

**Dr. Hans-Joachim Maaz**

**Körperpsychotherapie unter Berücksichtigung des Strukturniveaus des Patienten und der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik**

Meine Erfahrung mit Bonding verdanke ich Walther Lechler, der in den 80-er Jahren praktisch eine Art westlicher Patenschaft für die von mir geleitete Psychotherapie-Klinik im Diakoniekrankenhaus Halle/S. übernommen hatte. In der Folge dieser Anregung und Ermutigung habe ich selbst eine 3-jährige Selbsterfahrung mit verschiedenen körperpsychotherapeutischen Methoden absolviert und mehrere Workshop's mit wichtigen Körperpsychotherapeuten in unserer Klinik organisiert und mitgemacht, u.a. mit Eva Reich und David Boadella.

Wir hatten in der DDR bereits seit 1979 den Facharzt für Psychotherapie, für den eine Ausbildung im Autogenen Training und Hypnose, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, psychodynamischer Einzeltherapie, dynamischer Gruppenpsychotherapie und katathym-imaginativer Psychotherapie durchlaufen werden musste. Wir waren also von vornherein multimodal ausgebildet – ohne auf eine Schule oder Methode festgelegt zu sein. So stand jeder Therapeut vor der ganz persönlichen Aufgabe, psychotherapeutische Methoden nach seinen individuellen Möglichkeiten zu integrieren und nach den Erkrankungsformen und Persönlichkeitsstrukturen, den Therapiewünschen und Veränderungsmöglichkeiten des Patienten zu differenzieren.

Wir mussten nach intensiver stationärer Psychotherapie (6 Std. Therapie/Tag über 8 Wochen) zur Kenntnis nehmen, dass beeindruckende Therapieerfolge im weiteren Leben oft nicht ausreichend gehalten werden konnten, dass nahe Bezugspersonen, die mit den Veränderungen des Patienten nicht klar kamen, ihrerseits Krisen und Konflikte entwickelten oder soziale und politische Auseinandersetzungen die therapeutischen Erfolge gefährdeten. Der erfolgreiche

Patient, der offener, selbstbewusster, kritischer und eigenständiger geworden war, war zu DDR-Zeiten politisch nicht mehr systemkonform, praktisch „subversiv“. Im vereinten Deutschland dagegen ist der erfolgreiche Patient, der auch seine Schwächen, Fehler und Begrenzungen erkennt und integriert, praktisch nicht mehr „marktgerecht“, wenn er nicht mehr nur stark sein will, hilfreiche Beziehungen dem Konkurrieren vorzieht und sich weniger darstellen und verkaufen möchte.

Wir mussten verstehen lernen,

- dass die therapeutisch sehr hilfreiche Sozialenergie der Klinik und der Gruppentherapie einen erheblichen suggestiven und energetischen Mitnahmeeffekt hat, der individuell nicht immer gehalten werden kann. Das heißt, belastende intrapsychische Konflikte und Introjekte werden „überspielt“, aber nicht aufgelöst, strukturelle Defizite konnten situativ kompensiert werden, aber nicht reifen.
- dass das familiäre, soziale und gesellschaftliche Umfeld als ständige Trigger wirken, um die ehemals (vor der Therapie) erzeugten Entwicklungsstörungen und kompensierende (neurotische) Anpassungen wieder zu reaktivieren und zu reinstallieren.

So wurde das Zusammenspiel der Persönlichkeit des Therapeuten mit der psychotherapeutischen Methode, der Entwicklungs- und Veränderungsfähigkeit und -willigkeit des Patienten und mit dem gesellschaftlichen Umfeld zur differenzierenden Frage für die jeweilige Behandlungskonzeption. Diese Auseinandersetzung verschärfte sich noch, als wir Ost-Psychotherapeuten uns in die kassenfinanzierten Richtlinien-Verfahren einordnen mussten, was mitunter als Einschränkung und Rückschritt hinsichtlich der Multimodalität erlebt wurde (welche Methode, durch welchen Therapeuten, bei welchem Patienten in welcher sozialen Situation?). Diese Frage war auch in der Klinik die wesentliche

Herausforderung, wir blieben aber relativ verschont von den Richtlinien-Anforderungen, so dass ich Freiraum hatte, die Integration von Körperpsychotherapie in tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie zu erforschen und zu praktizieren, wofür wir auch einen Arbeitskreis, eine Sektion „analytische Körperpsychotherapie“ in der ostdeutschen DGAPT (Deutsche Gesellschaft für analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie) gründeten.

Wir suchten nach Antworten, welche körperpsychotherapeutische Methode kann von welcher Therapeutenpersönlichkeit, bei welcher Patientenpersönlichkeit, in welcher therapeutischen Situation in ein therapeutisches Gesamtkonzept unter Berücksichtigung der sozialen Lebensrealität integriert werden.

Theoretisch und konzeptionell war uns längst klar, dass der Körper als via regia zum präverbalen Unbewussten verstanden werden muss, dass die frühen (präverbalen) Beziehungsrepräsentanzen nur unter körperpsychotherapeutischer Arbeit wiederbelebt, verstanden und durchgearbeitet werden können. Aber wir mussten als Komplikationen auch nahezu unüberwindbare Widerstände, Verwirrtheitszustände und Dissoziationen, soziales Ausagieren, psychosomatische Folgen, bloße suggestive Wirkungen und kathartische Abreaktionen ohne psychosoziale Reife zur Kenntnis nehmen.

Wir suchten nach einer Ordnung, die uns erlaubt, körperpsychotherapeutische Methoden und Techniken mit Rücksicht auf das Strukturniveau des Patienten und unter Beachtung der jeweiligen Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik der therapeutischen Beziehung erfolgversprechend und Komplikationen vermeidend zu integrieren.

Wieviel (frühe) Wahrheit, wieviel emotionale Offenheit, wieviel psychosoziale Gesundheit ist wirklich lebbar? Wilhelm Reich hatte auf diese Frage bereits mit dem „Christusmord“ geantwortet.

Ich will die Parameter dieser systemischen und komplexen Sicht vereinfachend einzeln diskutieren.

### 1. die Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten:

Er/sie braucht vor allem Selbsterfahrung und erlernte Regulation der eigenen strukturellen Frühstörungsanteile mit dem Ziel, die eigene evtl. vorhandene tiefe Bedrohung und Bedürftigkeit zu kennen, um in der Lage zu sein, Empathie für die „Frühstörung“ des Patienten zu entwickeln, keine Bedrohungsgefühle abwehren zu müssen und keine narzisstische Geltungsbedürftigkeit ausagieren zu wollen. Das unvermeidbare Mit-Fühlen muss bewusst kontrolliert und reguliert werden können. Das innerste Erleben des Therapeuten überträgt sich energetisch, egal was er denkt, sagt oder tut – vor allem bei Körperkontakt – deshalb bleiben Selbstreflexion, Selbsterfahrung und Supervision berufsbegleitend notwendig und ehrliche Antworten und Aussagen gegenüber Patienten müssen möglich sein, um aus der Übertragungsarbeit zu einer interpersonellen Beziehung zu gelangen.

### 2. körperpsychotherapeutische Methoden:

Die Vielzahl körperpsychotherapeutischer Interventionen teile ich in 4 prinzipielle Behandlungsschritte:

#### 2.1 Wahrnehmen (Selbst- und Fremdwahrnehmung) von

Symptomen, Empfindungen, Impulsen, Erleben, Körperhaltung, Körperimpulsen, Körperausdruck, Mimik, Gestik.

Der Patient wird zur Selbstwahrnehmung angeregt und/oder der Therapeut teilt seine Wahrnehmung des Patienten sowie sein eigenes Erleben mit.

#### 2.2 Aktivieren

Der Therapeut lenkt auf das Wahrgenommene hin und hilft damit der Beachtung und Bewusstwerdung. Durch vertieftes Atmen, durch Stresspositionen, durch Bonding, durch Berühren werden mögliche emotionale

Prozesse aktiviert. Impulse können verbal verstärkt werden, für das Erleben können Worte, Sätze, Szenen gefunden werden.

### 2.3 Der Gefühlsausdruck

Die meisten Menschen brauchen eine verbale Ermutigung, aufkommenden Gefühlen auch Ausdruck zu geben. Dabei kann hilfreich darauf geachtet werden, dass Gefühle ganzkörperlich zum Ausdruck kommen können (z.B. Augen auf! Ton geben! Aggressive Impulse motorisch entwickeln: schlagen,

treten, beißen, würgen, abwehren!) Auch seelischer Schmerz und Trauer sollten sich ganzkörperlich entwickeln dürfen, wobei berühren, Bonding, halten, stützen, umarmen, anklammern lassen hilfreich sein können.

### 2.4 Integrieren

Jede körperbezogene Arbeit mit emotionalem Erleben fordert ein Verstehen, eine lebensgeschichtliche Einordnung, das Erkennen von Folgen im Denken, Fühlen und Handeln durch die frühen Beziehungsdefizite und Traumatisierungen. Erfahrungsgemäß werden etwa 5 Gesprächsstunden gebraucht, um das körperpsychotherapeutisch Aktivierte und Erlebte einer Stunde zu integrieren. Folgende Fragen sind dabei hilfreich:

Was bedeutet das Erlebte? Woran erinnert Sie das? Was fällt Ihnen dazu ein? Welche Bilder, Erinnerungen, Szenen sind aktiviert? Wie verstehen Sie das? Wie wirkt sich das Gefühlte auf Ihr Leben aus? Welches Verhalten ist damit verbunden? Was könnte/sollte wie verändert werden?

Wichtig ist, die Differenzierung zwischen dem Erleben Dort und Damals und dem Hier und Jetzt zu unterstützen.

Integrieren heißt: Erlebtes, Gefühltes verstehen, einordnen und Verhalten verändern.

## 3.Strukturniveau des Patienten:

Es hat sich mit Rudolf (Struktur nach OPD-Diagnostik) eine Einteilung des Strukturniveaus als „gut“, „mäßig“, „gering integriert“ und „desintegriert“ eingebürgert, die nach Selbst- und Objektwahrnehmung, Selbststeuerung, Realitätswahrnehmung, Kommunikation, Bindung, Identität und Selbstwert differenziert. Eine moderne psychodynamisch orientierte Psychotherapie unterscheidet für das Behandlungskonzept zwischen „Struktur“ und „Konflikt“. Mit „Konflikt“ sind innerseelische widerstreitende Instanzen, Bedürfnisse gemeint, die auf psychischen Strukturen basieren und prinzipiell bewussteinfähig sind und verbalisiert werden können. Deshalb kann eine konfliktorientierte Therapie auch nur durch Erinnern und Versprachlichen, also mit Hilfe von Deuten und Verstehen erfolgreich sein.

Dagegen bedeuten strukturelle Störungen das Fehlen von psychischen Strukturen bzw. nur defizitäre Ausbildungen für das Erleben von Identität, Selbstwert und Bindung; die Affektregulierung und die Differenzierung von „Selbst“ und „Objekt“ sind gestört. Es geht dabei um präverbale Beziehungsrepräsentanzen, die nicht versprachlicht, aber emotional und szenisch wiederbelebt werden können. In der Praxis werden Struktur und Konflikt meistens nicht ausreichend differenziert. Das ist verständlich, weil häufig auf beiden Ebenen Störungen vorliegen und neurotische Konflikte die Strukturstörungen überdecken können.

Mit der unglücklichen Bezeichnung „Grundkonflikt“ wird der Eindruck erweckt, es sei eine konflikt-dynamisch behandelbare Störung, ohne dabei die strukturelle Störungsbasis zu berücksichtigen. Die körperpsychotherapeutische Praxis sollte immer das Strukturniveau des Patienten und die entfaltete Arbeitsbeziehung unter Berücksichtigung der entwickelten und bestehenden Übertragungs- und Gegenübertragungs-Dynamik beachten.

Der praktische Ablauf mit der Frage, wann, wie und wozu körpertherapeutische Interventionen bei der Behandlung von

Frühstörungen einbezogen werden, muss sich an der Entwicklung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik und an dem Strukturniveau der Störung des Patienten orientieren. Wir unterscheiden heute ein niedriges Strukturniveau (Borderline-Störung), ein mittleres Strukturniveau (narzisstische Struktur) und ein reifes Strukturniveau (klassische neurotische Störung). Die Therapie beginnt entweder mit positiver, idealisierender Übertragung (der Therapeut als Hoffnungsträger und Heiler, auch als Experte, der Rat wissen und Hilfe bringen soll) oder mit Misstrauen und Vorsicht, mit negativen Übertragungserwartungen von Nicht-Angenommen-, Nicht-Gemocht- und –Verstanden-Werden. Das Strukturniveau des Patienten entscheidet darüber, wie sehr der Therapeut im Laufe der Zusammenarbeit als getrenntes, eigenständiges Objekt gesehen und als reale Person akzeptiert werden kann. Wir müssen also die Fähigkeit zur Selbst- und Objektdifferenzierung des Patienten, sein Ausmaß der Objektabhängigkeit, die Möglichkeit des Realitätsbezuges und die Reife der Abwehrformen für unsere praktischen Überlegungen berücksichtigen.

Anfängliche positive Übertragungen fördern zwar zunächst ein gutes Arbeitsbündnis, bleiben aber hoch gefährdet, in Enttäuschung und Abwertung umzuschlagen, wenn die idealisierten Erwartungen (natürlich!) nicht erfüllt werden (können). Diese Tendenz ist um so größer, je niedriger das Strukturniveau des Patienten ist. Zu frühe körperliche Interventionen wären dann verhängnisvoll-gefährlich für den Therapeuten, retraumatisierend für den Patienten. Deshalb sollten vor der Einbeziehung des Körpers die idealisierten Aspekte allmählich an der Beziehungsrealität (begrenzt, bezahlt,

professionell) mit den Therapeuten relativiert und mit dem Blick auf die reale Person des Therapeuten (seine Begrenzung, seine Eigenarten und Schwächen) normalisiert werden.

Das heißt, dass der Therapeut kritischen Anfragen nicht ausweicht, sie nicht „analysierend“ zurückgibt, sondern redlich beantwortet, so dass der Patient allmählich sein von Projektionen belastetes Bild über den Therapeuten an der erlebten Realität im Hier und Jetzt revidieren kann. Die verbale Arbeit an der Beziehungsrealität provoziert unweigerlich negative Übertragungen (Enttäuschung, Ernüchterung, Kränkung, Abwertung, Wut, Hass u. a.), die letztlich das Tor zur Eröffnung früher Affekte bilden. Zunächst kommt es darauf an, dass der Therapeut nicht ausweicht, belehrt oder korrigiert, nicht mit Gegenaggression antwortet, sondern differenzieren hilft, welcher Anteil der negativen Affekte ihm real gilt und was davon Übertragungen sind. Dass der Therapeut dies ermöglicht, ohne zu strafen, ohne wegzugehen oder zerstört zu werden, ist eine wesentliche vertrauensbildende Maßnahme, damit der Patient Mut fasst, sich auf die sehr bedrohlichen frühen Erinnerungen und Affekte einzulassen.

Überwiegen anfangs negative Übertragungen, ist das therapeutische Vorgehen ganz ähnlich. Es kommt darauf an, durch beharrliche Differenzierungsarbeit dem Patienten zu helfen, berechtigtes Misstrauen und am Therapeuten festgestellte Schwächen zu bestätigen und Realitätsverzerrung des Patienten mit der Wahrnehmung und Sicht des Therapeuten abzugleichen, um den Realitätsbezug des Patienten allmählich zu verbessern.

Je niedriger das Strukturniveau des Patienten, desto mehr Zeit und Aufwand wird für die verbale Arbeit zur Selbst- und



Objektdifferenzierung, zum Realitätsbezug und zum Bewusstmachen früher Abwehrformen (Spaltung in Gut und Böse, Projektion, projektive Identifizierung, Idealisierung, Entwertung) aufgebracht werden müssen. Im Unterschied zur klassischen analytischen Arbeit stellt sich der Therapeut dabei als reale Person, er gibt auch Antwort und übernimmt Hilfs-Ich-Funktion. Am Erfolg dieser Interventionen kann zunehmend abgeschätzt werden, wie und auf welcher Ebene der Körper mit einbezogen werden kann.

Wenn man als Therapeut aktiv wird und Körperkontakt anbietet oder zulässt, muss so gut als möglich gesichert sein, dass der Patient Selbst und Objekt differenzieren kann, dass er den Therapeuten nicht mehr als „Erlöser“ oder „Täter“ verkennt und dass er die Übertragungsinhalte nun nicht mehr auf den Therapeuten bezogen zum Ausdruck bringen muss, sondern so energetisch abführen kann, dass der Therapeut als „Dritter“ – also als Begleiter, Gegenüber und als Zeuge angenommen wird. Diese therapeutische Triangulierung ist die wichtigste Voraussetzung, um Frühstörungen körperbezogen durcharbeiten zu können. Der Therapeut kann jetzt als Experte technische Unterstützung geben und als Gegenüber einen tieferen (oder höheren) Sinn für diese therapeutische Arbeit verkörpern, der nicht mehr an das Schicksal der realen Frühgeschichte gebunden ist. Der Therapeut muss also aus der Ersatzelternfunktion einer „guten“ oder „bösen“ Mutter entlassen worden sein. Da vor allem bei niedrigem Strukturniveau (Borderline-Störung) die Objektabhängigkeit und Realitätsverzerrung sehr groß sind, wird auch die körperbezogene Arbeit nur sehr vorsichtig und begrenzt möglich sein.

In dem anfangs genannten Vierer-Schritt körperbezogener Arbeit (Wahrnehmung, Aktivierung, Ausdruck, Integration) wird bei niedrigem Strukturniveau auf die Wahrnehmung und Integration besonderer Wert zu legen sein. Der Therapeut regt den Patienten an, seine Körperempfindungen, -impulse, -haltungen und -bewegungen wahrzunehmen und hilft, ihre Bedeutung zu verstehen. Er bietet an, die Selbstwahrnehmung des Patienten mit der Fremdwahrnehmung des Therapeuten zu vergleichen, er teilt evtl. seine Körperwahrnehmung mit, um projektive Identifizierung aufzuspüren und als Hilfs-Ich in die mögliche affektive Bedeutung übersetzen zu helfen. Es kann zur Überwindung der Spaltungsabwehr sehr wichtig sein, „gute“ wie „böse“ Impulse im Patienten wie vor allem auch im Therapeuten zu identifizieren, um zu verhindern, dass abgespaltene Affekte in Drittpersonen außerhalb der Therapie projektiv verlagert werden. Diese Gefahr wächst mit dem Beziehungsaufbau und der Vertrautheit zwischen Patient und Therapeut. Da bei niedrigem Strukturniveau sehr bedrohliche und verletzende – also traumatisierende – und schwer defizitäre frühe Beziehungserfahrungen eine ätiologische Rolle spielen, berührt der tiefste Angsteffekt die in Frage gestellte Lebensberechtigung bzw. die Vernichtungsangst und innere Leere, die nur begrenzt – wenn überhaupt – gefühlt werden können. Patienten mit dieser existenziellen Verunsicherung bleiben objektabhängig, so dass es vor allem um die Einsicht in dieses Schicksal und um einen bewussteren Umgang mit diesem grundlegenden Strukturdefizit im therapeutischen Ergebnis gehen sollte.

Es kann lebenslang eine empathische und hilfreiche (haltgewährende, stützende) Beziehung mit realitätsprüfender und zwischen Selbst und Objekt differenzierender Funktion notwendig

bleiben. Wohlgermerkt diese sollte nicht mit der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik einer „guten Mutter“ geschehen, wodurch durch die situative Befriedigung die Symbiosewünsche in maligner Regression eher gefördert werden als dass der Patient zur Übernahme von Kontrolle und Verantwortung für den Umgang mit seiner Störung befähigt würde. Werden in der therapeutischen Arbeit Vernichtungsängste, eine tiefe Verlorenheit und Grenzenlosigkeit aktiviert, können haltgebende, stützende, Grenzen setzende körperliche Interventionen sehr hilfreich sein. Mit dieser mitmenschlichen Body-Empathie kann es der Patient wagen, etwas von der ungeheuerlichen Existenzbedrohung zu fühlen. Die Kunst dieser Berührung liegt darin, dass sie die Angst und den Schmerz ermöglicht und nicht kurzschlüssig zur schnellen Beruhigung führt und nicht mehr als bedrohlicher Übergriff missverstanden wird.

Die Patienten mit mittlerem Strukturniveau (narzisstische Störung) streben danach, den anderen – also auch den Therapeuten – als Selbstobjekt benutzen zu können. Dabei soll der Beziehungspartner spiegelnd bestätigen, sich idealisieren lassen und Gleichheit und Zugehörigkeit vermitteln helfen. Patienten mit dieser Störung sind sehr erfahren – das war und ist ihre Überlebensstrategie – schnell herauszufinden, was sie tun sollen, um den Beziehungspartner zum Selbstobjekt zu manipulieren bzw. sich auch als Selbstobjekt verwenden zu lassen. Für die körperbezogene Arbeit bekommt diese Abwehrfähigkeit deshalb Bedeutung, weil der Patient auch schnell die Gefühle imitierend produziert, von denen er glaubt, damit das gewünschte Ziel zu erreichen. Diese Gefahr ist bei der Arbeit in einer Gruppe besonders groß. Mit dieser angepassten Gefühlsimitation oder mit pseudounabhängigen Gefühlsproduktionen soll die gefürchtete Objekt-Verlustangst abgewehrt werden. In

diesen Fällen kann es sehr hilfreich sein, dass der Therapeut lange abwartet, passiv bleibt, keine Hinweise auf den denkbaren therapeutischen Weg gibt und durch diese Verunsicherung eine Labilisierung erreicht wird, die echte schmerzliche Betroffenheit über die frühen Beziehungsdefizite ermöglicht. Die häufige Verlustangst, die der Patient bei Autonomieentwicklung erlebt, kann durch die aktuelle therapeutische Beziehung gebunden werden, da der Therapeut Eigenständigkeit und Andersartigkeit aushält. Die körperbezogene Arbeit wird also Wahrnehmung, Aktivierung und Gefühlsausdruck als spontanen Prozess, als Zeichen von individueller Entäußerung, als Abgrenzung zu würdigen verstehen und den Patienten ermutigen, seinen Impulsen zu vertrauen und nachzugeben, ohne vermeintliche Erwartungen erfüllen zu wollen.

Bei Patienten mit höherem Strukturniveau (neurotische Struktur) geht es im Wesentlichen um intrapsychische Konflikte bei relativer Stabilität der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Üblicherweise wird die Entstehungsgeschichte neurotischer Störungen entwicklungspsychologisch in die sog. „ödpale“ Zeit gelegt. Nach unseren klinischen Erfahrungen – vor allem auch durch die körperbezogene Arbeit – sehen wir die neurotischen Störungen zur Abwehr und Kompensation von Frühstörungen, wobei der frühe Störungseinfluss nicht so massiv war, dass die Strukturbildung schwer behindert worden wäre. Es geht also um eine graduell geringere Frühstörungsgenese. Im Ergebnis ist es für einen Patienten leichter, an Schuld-, Scham- und Ambivalenzkonflikten, an sexuellen und Beziehungskonflikten zu leiden, als frühe Bedrohungen, Ablehnungen und Vernachlässigungen zu fühlen.

Für die körpertherapeutische Arbeit ergibt sich hier eine ganz wesentliche Chance, die frühe Genese der neurotischen Störungen zu

erfassen und zu bearbeiten. Es geht um die möglichen präverbalen Körpererinnerungen und die körperbezogene Aktivierung von verdrängten affektiven Inhalten der Frühgeschichte.

Gemäß des Vierer-Schrittes körperbezogener Arbeit kommen hier der Aktivierung und dem Gefühlsausdruck wesentliche Bedeutung zu. Durch Aktivierung (z.B. vertiefte Atmung) wird die Verdrängungsabwehr labilisiert und die im Körper (in den Symptomen, in den Muskelblockaden, in den Körperhaltungen) zurückgehaltenen (verdrängten, verleugneten, verbotenen) Gefühle drängen zum Ausdruck. Mit dem vollen (ganzkörperlichen) Gefühlsausdruck werden in aller Regel frühe Beziehungserfahrungen und Erlebnissequenzen reaktiviert und erinnert, die dann in das Verständnis von Damals und die Reinszenierungen von Heute integriert werden können.

Wird die anfangs dargestellte ausreichende Bearbeitung und Klärung der idealisierenden-positiven und der negativen Übertragungen beachtet, wird das Restrisiko, dass der Patient durch Körperkontakt und aktive Zuwendung des Therapeuten auf infantile Befriedigungserwartungen regrediert und durch das Ermöglichen eines vollen Gefühlsausdruckes wesentlich vermindert. Wenn der zunächst unterstützte Gefühlsausdruck zu einem autonomen Prozess wird, garantiert die Authentizität der Gefühle die Zurücknahme von Übertragungen und die Annahme der eigenen erlebten und erlittenen Wahrheit.

Wenn durch körperpsychotherapeutische Arbeit tiefe Gefühle aus der Frühgeschichte aktiviert werden, muss die integrative Verarbeitung besonders gründlich erfolgen: Das emotional Erlebte und die affektiven Entladungen sollten inhaltlich verstanden und in

die Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung eingeordnet werden können. Dabei helfen z.B. folgende Fragen:

- Welche Erinnerungen, Szenen, Geschichten fallen Ihnen zu dem Gefühlten ein?
- Welche inhaltliche (biografische) Bedeutung haben die erlebten Gefühle? (ihre Entstehungsgeschichte?)
- Wie haben diese Erfahrungen Sie geprägt? Welche Vor- und Nachteile Ihrer Persönlichkeitsentwicklung?
- Welches Fehlverhalten wird dadurch unterhalten?
- Wie reagieren andere auf Ihr Verhalten?
- Was können (und müssen) Sie regulieren lernen?
- Was und wie können Sie real verändern?
- Welche Veränderungen können Sie aushalten und real in Ihrem sozialen Umfeld leben?

Diese Integrationsarbeit ist wichtig, um möglichen Komplikationen vorzubeugen: Die therapeutischen Erfolge sind oft getragen von der besonderen Zuwendung des Therapeuten oder durch die Sozialenergie der Klinik und therapeutischen Gruppe und bleiben ohne Langzeitwirkung, wenn sie nicht durch Erkenntnis und Verhaltensänderung integriert werden. Ohne Integration sind auch Verwirrung, Desorientierung und Dissoziation durch emotionale Überschwemmung aus der Frühgeschichte möglich. Aktivierte, aber nicht integrierte belastende Inhalte werden oft sozial gegen Dritte (Partner, Familienangehörige, Vorgesetzte, Arbeitskollegen) oder politisch ausagiert.

Nach meiner Erfahrung gibt es auch eine „Rache der Introjekte“, die sich gegen therapeutische Erfolge richtet und z.B. durch Fehlleistungen, Psychosomatik, ausagierte Konflikte oder sogar Unfälle, die innerseelisch „unerlaubte“ Entwicklung verhindern will.

Ich habe zur vereinfachenden Orientierung über das Strukturniveau des Patienten die entwicklungspsychologisch wesentlichen frühen Eltern-Kind-Beziehungsstörungen nach den häufigsten Mütterlichkeits- und Väterlichkeitsstörungen differenziert, so dass auch eine Orientierungshilfe für den Einsatz körperpsychotherapeutischer Interventionen leichter möglich ist.

### 1. „Mutterbedrohung“

entsteht aus der mütterlichen Einstellung zum Kind: Sei nicht! Lebe nicht!

Das nicht gewollte und nicht wirklich angenommene Kind bleibt innerseelisch in seiner Existenzberechtigung bedroht (Existenzangst). Ein solcher Mensch braucht ein Leben lang Halt, Schutz, Unterstützung und Führung. In der klinischen Ausformung sind es Borderline-Syndrome, die ihre Bedrohungserfahrung häufig destruktiv ausagieren. Sind viele Menschen in einer Gesellschaft davon betroffen, drohen massenpsychologisch destruktive Ideologien wie Rassenwahn, Fremdenhass, Völkermord, Kriegstreiberei und Verfolgung von Andersdenkenden – wie es im deutschen Nationalsozialismus der Fall war.

Gemäß der 4 Schritte körperpsychotherapeutischer Interventionen steht „Wahrnehmen“ ganz im Mittelpunkt. Der Patient wird zur Selbstwahrnehmung seines Erlebens, seiner Befindlichkeit, seiner Impulse ermutigt, unterstützt durch spiegelnde Fremdwahrnehmung des Therapeuten oder Selbstwahrnehmung des Therapeuten zum Erfassen projektiver Identifikation. Das Hauptziel ist, Wahrnehmung zur Korrektur von Realitätsverzerrungen zu nutzen und durch Abgleich von Selbst- und Fremdwahrnehmung ein inhaltliches Verstehen zu befördern. Auf den Therapeuten werden häufig negative Affekte übertragen, deren Wahrnehmung ein Tor zur vertieften Erinnerung sein kann. Da häufig sehr heftige Affekte der Wut und des Schmerzes auftreten können, ist die Fähigkeit zur Regulation eine wichtige körperpsychotherapeutische Aufgabe: „geordneter“

Affekt-Ausdruck, ohne sich oder andere zu verletzen oder zu bedrohen und andererseits aber auch die zu erlernende Kontrolle eines aufsteigenden Affektes zum Selbst- und Fremdschutz, ohne die Gefühlsinhalte und ihre Bedeutung zu vertuschen oder zu verleugnen. Die körperpsychotherapeutische Aktivierung von Gefühlsprozessen sollte nicht forciert werden.

## 2. „Muttermangel“

mit der mütterlichen Botschaft an das Kind: Du darfst leben, ich will Dich auch, aber ich kann Dich nicht wirklich lieben, ich habe keine Zeit für Dich, ich bin mit eigenen Problemen und unerfüllten Bedürfnissen belastet.

Die zentrale Angst des Kindes bleibt Objektverlustangst (d. h. Angst, nicht genug Liebe zu erfahren). Der Mensch bleibt unsicher, fühlt sich minderwertig und nicht liebenswert. Er glaubt, durch besondere Leistungen und Anstrengungen sich Liebe verdienen zu können. So kann man zum Leistungsträger einer Gesellschaft werden, ohne je wirkliche innere Zufriedenheit und Entspannung zu finden. Durch Muttermangel werden vor allem narzisstische Persönlichkeitsstörungen erzeugt.

Die massenpsychologische Ausformung des Muttermangels erkennt man in der Qualität der Sozialsysteme. Wie werden Minderheiten, Alte, Kranke, Behinderte, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger akzeptiert und unterstützt? Wie werden Andersdenkende verstanden?

Körperpsychotherapeutisch wird vor allem die narzisstische Kränkungswut aktiviert und zum Ausdruck befördert werden müssen.

Übertragungsdynamisch wird die therapeutische Beziehung häufig durch das Größenselbst des Patienten belastet und der Therapeut bzw. die Therapie wird infrage gestellt und abgewertet. Eine beharrliche Widerstandsanalyse führt allmählich zum Erfolg, wenn die Charaktermaske des Großartigen und



Erfolgreichen fällt und Kränkungswut und der tiefe Schmerz unerfüllter Bestätigung zum Ausdruck gebracht werden können.

Der körperpsychotherapeutisch geförderte Gefühlsausdruck ist eine große Hilfe, die Narzissten in eine befreiende Demut zu begleiten.

### 3. „Muttervergiftung“

mit der mütterlichen Botschaft: Du darfst leben, Du bist mir auch etwas wert, aber ich mag Dich nur, solange Du meine Erwartungen erfüllst.

Das Kind bleibt abhängig an die Mutter gebunden mit Individualisierungsangst. Muttergebundene suchen ein Leben lang Führung und Orientierung. Sie sind nach außen orientiert, versuchen abzuspüren, was von ihnen erwartet wird und sind leicht durch Suggestionen zu manipulieren. Autonomiebestrebungen bleiben angstbesetzt.

Die massenpsychologische Ausformung ist typisch für eine Marktwirtschaft, die Kunden und Klienten nur solange umwirbt und hofiert, solange sie zahlungskräftig sind und Profit versprechen.

In der Folge von Muttervergiftung wird körperpsychotherapeutisch vor allem die aufgenötigte Abhängigkeit durch den Ausdruck von Wut- und Schmerz-Impulsen zu verringern sein und die Eigenständigkeit im emotionalen und verbalen Ausdruck und durch aktives Handeln körperpsychotherapeutisch unterstützt werden können.

Die Folgen von „Muttervergiftung“ und der Väterlichkeitsstörungen bedeuten geringere strukturelle Störungen mit einer Fülle von Schuld-, Scham- und Ambivalenzkonflikten. Für die Konfliktbearbeitung bieten körperpsychotherapeutische Interventionen wesentliche Hilfen durch das mögliche Aktivieren der unterdrückten Gefühle und die emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten.

Nach einer gefühlsorientierten körperpsychotherapeutischen Arbeit fällt die Konfliktdynamik häufig in sich zusammen und ermöglicht eine klarere Sicht und Entscheidung. In den neurotischen Konflikten waren belastende oder ängstigende Gefühle gebunden, nach deren Akzeptanz und Ausdruck die neurotische Abwehr nicht mehr nötig ist.

Die Väterlichkeitsstörungen teile ich folgendermaßen ein:

### 1. „Vaterterror“

mit der Einstellung des Vaters zum Kind: Du störst, Du bist zu viel. Ich fühle mich bedroht durch Dich!

Der Vater erlebt das Kind als Konkurrent um die Mutter, von der er auch noch verwöhnt werden möchte.

Die psychischen Folgen beim Kind sind Einschüchterung, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Gehemmtheit – der Rückzug aus Welterkundung und Lebensgestaltung mit Expansionsangst.

Massenpsychologisch finden wir in der Folge von Vaterterror gehemmte, ängstliche Untertanen und Mitläufer einer Gesellschaft oder in der Reaktionsbildung die Revolutionäre und „Vatermörder“.

Körperpsychotherapeutisch werden vor allem Angst und Hass wegen der erlittenen Repression zu aktivieren sein. Die „Revolte“ sollte therapeutisch-emotional ermöglicht werden, damit sie nicht durch soziale Gewalt ausagiert werden muss.

### 2. „Vaterflucht“

mit der Einstellung des Vaters zum Kind: Ich habe keine Zeit für Dich. Ich habe Wichtigeres zu tun!

Dem Kind wird Identifikation oder gute Auseinandersetzung mit Männlichkeit und Väterlichkeit entzogen und verweigert. Die Kinder bleiben Muttersöhne und Muttertöchter, die nicht selten schwach, strukturlos, ohne Ziel und Ehrgeiz ihr Leben verbringen und am liebsten nur versorgt sein möchten. Da sie oft keine Anstrengungsbereitschaft entwickeln konnten, fehlt ihnen auch die Freude an Leistung und Erfolg mit regelrechter Erfolgsangst.

Körperpsychotherapeutisch wird die Wut der Vernachlässigung und die Scham der sekundären Bequemlichkeit zu befördern sein, um dann die Selbst-Aktivierung zu unterstützen.

### 3. „Vatermissbrauch“

Mit der Einstellung des Vaters zum Kind: Mach mich stolz, mach mich „unsterblich“ durch besondere Leistungen.

Der Vater ist der Antreiber für Höchstleistungen, der Trainer, der seine Sprösslinge zu Siegern machen will, wodurch ein Erfolgs- und Stärkekult gefördert wird, der Egoisten erzieht, die immer besser und erfolgreicher sein müssen als andere. So werden Macht und Konkurrenzstrukturen von Machos und Emanzen bedient, in denen Verbundenheit, Gemeinschaft und Solidarität missachtet und abgewertet werden. Das Sozialverhalten ist von Versagensangst beherrscht.

Körperpsychotherapeutisch werden Versagensangst, Stresswut, Leistungsschmerz und Trauer über vernachlässigte und verlorene Beziehungen unterstützt werden können, um Begrenzung und Entspannung als befreiende Erfahrungen erleben zu können.

Ich fasse zusammen:

Je niedriger das Strukturniveau, desto mehr muss auf Wahrnehmung Wert gelegt werden (Selbstwahrnehmung, Objektwahrnehmung, Realitätswahrnehmung), je höher das Strukturniveau, desto mehr kann Gefühlsaktivierung und –ausdruck gefördert werden. Dabei muss natürlich zwischen Gefühlen auf neurotischem (höherem) Niveau unterschieden werden, die vor allem Ambivalenz-, Schuld- und Schamkonflikte sind und Gefühlen aus Frühstörungserleben, die existenzbedrohend, mörderisch, hassvoll, herzerreißend und abgrundtief traurig sein können und Leere, Lebensbedrohung, Hilflosigkeit, schwere Kränkung und unstillbare Bedürftigkeit transportieren. Wieviel (wie tief) emotionale Öffnung gewagt werden kann, ist dann vor allem abhängig vom therapeutischen Prozess, dem Arbeitsbündnis und der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik.

Die Mütterlichkeitsstörungen sind die wesentlichen Verursacher der strukturellen Frühstörungen und die Väterlichkeitsstörungen sind im Wesentlichen verantwortlich für die neurotischen Konfliktdynamiken, wobei die Strukturstörungen häufig mit neurotischen Konflikten abgewehrt werden. So werden auch die Väter viel häufiger als Verursacher von psychischem Leid identifiziert als Mütter.

Körperpsychotherapeutische Interventionen sind die hilfreichsten, wichtigsten – vielleicht sogar einzigsten – Zugänge zu den frühen Strukturstörungen. Je geringer die Strukturbildung desto vorsichtiger müssen regressive Methoden gehandhabt oder ganz und gar vermieden werden. Bei gering bis mäßiger Strukturierung muss ein gutes (erprobtes) Arbeitsbündnis bestehen, der Therapeut sollte seine eigenen Strukturstörungen kennen und bearbeitet haben und die positive und negative Übertragung vermindert bis aufgelöst sein.

Bei höherem Strukturniveau kann der Therapeut aktiver helfen, unterstützen, sogar „pushen“. Wenn eine autonome Gefühlsentladung möglich wird, ist das bereits Ablösung in den eigenen Prozess. Auf jeden Fall muss gute integrierte Nacharbeit erfolgen!

