

Interview mit Bernd Kuck

Interview, geführt von 29. März bis 7. Mai 2024

Kuck, Bernd, Dipl.-Psych., geb. 1954, Psychologischer Psychotherapeut, Ausbildung in Tiefenpsychologie und Großgruppentherapie (Institut f. Tiefenpsychologie, Gruppendynamik und Gruppentherapie, Berlin); Privatpraxis in Berlin und Bonn; Weiterbildung in Psychoanalyse; Fortbildung in leibfundierter analytischer Psychotherapie; seit 1998 niedergelassen in eigener Praxis in Bonn (Einzel- und Gruppentherapie, leibfundiert); Lehrtherapeut an der KBAP Bonn und am Inst. für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein-Eifel. Mitglied im „Steißlinger Kreis“ sowie der Arbeitsgemeinschaft körperorientierte psychodynamische Psychotherapie.

Veröffentlichungen:

Kuck, Bernd (2009). Der Sinn des Lebens. Philosophische Anthropologie und Individualpsychologie, in: Trautmann-Voigt/Voigt (Hrsg.). Affektregulation und Sinnfindung in der Psychotherapie, Psychosozial-Verlag.

Kuck, Bernd (2014). Wenn das Herz nicht mehr kann – Aortenklappenstenose und medizinisches Trauma, in: Psychoanalyse & Körper Nr. 25, II, 209-217.

Kuck, Bernd (2016). Zur Struktur des Leibes, in: Psychoanalyse & Körper Nr. 28, I, 37-59.

Kuck, Bernd (2017). Von der Organminderwertigkeit zum Leib in der Welt, in: Geißler/Rieken (Hrsg.). Der Körper in der Individualpsychologie, Psychosozial-Verlag, 63-77.

Kuck, Bernd (2020). Denken in Szenen, in: Psychoanalyse & Körper Nr. 36, I, 67-78.

Kuck, Bernd (2021): Leibfundierte psychodynamische Therapie in Zeiten von Corona, in: Psychoanalyse & Körper Nr. 38, I, 26-34.

Kuck, Bernd (2022): Die sogenannte Borderline-Störung aus der Perspektive der Polyvagal-Theorie, in: Psychoanalyse & Körper Nr. 40, I, 60-71.

Kuck, Bernd (2023): Und sie bewegt sich doch. Der Einbezug realer Leiblichkeit, d.h. immer auch von Bewegung, kann die Psychoanalyse befruchten, in: Zeitschrift für Individualpsychologie I/.

Kuck, Bernd (2023): „Der Leib ist ein erstaunlicherer Gedanke...“, Königshausen & Neumann.

P. G.: Wenn Du Dich in der Rolle des Patienten (ev. auch des Teilnehmers in einer Selbsterfahrungsgruppe) zurückerinnerst - fallen Dir dazu Episoden ein, in denen Du konkrete körperliche Berührung "am eigenen Leib" erlebst hast?

Kannst Du bitte drei solche Episoden aus Deiner Eigenerfahrung in der Rolle des Patienten möglichst genau und detailreich schildern?

B. K.: 1. In meiner Lehranalyse bei einem nicht orthodoxen Analytiker (aber kein „Körperpsychotherapeut“) kam ich an einen Punkt, der viel mit der Verlassenheit durch den Vater zu tun hatte. In einer Sitzung dann tat sich, auf der Couch liegend, gefühlt ein Abgrund auf, in den ich zu stürzen drohte. Die leibliche Erfahrung war so existenziell, wie ich sie sonst nur aus Albträumen kenne. In mir stieg ein Gefühl der Panik und absoluten Verlorenheit auf. In meiner Not streckte ich mein Hand nach hinten in Richtung meines Analytikers aus. Und er ergriff die Hand! Die rettete mich buchstäblich vor dem Absturz. Das war sozusagen meine leibfundierte Initialerfahrung. Übrigens hinderte dies nicht, das Erlebte weiter zu analysieren, verschaffte mir aber eine tiefgreifende, eine korrektive Erfahrung, in der Übertragung von einem väterlichen Gegenüber gehalten zu werden.

2. Nach dieser Erfahrung brauchte es noch eine Zeit, bis ich wieder Ressourcen frei bekam, ist doch die analytische Weiterbildung recht anstrengend und zeitintensiv. Nach deren Abschluss ging ich auf die Suche, um mich weiter mit der sogenannten Körperpsychotherapie zu befassen. Gegen Gestalt- und Bioenergetik hatte ich immer noch ein Vorurteil, da ich in den Anfängen meiner psychotherapeutischen Ausbildung Menschen kennenlernte, die ihre Wochenende bei einschlägigen Seminaren verbrachten, dort immer wieder "kathartische" Erlebnisse hatten - aber nichts in ihrem Leben änderten, vielmehr in einer Art expressiver Egozentrik unreflektiert in ihren sozialen Beziehungen "alles raus lassen". Da hat sich ja einiges geändert im Laufe der Jahre. Aber es ist noch gar nicht so lange her, da beobachtete ich, wie ein Kollege eine Kollegin im öffentlichen Raum geradezu zusammenbrüllte - ein Gestalttherapeut.

Also fand ich über Lektüre zu Günter Heisterkamp, der mir die analytische Haltung mit einem leibfundierten Zugang zu kombinieren schien. Tilmann Moser begegnete mir natürlich auch in der Literatur. Ich erlebte ihn dann auf einer Tagung als Referenten und war erschüttert über seine soziale Ungeschicklichkeit außerhalb des Katheders.

Heisterkamp schaute ich mir erst einmal in einem Seminar bei den Psychotherapietagen NRW an. Er hat mich mit seiner kleinschrittigen Vorgehensweise in den supervisorischen Beispielen beeindruckt. Aber es waren auch die kleinen "Übungen", die mir die Dimension des leibfundierten Zugangs verdeutlichten. Ich erinnere mich noch an Berührungsproben an Hinterkopf, Nacken und Rücken, die sofort eine Woge an physisch-leiblichen Empfindungen in Gang setzten, wie auch gedankliche Assoziationen. Selbst ziemlich verkopft, war ich erstaunt was hier für Assoziationen in Gang kamen, die in der Analyse so nicht auftauchten. Stichworte sind Ängste, sich der Berührung zu überlassen,

selbst passiv zu sein. War ich der aktive Part in diesen Berührungsproben, fühlte ich mich deutlich wohler, hatte die Kontrolle. Bei den Berührungen durch im Grunde einen fremden Anderen tauchten Fluchtimpulse und -gedanken auf. Die kannte ich natürlich - aber sie blieben gleichsam akademisch; hier wurden sie empfunden, hatten dadurch eine ganz andere Realität.

3. Die Folge dieser Erfahrung war dann der Besuch einer Selbsterfahrungsgruppe bei Heisterkamp. Hier waren es viele Erfahrungen in der Interaktion, sei es als zentraler Protagonist oder „Mitspieler“ bei der interaktionellen Inszenierung einer:s anderen Teilnehmer:in. Eine Erfahrung möchte ich hier mitteilen, die mir wiederum den eklatanten Unterschied zwischen Reden und handelnder Erfahrung verdeutlichte.

Aus meinem ersten therapeutischen Umfeld einer Gruppe wurde ich gleichsam exkommuniziert als ich mich auf die Suche nach eigenen Wegen in der therapeutischen Arbeit machte, die zugleich wesentlich in Richtung meiner Individuation wiesen. Auch darüber hatte ich verschiedentlich gesprochen, natürlich auch in meiner Lehranalyse. In der Selbsterfahrung bei Heisterkamp inszenierte ich einen Abschied von mir seinerzeit wichtigen Anderen, der real ja nie stattgefunden hatte. Ich war erstaunt über die tiefe des Erlebens, erstaunt über die Heftigkeit meiner Erschütterung und über die unaufhaltsamen Tränen, die bis dahin nie geweint waren. Ich möchte sagen, dass ich erst nach diesem tiefen Erleben - das auch mit der nie stattgehabten Verabschiedung von meinem Vater zu tun hatte - innerlich wirklich frei wurde, viel deutlicher ein Gefühl eigenen Seins verspürte, das ich bis dahin so nicht kannte.

P. G.: Zu Deinem ersten, sehr eindrücklichen Beispiel: Verstehe ich es richtig, dass es sich in dieser Analyse um eine einmalige Berührungserfahrung handelte, die aber so tiefgreifend war, dass sie Dich nicht mehr ganz losließ? Ohne im Moment konkrete Beispiele nennen zu können, denke ich, dass mir derartige

Initialerfahrungen auch bekannt sind. Wie würdest Du sie verstehen – was geschieht da? Warum kann eine solche Erfahrung eventuell, überspitzt formuliert, das Leben verändern?

B. K.: Ja, tatsächlich war das das einzige Mal. Du hast übrigens eine ähnliche Erfahrung in einer Bioenergetischen Gruppe geschildert (Lob der Lüge, in: Psychoanalyse und Körper, 15. Jahrgang, Nr. 29, 2016, Heft II, S. 111 – 130.).

Mir stellt es sich so dar, dass diese Sequenz eine zentrale Position in meiner Biographie abbildete. Entscheidend war wohl, dass ich mich in einer länger andauernden Übertragungsphase befand. Ich hatte auch früher schon Kontakt mit dem Vaterthema in der Übertragung, aber eben nicht in dieser erschütternden Tiefe. Es war eine vertrauensvolle Beziehung zum Analytiker, in der ich mich getraute, diese Tiefe auszuloten. Ich wurde schon verschiedentlich bis dahin in meinem Leben von Vaterersatzfiguren verlassen. Und ich möchte behaupten, dass es im Unbewussten die Sehnsucht gibt, dass sich solche Erfahrungen nicht einfach nur wiederholen, sondern eben ein Korrektiv finden. Die Voraussetzung scheint mir zu sein, dass derie Therapeut:in mehr intuitiv erfasst, was hier notwendig ist. Mensch stelle sich vor, wohin ich gestürzt wäre, hätte der Analytiker die doch sehr deutliche Geste nicht verstanden, sich gar auf eine falsch verstandene Abstinenz zurückgezogen.

Ein anderer Verstehensansatz ist vielleicht das Sternsche Missverstehen und die Wiederherstellung des Verstehens, wie es in der Säuglings- und Kleinkind Interaktion hundertfach geschieht (hier von disrupt and „repair“ zu sprechen, widerstrebt mir, wiewohl „repair“ im Englischen auch wiedergutmachen oder etwas wieder in Ordnung bringen bedeutet). Misslingt dies auch im weiteren Lebensverlauf, so bleibt hier quasi eine Leerstelle im Unbewussten, die dem Zeigarnik-Effekt ähnelt, dass Unabgeschlossenes im Arbeitsgedächtnis

verbleibt, indes ‚Erledigtes‘ ins intrinsische Gedächtnis absinkt, dem Bewusstsein aber weiterhin zugänglich bleibt. Der Zeigarnik-Effekt ist natürlich der Sphäre des Bewusstseins zugeordnet, also dass der Mensch bewusst immer wieder an die unerledigte Aufgabe denken muss. Im Unbewussten läuft dies sozusagen unter dem Radar. Die Tiefe der Erfahrung hängt mutmaßlich mit den voraus liegenden durchaus traumatischen Erfahrungen zusammen. Drum wäre es auch retraumatisierend gewesen, wenn der Analytiker meine Hand nicht ergriffen hätte.

Wir wissen, dass es durchaus erschütternder Erfahrungen bedarf, um alte Strukturen tatsächlich aufzubrechen oder gar aufzulösen. Die Hirnforschung hat nachgewiesen, dass dies just in der Pubertät der Fall ist, in der dann auch neuronale Neustrukturierungen möglich werden – oder auch nicht. Solche erschütternden Erfahrungen stelle ich mir allerdings nicht auf das Gehirn beschränkt vor, sondern eben als ganzleibliche Erfahrung – neuronale Netzwerkstrukturen sind ja nicht auf das Gehirn beschränkt. Jedenfalls hat mir diese Erfahrung wirklich den Abschied von den unzureichenden Vätern ermöglicht und mich in die Freiheit der Selbstverantwortung entlassen.

P. G.: Ich nehme jetzt mal ganz bewusst eine Gegenposition ein, um unsere Diskussion in diesem Aspekt zuzuspitzen. Ich weiß nicht, ob Du die „Casement“-Debatte kennst, eine vor über zwanzig Jahren stattgefundene Diskussion, ausgelöst von einer Falldarstellung von Patrick Casement, einem britischen Analytiker. Er brachte ein Beispiel, in welchem es ebenso um einen Berührungswunsch ging, ich glaube seitens einer seiner Patientinnen, und er ausführlich begründete, warum er diesem Wunsch *nicht* nachgegeben hatte. Der Kern seiner Argumentation läuft in etwa darauf hinaus: Das eine mag die befriedigende korrektive Erfahrung sein, dass andere ist aber, dass die Befriedigung solcher Bedürfnisäußerungen verhindert, dass die traumatische

Beziehungserfahrung in der Übertragung ins Blickfeld gerät und damit die Hilflosigkeit, der Schmerz und auch die Wut auf den Analytiker. Die Befriedigung unterläuft quasi genau diesen Aspekt, der jedoch im Veränderungsprozess sehr zentral ist, zumal erst die Manifestation des Hasses in der Übertragung die (unbewusste) Fähigkeit des Patienten der Bearbeitung zugänglich macht, gute Erfahrungen zu zerstören.

Jetzt könnte man an dieser Stelle fragen: Ist in dieser Analyse der schwierige, der konflikthafte Teil mit Deinem Analytiker ebenso der Bearbeitung zugänglich geworden? Etwas weniger spezifisch gefragt: Was glaubst Du, hat in dieser Analyse hauptsächlich gewirkt – was das Entscheidende für Dich?

B. K.: Die „Casement“-Debatte ist mir nicht bekannt. Der Hauptpunkt scheint mir zu sein, dass mensch sich vor Verallgemeinerungen hüten sollte. Diese Idee, dass es gerade richtig sein kann, eine Befriedigung zu verweigern, dürfte für den einen oder anderen konkreten Fall genau richtig sein. Thomas Reinert hat einen solchen Fall beschrieben, in dem dann genau diese Wut erst in die Bearbeitung kommen konnte. Jedoch mögen wir uns davor hüten, in die Falle einer quasi naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeit zu tappen. Ich halte es ebenso für einen Irrtum, wenn die These ewig weiter kolportiert wird, dass Liebe und Hass zusammengehören. Verschärft würde ich sagen, dass da, wo Liebe in Hass umschlägt, es nie Liebe gegeben hat, sondern Idealisierungen zusammengebrochen sind, häufig narzisstischer Provenienz. Oder ein Kind, dass ja gar nicht anders kann als zu lieben, wird durch Deprivation und unterschiedlichste Formen der Gewalt aus der Liebe geworfen. Dann kann die Bindung über den Hass erhalten werden. Hier lässt sich auch gerne Goethe ins Feld führen, der mal sehr schön gesagt hat: Und wenn ich dich liebe, was geht es dich an?

Wie schon gesagt war das Entscheidende für mich, dass hier eine väterliche Übertragungsfigur gleichsam seiner väterlichen Aufgabe nachkam. Die Wut auf meinen realen Vater, die Enttäuschungen, die noch in den Jahren meines ersten Studiums eine Rolle spielten, kamen ebenso zur Sprache. Allerdings hatte ich schon damals eine recht erwachsene Position, die die egozentrischen Ansinnen meines Vaters zurückwies. Während dieses alles in der Analyse zur Sprache kam, tauchte auch die Idee auf, den Vater zu kontaktieren. Der war allerdings bereits verstorben; kontaktiert habe ich dann den Halbbruder, der mit ihm aufgewachsen ist. Aus seinen Schilderungen wurde deutlich, dass ich nichts versäumt habe.

Diese für mich zentrale Erfahrung hinderte nicht daran, dass auch Ärger und Wut in der Übertragung auftauchten. Allerdings bin ich auch hier der Ansicht, dass sich das interaktionelle Geschehen nicht allein aus der sich entwickelnden Dynamik in der Behandlung speist. So hat mich der Analytiker zwei oder dreimal versetzt, einfach den Termin vergessen, beziehungsweise verschlafen. Dies allein auf induzierte Gegenübertragung zu beziehen, hieße den Analytiker außen vor zu lassen. Und wenn sich hier eine Übertragungswut anbot, so lief die dann nicht ins Leere, da der Analytiker einräumte, dass ich durchaus nicht der einzige sei, bei dem ihm dies widerfährt. Auch hierin sehe ich einen großen Gewinn in der Realitätsprüfung, indem der Ärger als berechtigt und nachvollziehbar anerkannt wurde.

Wut spielte eher noch gegenüber der Mutter eine Rolle in der Analyse; die vertiefte Bearbeitung des Komplexes brachte etwa zutage, wie die Mutter jegliche Kontaktanliegen unterbunden hat, mich nicht aus der Loyalität ihrer Verletztheit entließ. Das war ebenso befreiend.

P. G.: Um Dein zweites Beispiel weiterzuführen: „Bei den Berührungen durch im Grunde einen fremden Anderen tauchten Fluchtimpulse und -gedanken auf. Die kannte ich natürlich - aber sie blieben gleichsam akademisch; hier wurden sie empfunden, hatten dadurch eine ganz andere Realität.“ Ich finde es auch erstaunlich, welche anderen Assoziationen durch Berührungsimpulse geweckt werden können; nicht als „akademische Realität“, sondern eben als Erfahrung anderer Art. Ich glaube ja, man kann so eine Erfahrung schwer an jemand vermitteln, der sie selbst nicht gemacht hat. Magst Du es dennoch versuchen: Wie kann man diese „andere Realität“, vermittelt durch körperliche Kontaktnahme, in Worte fassen, sie darstellen? Kann so etwas überhaupt ausreichend präzise gelingen?

Ich bringe einen Vergleich: im Focusing spricht man von „felt sense“. Es ist dies ein Begriff, der immer wieder kryptisch wirkt, versucht man ihn zu erklären. Ich versuche es mal: Der "felt sense" ist eine komplexe, ganzheitliche Erfahrung, die sowohl körperliche Empfindungen als auch emotionale und intuitive Einsichten umfasst - schwer in Worte zu fassen, kann sich subtil oder undeutlich anfühlen, trägt jedoch, im Sinne eines impliziten Wissens, eine Vielfalt an Informationen in sich. Im Focusing wird Achtsamkeit und Offenheit gegenüber dem "felt sense" gefördert, um auf diese Weise eine tiefere Selbsterforschung und -verständnis zu ermöglichen. Es ist weniger etwas, das durch Analyse oder intellektuelle Bemühungen erreicht wird, sondern eher etwas, das durch eine sensitivere, nicht urteilende Wahrnehmung erlebt wird. Das klingt doch ähnlich wie die Erfahrung, von der Du sprichst – richtig?

Ich frage mich, ob man mit dieser Unschärfe leben muss, in Analogien zur Heisenberg'schen Unschärferelation der Quantenmechanik. Womöglich lassen sich Erfahrungen dieser Art nie ausreichend in Kategorien hineinpressen, sie wir

aber benötigen, um uns in wortsprachlicher Weise verständlich zu machen. Was meinst Du zu alledem?

B. K.: Der Terminus „felt sense“ geht ja auf Gendlin zurück. Es ist sicherlich kein Zufall, dass Gendlin der Phänomenologie sehr viel näher steht als etwa klassisch naturwissenschaftlichen Ansätzen. Ich bin mir allerdings nicht sicher, ob er beim „felt sense“ als einer Evidenzerfahrung zu sehr von einer Körperweisheit ausgeht, die mir fraglich erscheint. Gleichwohl lässt es sich als Zugang zum Menschen verstehen, der wiederum einer kritischen Beleuchtung unterzogen werden müsste.

Meine oben geschilderte Erfahrung verstehe ich anders. Ich befand mich in einer Situation (Sartre), die ich sonst im Leben möglicherweise vermieden habe – so gut es ging. Oder ich war in vergleichbaren Situationen, denen ich dann entflohen bin, ohne dies zu reflektieren. Bei der Berührungsprobe nun bin ich ja gleichsam angetreten, genau hinzuspüren und wahrzunehmen, was sich ereignet; also zumindest änderte sich damit im Prinzip die Situation, indem ein Spürenwollen hinzukam. Das ist auch die therapeutische Situation, in der – zumindest vom Bewusstsein her – der Patient:in ja etwas erfahren möchte. Wenn wir sie dann bitten zu beschreiben, was sie wahrgenommen haben, was sie spüren, dann ist das zu Beginn meist etwas spärlich, weil noch ungewohnt und das Spürbewusstsein (Schellenbaum) noch nicht gut entwickelt ist. Für dieses Beschreiben brauchen wir keine Begriffe, die sind oft sogar hinderlich, weil schon mit Bedeutungen be- und überladen; oder weil Patient:innen sich bemühen Erwartungen zu erfüllen, noch nicht verinnerlicht haben, dass es nicht um richtig oder falsch geht, sondern darum, für ihr Erleben ihre Worte zu finden. Dann wird etwa eine Empfindung im Brustkorb beschrieben, „wie ein trüber Tag, an dem die Atmosphäre irgendwie niederdrückend ist“. Manchmal finden Patient:innen sogar neue Worte, um ihre Empfindung zu beschreiben.

Das aber ist Phänomenologie! Und gemeinsam treten wir dann in die Reflexion ein, versuchen genauer zu beschreiben, bis das Gegenüber mit dem Beschriebenen resoniert. Da ist dann eine Ähnlichkeit zum „felt sense“. Die Phänomenologie findet auch begriffsähnliche Worte, versucht dabei aber immer sich offen zu halten. Hier steht uns Alfred Adler näher als Freud. Der schrieb nämlich den Therapeut:innen ins Stammbuch, sie sollten sich immer inne sein, dass alles auch ganz anders sein kann. Das ist kein Relativismus, sondern ein Offenhalten für die Individualität des konkreten Menschen.

Wenn ich noch einmal zur vorangegangenen Frage etwas ergänzen darf: In einem Aufsatz setzt sich Küchenhoff mit der relationalen Psychoanalyse auseinander und bringt ein Beispiel, in dem er in einer Sitzung abgelenkt war, sich beim Sprechen zum Anrufbeantworter wandte, ob da wohl eine Nachricht verzeichnet ist, die er von einem Freund erwartete. Der Patient bekam die Abgewandtheit mit und beschwerte sich aus der Vaterübertragung darüber, hatte ihm doch sein Vater nie richtig zugehört. Hier ging es dann zwar darum, die Übertragung genauer anzuschauen; es erscheint mir aber absurd, wenn Küchenhoff hervorhebt, dass der Patient ja recht hatte, er tatsächlich abgelenkt war, er dies dem Patienten auch mitteilte und es für eine großartige Änderung der Technik ausgab. Mir erscheint das selbstverständlich und ein Gebot der Anerkennung der Realität, wenngleich mensch zunächst sich damit beschäftigen kann, was es auf der Übertragungsebene bedeutet.

Und das meine ich eben, wenn ich dafür plädiere, sich offen zu halten, nicht stur einer Technik oder Theorie zu folgen, die Unschärfe zuzulassen. Dass wir über den Bedeutungsgehalt reflektieren, sollte selbstverständlich sein. Dabei ist es nötig, dass derie Therapeut:in es aushalten kann, noch nicht zu wissen. Immer

dann, wenn wir glauben, es dürfte keine ergebnisoffenen Sitzungen geben, greifen wir auf irgendeine Theorie zurück – und verfehlen die Patient:in.

Vielleicht lässt sich dies am ehesten mit dem Erleben und Wahrnehmen von Bildern oder Gedichten begreiflich machen. Betrachten wir ein Bild, dann haben wir einen Gesamteindruck, spricht uns etwas an – oder auch nicht. Diesen Eindruck in Worte zu fassen ist ebenso schwierig, wie die inneren Bilder, die in uns aufsteigen. Jetzt können wir, in Anlehnung an naturwissenschaftliche Ambitionen, hingehen und das Bild zergliedern. Wir können etwas über Farbgebung, Pinselführung, Bildaufteilung usw. aussagen. Aber den Gesamteindruck des Bildes, das was es in den Betrachter:innen auslöst, haben wir verloren. Gleiches gilt für ein Gedicht, ja überhaupt für Literatur. Das Wesentliche steht gleichsam zwischen den Zeilen. Ein Gedicht spricht zu uns – oder eben nicht. Mensch ist tatsächlich hingegangen und hat Goethes Werk nach der Häufigkeit genutzter Worte untersucht. Was hat Mensch dann von Goethes Werk verstanden? Gleiches können wir von den Träumen sagen. Naturwissenschaftlich lassen sie sich nicht wirklich erfassen. Und ja, es ist interessant zu hören, dass im Traum Gedächtnisinhalte aus dem Kurzzeitgedächtnis ins Langzeitgedächtnis transferiert werden; aber was haben wir dann von dem Träumer:in verstanden? So hat bereits Wittgenstein darauf hingewiesen, dass Freuds Traumdeutungen beeindruckend sind – die Schönheit und Subtilität des Traumes sei dann aber verloren gegangen.

Hier ließen sich noch weitere Bezüge anführen, aber es soll damit mal genug sein.

P. G.: Du sprichst einen wichtigen Punkt an: Liegt dem Körper eine „Weisheit“ inne? Tatsächlich erinnere ich mich an die Bioenergetische Analyse und ihren

Leitsatz: „Der Körper lügt nicht!“ Ich finde ja, das kann man so nicht sagen, denn der Körper wird – wir wissen das aus der Evolutionsbiologie recht genau – sehr wohl zum Täuschen und Lügen eingesetzt, man denke nur an die vielfältigen Formen von Mimikry. Auch im Zuge von Manipulationen bei Primaten steht das Körperliche vielfach im Dienste von Täuschungsabsichten.

Aber vielleicht meinen es die Bioenergetiker ja anders, wenn sie sagen: „Der Körper lügt nicht!“ Zugleich scheint mir, ebenso wie Dir, eine „Weisheit“ des Körpers fraglich. Phänomenologen nehmen mittlerweile gern auf das implizite Beziehungswissen Bezug. Aber ist dies identisch mit „Weisheit“? Ich tendiere dazu das zu verneinen, obwohl sich im Körperlichen etwas verbergen kann, was anders kaum fassbar ist. Vielleicht haben ja genau deswegen manche Zugänge über körperliche Berührung eine regelrecht magische Wirkung! Was meinst Du zu alledem?

B. K.: Dass der physische Leib nicht lügt, scheint mir ein Wunschdenken. Immerhin hat der konkrete Mensch viele Jahre damit zugebracht, auch seinen physischen Leib zu verhärten. Downing spricht ja auch von „Körperabwehr“. Allerdings gibt natürlich auch die „Körperabwehr“ Hinweise auf Blockaden, mit denen sich wiederum arbeiten lässt. Ich bin immer wieder beeindruckt, was da zutage kommt, wenn Blockaden gelöst werden. Aber „Weisheit“ des physischen Leibes scheint mir nicht zu passen. Wenn schon Englisch, dann sollte es vielleicht heißen: Knowledge of the Body. Denn dass hier ein Wissen des physischen Leibes, eben intrinsisches Wissen im intrinsischen Gedächtnis liegt, scheint mir eher zuzutreffen. Aber selbst „Wissen“ ist problematisch, da es zu viel Bewusstes enthält. So scheint mir denn zutreffender zu sein, von Leibgedächtnis zu sprechen. Dann löst sich auch das Mystische in Wohlgefallen auf. Wenn Mimik und Gestik auch vieldeutig sind, so können sie doch als

Ausgangspunkt für die weitere Erforschung des Selbstseins dienen. Eine unbewusste Bewegung an irgendeiner Stelle des physischen Leibes kann zu vertiefter Exploration einladen. Und ähnlich wie bei der freien Assoziation stoßen wir dann auf Bedeutsames. Die unbewussten Bewegungen können aktiv verlangsamt oder intensiviert werden und so Szenen oder Erinnerungen wachrufen, die dem bloßen denkerische, wortsprachlichen Zugang verschlossen blieben. Vergleichbares gilt für Bewegungsimpulse, die während des Gesprächs auftauchen. Weshalb es ja so hilfreich ist, in der analytischen Behandlung die Patient:innen nicht auf der Couch zu fixieren, sondern den ganzen Behandlungsraum mit einzubeziehen. Ebenso kann die Berührung Assoziationen freisetzen. Beispielsweise habe ich bei bloßer Berührung zwischen den Schulterblättern schon oft gehört: „Warum hat mich früher niemals jemand so unterstützt?“ Hier kommt dann einiges an Erinnerungen auf, die verbal vermutlich auch irgendwann auftauchen würden. Aber die Plötzlichkeit mit begleitender starker Emotion ist wohl der therapeutischen Berührung vorbehalten und ihr inhärent.

P. G.: Worauf führst Du diese Plötzlichkeit der „Öffnungsbewegung“ im Hinblick auf starke Emotionen zurück?

B. K.: Hm... Ich dachte, das oben schon ausgeführt zu haben. Am ehesten scheint es mir so zu sein, dass auf der physiologischen Ebene neuronale Netzwerke aktiviert werden. Das ist etwas, das uns die Traumforschung gelehrt hat. Das Trauma wird nicht vergessen – vielleicht auch nicht die Sehnsucht nach einer Halt gebenden Beziehung, die sich in großer innerer Not aufgedrängt hat. Das beschränkt sich natürlich nicht aufs Gehirn. Synaptische Verbindungen durchziehen den gesamten Leib. Erst kürzlich wurde ein neues Verfahren entdeckt, mit dem mensch eine neue Art von Synapsen ans Licht bringt. D.h. das

Netz ist noch viel umfangreicher als es in Hirnscans überhaupt dargestellt werden kann. Wenn nun durch sogenannte Trigger das betreffende Netzwerk aktiviert wird, dann tauchen eben die damit verbundenen Emotionen schlagartig auf. Nicht immer sofort, denn es braucht auch Vertrauen, um Kontrollmechanismen aufzugeben. Du hast dies im Grunde in Deiner Darstellung des Therapiebeispiels, das dann in dem Mark erschütternden Schrei mündete, beschrieben; inklusive der langen Vorarbeit. Eine „kürzere“ Variante habe ich in der Puk 38 beschrieben, „Leibfundierte psychodynamische Therapie in Zeiten von Corona“.

Diese Plötzlichkeit kennen wir von komplex traumatisierten Menschen, die einem Trigger begegnen und jäh in Panik ausbrechen oder sogar in einen anderen Zustand dissoziieren. Hier scheint mir eine Verbindung zu bestehen, weshalb es ja so wichtig ist, dass wir Patient:innen nicht retraumatisieren, also einfach nur ins Trauma ‚treiben‘. Darin liegt natürlich Spekulatives. Ob es so ist, wissen wir nur zu Teilen. Mir scheint es aber schlüssig und macht Erfahrbares verstehbar. Ja ich würde sogar sagen, dass hier Verstehen und Erklären zusammenfinden. Gerade in der Traumaarbeit meine ich, geht eins nicht ohne das andere.

P. G.: Hast Du in dieser Hinsicht auch Erfahrung mit bioenergetischer Druckpunktarbeit? In meiner eigenen bioenergetischen Vorgeschichte war diese Art der Arbeit ein sehr kennzeichnendes Merkmal des Vorgehens. Ich habe es sowohl am eigenen Leib erlebt als auch bei anderen in der Gruppe sehr oft gesehen. Ich bin mir nicht sicher, wie heute dazu stehen soll. Einerseits war diese oft sehr schmerzhaft Form der Arbeit zeitweilig extrem effektiv und hat emotionale Barrieren wie im Nu hinweggespült. Ich kenne einen Kollegen, der diese Form der Arbeit in seiner Einzeltherapie quasi Stunde für Stunde

eingefordert hat, weil sich in der Folge der starken kathartischen Entladungen regelmäßig Glücksgefühle eingestellt haben. Das ist die eine Seite – ich finde sie unbestreitbar. Die andere Seite hat mit dem Momentum des Gewaltamen zu tun, aber auch mit „Beziehungskomplikationen“. Die Übertragung auf den Therapeuten wurde damals bei mir, aber auch bei dem erwähnten Kollegen extrem intensiv. Wir haben sie zwar bei einigermaßen bearbeitet (wir waren über viele Jahre lang gemeinsam in einer Supervisionsgruppe), aber ich würde nicht wagen zu behaupten, dass sie einigermaßen vollständig durchgearbeitet wäre (was immer das sein mag). Wie immer – ich will darauf hinaus: Das war *extrem* intensiv und ich kenne kaum Vergleichbares. Die Grenze zwischen heilsamer und traumatischer Intensität ist in dieser Hinsicht – merke ich eben – für mich gar nicht so leicht zu ziehen.

Auch was die „Heilung“ betrifft, sind traumatische Intensitäten manches Mal ein „Wundermittel“, obwohl sie gewaltsam sind. Ich denke da an die Ohrfeigen, die man Menschen in akut-dissoziativen Zuständen gibt und die auf andere Weise anscheinend nicht im „Hier und Jetzt“ präsent werden können. In einem Film, den ich kenne, wird auf eine für mich sehr gut nachvollziehbare Weise (und auch schauspielerisch überzeugend) dargestellt, wie eine Frau, die nach einer Vergewaltigung komplett dissoziiert in ihrem Bett liegt, zwar ansprechbar, aber vollkommen verstört und eigentlich unzugänglich für empathisches Begleiten, von ihrem Freund schließlich unter die Dusche gezerrt wird, und das kalte Wasser bricht den Bann: Sie schreit laut auf, und dann entlädt sich all das abgekapselte Gefühl in tiefes Schluchzen. Sie klammert sich an ihn an, weint alles heraus, was da in ihr ist – und dann ist sie in einem befreiten Zustand, wie mein Kollege, der sich nach der Druckpunktarbeit so glücklich fühlte.

Ist das nachvollziehbar, was ich da schreibe?

B. K.: Ja, das finde ich alles sehr nachvollziehbar. Selbst habe ich damit nur eine Erfahrung, bei der ich nicht weiß, ob ich aus Schmerz schrie oder weil der Druck im Nacken zugleich Halt und Aufforderung war, die Stimme voll einzusetzen. Das erlebte ich ebenfalls als befreiend. Ich frage mich allerdings, ob solche befreienden Erlebnisse nicht ebenso auftreten, wenn mensch im Wald laut und hemmungslos schreit oder an einem Bahndamm, wenn ein Güterzug vorbei fährt (inzwischen sind die aber zu leise geworden).

Wenn ich jetzt darüber nachdenke, dann könnte es hier zu erheblichen Übertragungsaffecten kommen, die mit Gewalterfahrungen assoziiert sind. Dieser Griff etwa war bei bestimmten Lehrern beliebt. Da ich aber eher brav war, kam ich nie in eine vergleichbare Situation. Mir selbst behagen solche eher gewalttätigen Interventionen nicht. Ergeben sie sich etwa als Eigenimpulse auf der Matte, so sind sie sehr befreiend. Gleichwohl bedarf es der Durcharbeitung des Erlebten, sonst ist es bloße Abreaktion, die eben nicht zur Integration führt. Ich bevorzuge eher Anleitungen zum Abzittern, das in hohem Maße zu einer Tiefenentspannung führt und wo es sich nicht um ein Monotrauma handelt (Verkehrsunfall o.ä.), steht und fällt das Ganze mit der Durcharbeitung.

Das Aufwecken aus der Erstarrung, das Du beschreibst, scheint mir eben in der heutigen Begrifflichkeit als Hypoarousal anzusprechen, das vermutlich auch bei Depressionen eine Variante ist. Wir kennen ja auch den plötzlichen Herztod als Folge der Bradykardie, die Porges als massive Form des Einfrierens, des sogenannten Totstellreflexes beschreibt. Ebenso dürfte es eine Rolle spielen, wenn es um katatone Zustände geht, die nach gängiger Lehrmeinung nur durch die sogenannte Heilkrampftherapie zu durchbrechen sind. Solche extremen

Zustände bedürfen sicherlich extremer Interventionen. Die Frage ist nur, was weiterhin therapeutisch geschieht.

P. G.: Das ist sicher die Frage. Nun aber von diesem Extrembeispielen wieder zu etwas Allgemeineren. Für diejenigen, die bisher nicht im offenen Setting arbeiten, ist diese Folgefrage gedacht. Wie führt man körperliche Berührung überhaupt ins therapeutische Geschehen ein? Wie bereitet man die Patient:in vor? Kannst Du dazu etwas sagen? Noch genereller gefragt: Wie erklärst Du Patient:innen, wie Du arbeitest?

B. K.: Zunächst ist den meisten Patient:innen bewusst, dass mein Label ja „leibfundierte analytische Therapie“ oder „leibfundierte Daseinsanalyse“ lautet. Inzwischen melden sich potentielle Patient:innen, die ausdrücklich die leibfundierte Arbeit suchen. Gleichwohl erläutere ich schon in den Vorgesprächen, wie ich arbeite. Ich sage also in etwa: In meiner Arbeit nutze ich die Informationen aus dem Leibgedächtnis. D.h., dass ich Sie auf Bewegungen, die Ihnen vermutlich nicht bewusst sind, aufmerksam mache. Ferner nutzen wir in der Arbeit den gesamten Raum. Es kann also sein, dass ich Ihnen ein Angebot zur Bewegung im Raum mache. Es kann auch sein, dass wir auf dem Boden oder der Matte arbeiten. In diesem Kontext kann es geschehen, dass ich Ihnen eine Berührung anbiete, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, deutlicher in den Leib hinein zu spüren. Dabei gelten zwei Grundsätze: Wir werden darauf achten, dass niemand zu Schaden kommt; Sie können ein Angebot immer ablehnen. Das ist vollkommen in Ordnung, denn ohne ihre aktive Zustimmung geschieht hier nichts.

In der Regel beginne ich mit dem Aufmerksammachen und starte mit relativ ‚harmlosen‘ Angeboten, bis die Patient:innen genügend Zeit hatten, sich zu gewöhnen und meine Verlässlichkeit und abstinente Haltung kennenzulernen.

Allerdings ist es bei mir durchaus nicht die Regel, dass in jeder Sitzung eine physisch-leibliche Interaktion angeboten wird. Der Löwenanteil ist nach wie vor das Gespräch. Erfahrungsgemäß benötigen wir einige Zeit, um das Erfahrene durchzuarbeiten, worauf ich ja oben schon hingewiesen habe.

P. G.: Wenn Du Dir die in der Eigenerfahrung in der Rolle des Patienten gelebten Berührungserfahrungen vergegenwärtigst und damit vergleichst, wie Du Berührung nun in der Rolle des Therapeuten praktizierst: Findest Du, dass Du Deine Eigenerfahrung einfach „übernommen“ hast und quasi weitergibst, oder hat sich diesbezüglich für Dich etwas verändert? Der Hintergrund der Frage: Ich kenne eine Reihe von Kollegen, die das, was Ihnen auf der körperlichen Ebene (insbesondere im Zusammenhang mit Berührung) einst selbst gutgetan hat und was sich unauslöschlich eingeprägt hat, als Therapeut nie wieder getan haben bzw. tun würden. Es besteht diesbezüglich eine schon merkwürdig anmutende Kluft zwischen Eigenerfahrung und späterer gelebter Praxis. Kannst Du dazu etwas sagen?

B. K.: Das ist tatsächlich eine merkwürdige Diskrepanz. Das wäre ja ein spannendes Thema für eine größere Runde von Kolleg:innen. Das regt mich an, das Thema mal in unserer Supervision anzusprechen. In der Runde setzen wir zwar im Rollenspiel unterschiedliche leibfundierte Ansätze um, wozu auch Berührungen gehören; aber ich weiß eigentlich nicht, was dann daraus jeweils geworden ist.

In einer kleinen Gruppe im Kontext einer Fortbildung bei Downing war es insofern nicht so relevant, weil die meisten wirkliche Anfänger:innen waren. Damals gab es die Empfehlung, mal mit einer:m Patient:in zu beginnen. Ich für meinen Teil gebe das Erlebte/Gelernte häufig weiter, was ich selbst als erhellend oder auch beglückend erfahren habe. Dabei ist es selbstredend nicht so, dass

einfach Techniken angewandt werden. Vielmehr ergibt sich eine Intervention aus dem Kontext, manche Intervention entsteht auch neu, ohne dass auf Vorbilder zurückgegriffen werden kann oder es ist eine Neukombination, der Kreativität sind da ja eigentlich keine Grenzen gesetzt. Vorausgesetzt, mensch weiß was mensch tut; oder hat doch eine Idee, in welche Richtung es gehen könnte. Überraschungen gibt es dann immer noch. Ich meine, dies ist keine Arbeit, die sich auf einen Katalog stützen kann: mensch nehme und mache. Ein wichtiges Element scheint mir dabei zu sein, ob mensch nach der Selbsterfahrung und Fortbildung eine Gruppe zur Verfügung hat, deren Teilnehmer:innen ebenfalls leibfundiert arbeiten, so dass mensch sich wechselseitig unterstützen kann. Denn eines dürfte schon klar sein: Diese Interventionen sind ein mächtiges Instrument und mensch ist leicht auf verlorenem Posten, wenn der kollegiale Austausch fehlt.

Ein Kollege fällt mir ein, der ganz auf leibfundierte Arbeit verzichtet hat, da ihm das zu anstrengend wurde. Es ist ja schon so, dass in dieser Art zu arbeiten es deutlich schwerer bis unmöglich ist, sich herauszuhalten. Ich muss dann immer wieder an Freud denken, der sein Setting u.a. damit begründete, dass er es nicht ertrage, acht Stunden im Tag angestarrt zu werden. Vorstellbar, dass dies auch heute noch für so manch Psychoanalytiker:in gilt, auch wenn sie mit Übertragungs-/Gegenübertragungsverstrickungen argumentieren.

P. G.: Ich sehe das ganz ähnlich wie Du. Der Mangel an kollegialem Austausch mag eine Rolle spielen, ebenso dieses Sich-Aussetzen, das bei der Arbeit im offenen Setting doch noch mal eine größere Rolle zu spielen scheint, als wenn man hinter der Couch sitzt. Ich finde, es ist ein grundsätzlicher Unterschied schon auch zu sehen. Klarerweise *sprechen* wir mit unseren Patient:innen – was sollten wir auch sonst tun? Der Schritt auf die Handlungsebene, über konventionalisierte Handlungen hinaus, ist aber eben ein Schritt. Mich auf die

Arbeit im offenen Setting einzulassen, erfordert bei mir jedenfalls zu mir selbst bewusst zu sagen: O.k., jetzt lass Dich darauf ein.

Man könnte argumentieren, es handelt sich hier um einen generellen Gegenübertragungswiderstand, eben in ein gewisser Weise eine Angst vor dem Unkontrollierbaren, der man im Miteinander-Handeln eben ausgesetzt ist als beim bloßen Miteinander-Sprechen. Darüber hinaus spüre ich bei bestimmten Patienten einen Gegenübertragungswiderart in einer Art wie: Was wird da alles auf mich zukommen? Werde ich unweigerlich in die Täterrolle gelangen? Was geschieht außerhalb des Settings, worauf ich keinen Einfluss habe? Beim letzten Punkt denke ich z. B. an Lehranalysen: Was wird da über mich möglicherweise auf der Uni im kollegialen Kreis erzählt? Werde ich mich irgendjemand gegenüber rechtfertigen müssen?

Mich würde interessieren, was diesbezüglich Deine Gedanken und auch Erfahrungen sind.

B. K.: Ich würde hier einen Unterschied zwischen Einzel- und Gruppensetting sehen. Die Gruppe ist ein ungleich geschützterer Raum. Hier gibt es die Zeugenschaft der Teilnehmenden. In der Gruppe habe ich daher einen viel unkomplizierteren Umgang, biete leichter Handlungsproben an. Die Gruppe bietet für beide Akteure einen eher sicheren Raum. Im Einzelsetting bin ich durchaus zurückhaltender, besonders wenn es um Berührung geht. Für meinen Eindruck ist es hilfreich, wenn zunächst Erfahrungen mit dem Spüren und Wahrnehmen gemacht werden. Also etwa auf die Atmung zu achten; unwillkürlichen Bewegungsimpulsen nachspüren, sie zu explorieren durch Verstärkung, Verlangsamung etc. Ferner Erfahrungen aus der Bewegung im Raum, mit Symbolisierungen, Arbeit auf der Matte – alles noch ohne Berührung. Erst wenn der Patient:in mit mir Erfahrungen gemacht hat, dass

ich Grenzen halte und respektiere, dann sind auch Interaktionen möglich, die Berührung beinhalten.

Aber selbst wenn mensch sich an diese Reihenfolge hält, kann es immer geschehen, das sich etwas anderes entwickelt. Dieser Bereich des „Unkontrollierbaren“, wie Du ihn nennst, ist immer möglich und der ist es, der Kolleg:innen Angst bereitet. Ich denke hier z.B. an eine Inszenierung mit einer Patientin, dies allerdings in der Gruppe, der ich zur Unterstützung – nach Rückfrage und Einholung ihrer Erlaubnis – eine Hand an die Schulter legte. Und plötzlich dreht sich die Patientin um und umarmt mich. Das war aus der Inszenierung heraus, in der sie von allen guten Geistern sich verlassen fühlte, folgerichtig und stimmig. Es wäre eine Katastrophe gewesen, wenn ich mich der Umarmung verweigert hätte. Das ist eine völlig andere Situation als die, die Freud schildert, der sich nur mit Not einer Umarmung durch eine Patientin entziehen konnte (seine Zuehfrau half ihm durch ihr Eintreten in das Sprechzimmer, da die Zeit um war). Die eben geschilderte Situation mit meiner Patientin ist ja eingebettet in viele frühere Erfahrungen mit Berührung in der Gruppe. Und selbst wenn es hier sexualisierte Untergründe und Tiefen gäbe, lässt sich damit in der Gruppe besser umgehen – in diesem Kontext müsste mensch schon Psychoanalytiker:in sein, derie in jedem Regenschirm ein Penissymbol sieht; manchmal ist es einfach ein Regenschirm!

Ich erinnere nicht mehr, wer von einer Szene geschrieben hat, in der eine Patientin den Analytiker umarmte und von ihm geküsst werden wollte. Sie hatte es schon vorher als Wunsch angekündigt, ging dann bei der Verabschiedung einfach in die Handlung über. Der Analytiker blieb steif und abweisend. Die Patientin war dann froh, dass er sich so verhielt: „Ich sehe, Sie wollen wirklich nicht!“

Eine Schutzebene können wir in der Einzelsituation immer einbauen. So hat es sich als hilfreich erwiesen, ein Interaktionsangebot zu unterbreiten und zunächst dieses Angebot phantasmatisch durchzugehen. Da taucht ja bereits viel Material auf. Ist dann die Sicherheit gegeben, so dass der Patient:in das Angebot auf der Handlungsebene ergründen möchte, ist diese unsere Arbeit immer noch für Überraschungen gut. Beim letzten Wiener Symposium hat Dagmar Motzkau eine solche Szene mit uns geteilt.

Selbst hatte ich kürzlich in einer Lehrtherapie die Situation, gänzlich gegen meine übliche Arbeitsweise in der dritten oder vierten Stunde bereits eine physisch-leiblich recht nahe Interaktion anzubieten. Die Ausbildungskandidatin mochte sich nicht darauf einlassen, was wir erst in der Folgestunde weiter untersuchten. Dieses verfrühte Angebot war natürlich aus der Gegenübertragung gespeist, letztlich in der Durcharbeitung jedoch ausgesprochen hilfreich und erhellend. Mein wohl aus dem Unbewussten herrührendes Angebot beinhaltete zugleich ein Stopp, da ja die Sitzung zu Ende war, die Umsetzung für das nächste Mal angedacht war – das verschaffte Raum, gründlich darüber zu reflektieren – Du erinnerst Dich vielleicht, dass wir das im Steißlinger Kreis besprochen haben.

Tatsächlich habe ich da keine Bedenken, was vielleicht Kolleg:innen über mich denken könnten. Diese kenne ich natürlich auch, beziehen sich aber eher auf misslungene Behandlungen, in denen das Schreckgespenst der malignen Regression die Behandlung zunichte machte. Möglicherweise ist das Risiko bei leibfundierter Arbeit größer. Aber selbst Kolleg:innen, die sehr konservativ behandeln, sind davor nicht gefeit. Und ich halte es dann für eine von Angst getriebene Gegenübertragungsreaktion der Kollegenschaft, wenn solch tragische und unerwünschte Verläufe der leibfundierten Arbeit angelastet werden.

P. G.: Bist Du mal selbst in Grenzsituationen in Zusammenhang mit körperlicher Berührung geraten? Wenn ich Dir diese Frage stelle, muss ich selbst sofort an meine „Schreipatientin“ denken, bei der körperliche Berührung, auch großflächige, für eine Weile eine sehr große Rolle spielte, und die dadurch ausgelöste Regression war enorm. Sie fühlte sich zeitweilig „wie im freien Fall“, das waren ihre eigenen Worte. Der Schrei im achten Therapiejahr war dann letztlich schon ein passageres psychosenahes Geschehen. Wenn man das alles nicht selbst erlebt hat und die Verläufe kennt, ist es eigentlich zum Fürchten. Hast Du diesbezüglich ein Beispiel aus Deiner Arbeit?

B.K.: Deine Schreipatientin war schon sehr speziell und besonders beeindruckend. Etwas Vergleichbares kann ich da nicht beisteuern. Was in meiner Arbeit häufiger geschieht, das sind grundsätzlich heftige Emotionen, die plötzlich auftauchen, meist in Inszenierungen. Das können plötzliche Dissoziationen sein, die einen besonders fordern. Oder es sind Szenen, in denen plötzlich eine Situation des sexuellen Übergriffs aus der Vergangenheit auftaucht. Gerade am letzten Wochenende tauchte in einer inszenierenden Traumarbeit plötzlich eine Geburtsszene auf.

Eine für mich besonders belastende Behandlung war die einer Patientin, die Opfer ritueller sexueller Gewalt war, dies schon als Kleinkind, vermutlich bereits als Säugling. Das war eine recht lange Behandlung über zehn Jahre, während derer verschiedene Anteile im Behandlungsraum auftauchten. Das Switchen war für mich besonders beunruhigend und ich war häufiger in Sorge, ob ich das halten kann. Dazu gehörte ebenfalls selbstverletzendes Verhalten in einem dissoziativen Zustand, wobei die Patientin mit dem Kopf gegen den Türrahmen schlug, zunächst nicht zu reorientieren war, ich ihr lediglich unter Ansprache ein Kissen zwischen Kopf und Türrahmen halten konnte. Ich habe das so verstanden, dass es nicht nur um Zeugenschaft ging, sondern auch um

den Test, was ich so aushalte oder ob ich sie – wie schon früher andere – für verrückt erkläre, den eigentlichen Hintergrund und Abgrund aber nicht kennenlernen will. Eine andere Testsituation war die, wenn ein Kindanteil im Vordergrund war und wir Misshandlungsszenen angeschaut hatten – sie konnte die nur als ungelene Kinderzeichnung mitteilen, da ein Redeverbot unter Androhung massiver Gewalt bestand – und sie mich dann auf die Wange küssen wollte. Dabei fühlte ich mich einerseits an Ferenczi erinnert, der mit solchen Aktionen ja Schiffbruch erlitten hatte, zugleich war mir aber merkwürdigerweise bewusst, dass ich es hier mit einem dankbaren Kind zu tun hatte, dass darin zugleich einen Test auf meine Vertrauenswürdigkeit sah.

Eine andere herausragende Situation in dieser Behandlung bestand darin, dass ich mit der Patientin in einer szenischen Interaktion in den Keller ging, wobei sie mir eine Hand auf die Schulter legte, um so den physisch-leiblichen Kontakt der Begleitung zu spüren, so dass sie dort die anderen gefangenen Kinder imaginär befreien konnte. Das war durchaus gruselig und ich schwankte zwischen „das machen wir jetzt“ und der Sorge, nun in eine Folie à deux einzutreten. Es ist allerdings gut gelungen und heute bin ich froh, dass ich mich auf eine derart unkonventionelle Behandlung eingelassen habe. Hier war Supervision ganz wichtig, wenn auch nicht engmaschig notwendig.

P. G.: Ich kann gut folgen. Hat sich für Dich in Deinem Vorgehen seit der Corona-Pandemie etwas verändert?

B. K.: Nach anfänglicher Irritation und Unsicherheit, wie nun leibfundierte Arbeit noch möglich sein soll, habe ich einige Maßnahmen umgesetzt. So ging es zunächst um die Belüftung der Räume, das Tragen der medizinischen Maske beim Betreten der Praxis, Hände waschen oder desinfizieren. Ferner bat ich die Patient:innen, vor ihrem Termin einen Schnelltest zu machen. Es kam dann noch

ein Luftfilter hinzu. Im Übrigen war ein Übersetzungsfehler aus dem Englischen an unsinnigen Maßnahmen beteiligt. Social Distancing meinte ja Abstand halten, nicht Kontakt vermeiden. Nachdem sich die Gemüter beruhigt haben und nicht vorrangig mit Angst machen agiert wird, habe ich das Händewaschen oder -desinfizieren beibehalten. Hintergrund ist eine Untersuchung (noch vor Corona), in der ein hoher Anteil der untersuchten Personen (60%?) Colibakterien an den Händen mit sich führten. Das war ein Indiz dafür, dass grundsätzliche Hygienemaßnahmen nur lax durchgeführt wurden.

Unter den o.g. Vorsichtsmaßnahmen ließ sich auch leibfundiert arbeiten. Wurde die physische Distanz unterschritten, dann setzten wir die Masken auf. In der Zeit hat sich bei mir in der Praxis niemand angesteckt.

P. G.: Eine letzte Frage. Sie betrifft Kolleg:innen, die bisher ausschließlich im verbalen Setting gearbeitet haben, die sich aber für die Setting-Öffnung interessieren, welche auch konkrete körperliche Berührung miteinschließen kann. Was würdest Du diesen Kolleg:innen auf den Weg mitgeben wollen, besonders im Hinblick auf die tatsächlich gestellte Frage: Wie gehe ich so etwas an – nämlich eine Patient:in körperlich zu berühren? Worauf muss ich da achten? Was darf ich nicht tun? Kann etwas passieren? Was mache ich dann? Körperbezogene Selbsterfahrung wird natürlich vorausgesetzt....

B. K.: Jedem Beginner:in würde ich empfehlen, zunächst mit einem Patient:in zu beginnen. Die Wahl sollte auf jemanden fallen, derie ein gutes Strukturniveau aufweist. Jede intendierte Berührung sollte angekündigt werden und vor der Umsetzung im phantasmatischen Raum erkundet werden. Eine Berührung (abgesehen vom Handgeben bei der Begrüßung und/oder Verabschiedung; selbst hier gibt es seit Corona nicht bei allen Menschen Normalität und die Handreichung muss eigens wieder angeregt werden – manche wollen es

vielleicht auch nicht mehr, was sehr schade ist, kann aber geklärt werden) sollte nur mit ausdrücklicher Zustimmung erfolgen. Während des Berührens ist auf Reaktionen zu achten, die etwa Angst oder Unruhe ausdrücken, was dem Patient:in ja nicht bewusst sein muss. Daraus folgt dann ebenfalls immer mal wieder die Rückfrage, ob es sich noch stimmig anfühlt. Wird der Kontakt, etwa eine Halt gebende Berührung an der Schulter oder zwischen den Schulterblättern, aufgelöst, so ist darauf zu achten, keine Streichbewegung auszuführen, die an ein Streicheln erinnern könnte, wobei wir dann in eine ganz andere Ebene eintreten würden.

Vorsicht ist bei Patient:innen mit Erfahrungen aus sexuellen Übergriffen geboten. Hier schließt sich Berührung aus, besonders im Mann/Frau Verhältnis. Allerdings kann eine Berührung äußerst hilfreich sein, soweit sie eine andere Erfahrung darstellt, nämlich die des Respektes und des Schutzes von Grenzen. Nicht nur in diesem Kontext gilt für mich auf jeden Fall, dass Geschlechtsorgane nicht berührt werden. Großflächige Berührungen sind nach meiner Erfahrung abhängig vom Stand der therapeutischen Beziehung und damit des therapeutischen Bündnisses. Berührungen dieser Art erfolgen eigentlich nur, wenn es auf meiner Seite die Sicherheit gibt, die Grenze auch halten zu können. Das gilt in hohem Maße für eine ganzleibliche Berührung (Bob Ware: Der Analytiker als Couch), wo zum Schutz beider Protagonisten die Geschlechtsorgane des Therapeut:in mit einem Kissen bedeckt werden. Wie das mit dem Busen bei Kolleg:innen gehen kann, müssten Kolleginnen klären; Christina Sogl z.B. hat damit kein Problem, was ich nachvollziehbar finde, wenn es etwa in einer Übertragungssituation um die Entwicklungsstufe des Kindes geht.

Passieren kann immer etwas, womit mensch nicht gerechnet hat. Sei es etwa die Fehleinschätzung des Strukturniveaus oder dass durch die Berührung etwas aus

dem Leibgedächtnis aktiviert wird, was tief im Unbewussten verborgen war. Das ist das Risiko, das meiner Ansicht nach nie ganz ausgeschlossen werden kann.

Was tut mensch dann? Zunächst einmal die Ruhe bewahren. Eventuell den Patient:in reorientieren. Dann gilt es zu explorieren, die Übertragung zu klären. Und natürlich Supervision. Ich persönlich habe es noch nicht erlebt, dass eine Situation durch Berührung völlig aus dem Ruder lief. Eine Behandlung erinnere ich, die in maligne Regression entglitt – jedoch nicht im Kontext von Berührung.

Ein Beispiel fällt mir noch ein, das allerdings eine Ausbildungskandidatin in einem Einführungsseminar zur leibfundierten Arbeit betraf. Es fand sich niemand aus dem Seminar, derie bereit gewesen wäre, einer Demonstration zur Atemunterstützung auf der Matte zuzustimmen. Dann meldete sich doch eine Kollegin. Sie saß zunächst auf der Matte und schien mir recht unruhig zu sein. Die Rückfrage, wie es ihr geht, wenn sie hier auf der Matte sitzt und ich daneben, beantwortete sie mit „gut“. Ob es für sie in Ordnung wäre, sich nun hinzulegen? beantwortete sie mit einem „ja“. Als sie da lag, ging jedoch ihr Puls sehr heftig. Darauf machte ich sie aufmerksam und bat sie, sich wieder aufzurichten. Der Puls beruhigte sich und im weiteren Gespräch wurde deutlich, dass sie ein Mensch ist, die immer einspringt, wenn sonst niemand dazu bereit ist, dabei aber den Kontakt zu sich verliert und u.U. über ihre Grenze geht. Damit habe ich die Demonstration beendet, was in hohem Maße lehrreich für die Seminarteilnehmer:innen war und eine Selbsterfahrung für die Kollegin. Im Übrigen ist mir dies ein Beispiel dafür, wie die Abstinenz aufrecht erhalten wird, indem derie Therapeut:in die Berührung nicht nötig hat – auch nicht zu Ausbildungszwecken!

Vielen Dank für dieses Interview. Ich fand es sehr anregend und wieder ein Anlass darüber zu reflektieren, was ich tue – und was ich lasse.