. Wird das blockierte affektiv-motorische Muster in einem Therapieprozess wieder aufgefunden, geschieht dies anfänglich oft konvulsiv aufbrechend.

So erlebte eine Mitte 30-jährige Patientin mit einer anorektisch-bulimischen Symptomatik eine möglicherweise definitive Trennung von ihrem Freund vorerst in schwallartigem nicht-endem Erbrechen (das sich sehr verschieden von ihrem willentlich induzierten Erbrechen von früher anfühlte) Die motorische Verlangsamung des eruptiven Hochschliessens der inneren Erregung ermöglichte die Wahrnehmung des Affektes: sie begann ihre Trauer zu spüren. Mit dem schrittweise Entformen ihres eingefrorenen Musters des Klammerns an sich selbst zur Bewältigung von Verlust begannen Wogen von somatisch-emotionalen Wellen hochzuschießen, die es nun zu bewältigen galt.

Literatur:

- Ambühl, Hansruedi; Strauss, Bernhard: Therapieziele. Hogrefe Göttingen 1999**
- Bänninger, E. & Widmer, Ch.: Affektive Beziehungsmuster. in: Psychotherapeut Band 42. Heft 6. Nov. 1997 Springer**
- Bahnt, Michael: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Huber/Klett 1966**
- Böddeker, Monika: Bindungsqualität und Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. Roderer Verlag Regensburg 1996**
- Bordin, E.: The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy, 1: 252-260**
- Bowlby, John: Bindung. Kindler München 1975**
- Bowlby, John: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Dexter Heidelberg 1988**
- Caspar, Franz: Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In: Therapieziele. Ambühl, H. (Hrsg.) 1999**
- Damasio Antonio R.: Descartes' Irrtum. München: dtv, 1998**
The Feeling of What Happens. London: William Heinemann, 1999
- Dörner, Dietrich: Die Logik des Misslingens. rororo 1994**
Bindungstheorie und Psychoanalyse. In: Psyche LIII. Jahrgang, Heft 4, April 199
- Downing George: Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel, 1996**
- Erikson, Eric H.: Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp 1977**
Dimensionen einer neuen Identität. Suhrkamp 1975
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1994**
- Grossmann, Klaus & Grossmann, Karin: Bindung, Exploration und interne Arbeitsmodelle - der Stand der Forschung. In: Bindung und Interaktion. E. Parfy...(Hg.) Facultas Wien 2000**

- Heisterkamp, G.: Zur Behandlung blockierter Selbstbewegungen in der Psychotherapie, in: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, Band 36 Heft 6 Nov. 1991
- Hilton, M. Robert: „Narcissism and the therapist’s resistance to working with the body” in: Bioenergetic Analysis, the Clinical Journal for the IIBA. volume 3 Nr. 2 1988-89
“Grounding and Grace” in Bioenergetic Analysis. volume 4 Nr. 2 1991
- Keleman, Stanley: Auszug aus einem Audiotape: ”coping with loss” Center Press: 1989
- Keleman, Stanley: Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung. Kösel München 1990
- Keleman, Stanley: Forme dein Selbst. Kösel 1994
- Konzag, Tom-Alexander & Fikentscher, Erdmuth: Stationäre Psychotherapie. In: Psychotherapeut. Band 43. Heft 6 Nov. 1998 Springer
- Kryspin-Exner, Ilse; Peternell, Alexandra; Jagsch, Reinhold: Therapeutische Allianz - Bindungsfähigkeit als ein notwendiger Bestandteil? In: Bindung und Interaktion. R. Schoberberger, Ch. Butschek (Hrg.) Facultas, Wien 2000
- Lowen, Alexander: Körperausdruck und Persönlichkeit. Kösel 1981
Der Verrat am Körper. Scherzverlag 1980
- Petzold, Hilarion G.: Integrative Bewegung- und Leibtherapie. Ein Ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie, Junfermann Paderborn
- Petzold, Hilarion G.: Psychotherapie der Zukunft. Düsseldorf/Amsterdam. 2000
- Roth, Niklaus: Erfüllung und Begrenzung. in: D. Hoffmann-Axthelm Hrsg.
Der Körper in der Psychotherapie. Transform 1991
- Scharfetter, Christian: Eros therapeutikos. Liebe und Ethik in der Therapie. Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie. Heft 7. 43.Jg. Juli 1993
- Schulte-Bahrenberg, Thomas: Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg, Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler 1990
- Strotzka, H.: Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg 1975
- Stuhr, Ulrich: Therapieerfolg als Prozess. Asanger: Heidelberg 1997
- Uexküll Th. v.: Subjektive Anatomie. Hrsg.: Thure v.Uexküll. Stuttgart: Schattauer, 1997
- Winnicott,D.W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Fischer Frankfurt a.M. 1984

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. FMH Peter Lölliger
 Psychiatrie und Psychotherapie
 Austraße 126, 4051 Basel, Telefon: 061/2727710 (Praxis)

Mitgliedern des DVBA sowie Mitgliedern und Ausbildungskandidaten des NIBA, der GBA, des IBAR, der SGfBA und der MGBA wird die Zeitschrift kostenlos zugestellt.

Andere Interessenten können FORUM 1/2001 gegen Rechnung DM 15,00 beim Herausgeber beziehen.

Die Foren 1/91 bis 2/93 können gegen Rechnung DM 10,00 und die Foren 1/94 bis 1/2000 gegen Rechnung DM 15,00 ebenfalls beim Herausgeber bezogen werden.