

Interview mit Thomas Reinert

Interview, geführt vom 10. bis 23. April 2024

Thomas Reinert, Dr.med., geb. 1951, Facharzt für Neurologie & Psychiatrie (= Nervenheilkunde), Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Psychoanalyse (DGIP/DGPT/D3G) – Lehranalytiker (DGIP/DGTP). Suchtmedizin – Verkehrsmedizin. Gruppenanalytischer Teamsupervisor und Organisationsberater (D3G). Bis 2017 Chefarzt der Fachklinik Langenberg in Velbert. Langjährige ambulante analytische Psychotherapien. Langjährige Tätigkeit in der Weiterbildung (Psychotherapie und Psychoanalyse).

Auswahl aus zahlreichen Veröffentlichungen:

Reinert, T. (2004). Therapie an der Grenze. Die Borderline-Persönlichkeit. Modifiziert-analytische Langzeit-Behandlungen. Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta).

Reinert, T. (2007). Die Borderline-Pathologie als Ausdruck einer atmosphärischen Traumatisierung in der Kindheit. In: Geißler, C., Geißler, P. Hofer-Moser, O. (Hrsg.). Körper, Imagination und Beziehung in der Traumatherapie. Gießen (Psychosozial), S. 45-61.

Reinert, T. (1997). Ja, hab' ich ein Lebensrecht? – Widerspiegelungen eines überlebten Abtreibungsversuches in der Therapie einer Borderline-Patientin. – Int.J.Prenatal und Perinatal Psychology and Medicine 9, S. 475-494.

Reinert, T. (2005). Fiktion und Wirklichkeit – Die Dimension des Fiktiven in unserem Leben. In: Lehmkuhl, U. (Hrsg.). Die Gesellschaft und die Krankheit. Perspektiven und Ansichten der Individualpsychologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 113-129.

Thomas Reinert verwendet gegen Ende seines Interviews folgenden Begriff, der einer Erklärung bedarf:

Oraler Modus

Die normal aus der „oralen Phase“ der frühen Kindheit stammende und mit ihr im Alter von etwa zwei Jahren zu Ende gehende Phase kann u.U. bei besonderer Betonung oder auch Über-Betonung der entsprechenden Bedürfnisse (auch durch die Umgebung) aufrecht erhalten bleiben und sich zu einem dauergültigen Modus der Wahrnehmungs- und Lebensführung auswachsen. Es kommt zu einem permanenten Beurteilen von „subjektiver Lebensqualität“ abhängig vorrangig von, v.a., jedoch nicht nur, materiellen, aber auch sonst dem Wesen nach „einverleibendem“ Charakter (Beispiel: „Ich zieh‘ mir jetzt ein Video rein“!).

In Ermangelung anderer Modi der „Welt-Wahrnehmung“ führt das zu dauernder Suche nach mehr oder weniger oraler Befriedigung, bei Nicht-Erreichen zu massiver Unzufriedenheit und Forderungen an die Umgebung. Der „orale Modus“ blockiert dann in der Regel die sonst möglichen über ihn hinauswachsenden „Erlebensformen von Leben und Beziehung“ und steht im Falle einer Therapieaufnahme auch der Ausbildung einer analytischen Beziehung im Wege.

Literatur:

Reinert, T. (2004). Therapie an der Grenze: Die Borderline-Persönlichkeit. Modifiziert-analytische Langzeitbehandlungen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. S. 234.

Reinert, T. (2024) Brauchen wir in der analytischen Therapie Regression? Und wie weit kann, muss und darf sie gehen? (Zur Veröffentlichung vorgesehen in der Z.f. Individualpsychologie)

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

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

T. R.:

1. Das „Selbst-Erfahren-Werden“

Es handelte sich um eine Gruppensitzung mit 8 Teilnehmer(inne)n. Die Anweisung lautete: Es sollen sich Paare finden, die zunächst nur miteinander arbeiten, ohne Worte und wechselseitig den Körper des anderen mit Berührung erkunden. Der/die „Erkundete“ schließt die Augen.

Ich mache das Experiment mit einer Kollegin. Wir vereinbaren, dass zunächst ich „ertastet“ werde.

Ich stehe also frei im Raum, schließe die Augen und warte ab.

Ich spüre in beiden Oberarmen, dass sie von zwei Händen berührt werden. Bei geschlossenen Augen fühlt sich das etwas seltsam an. Was passiert jetzt? Ich fühle mich etwas außerhalb der eigenen Kontrolle. Das Berührt-Werden ist mir nicht grundsätzlich unangenehm. Die Hände gleiten an meinen Unterarmen entlang, langsam, ohne Druck, erreichen meine Handgelenke, verweilen dort einen Moment, als wäre da eine kleine Scheu, zu den Händen zu gelangen. Dann erfolgt, wie ich es empfinde: mit einem kleinen Ruck der Übergang zu meinen Händen. Die werden zunächst zwischen Daumen und Fingern der tastenden Hände gefasst, leicht gedrückt das empfinde ich als angenehm, fast möchte ich, dass das länger dauern möge, tut es aber nicht: die „fremden“ Hände umfahren die Konturen meiner Hände, ergreifen nacheinander meine Finger, da entsteht so etwas wie „Kontrolle“: Ich weiß, dass die fremden Finger jetzt nacheinander meine Finger entlang fahren: Sind sie beim Zeigefinger, folgt der Mittelfinger, dann der Ringfinger. Ich weiß, was da kommt, da habe ich jetzt eine gewisse Kontrolle. Doch nur kurz: Die tastenden Hände verlassen die meinen, gehen auf die Außenseiten meiner Oberschenkel über, fahren von dort meine Flanken hinauf, ganz langsam, vorsichtig, als würden sie meinen Körper wie ein unbekanntes Terrain erkunden. Meine Wahrnehmung verändert sich schleichend: Ich bin immer mehr innerlich einverstanden mit dem, was da abläuft. Ich merke, dass da nichts Gefährliches geschieht, dass ich die Kontrolle gar nicht brauche. Da ist jetzt schon ein „kleines Vertrauen“. Die fremden Hände vergrößern ihre Auflagefläche: fahren langsam über meine Brust nach oben, erreichen meine Schultern, drücken von oben darauf, dies wirkt fester als zuvor. Sie nähern sich von beiden Seiten meinem Nacken, treffen sich dort, umschließen meinen Hals, mich durchblitzt der Gedanke: könnte gefährlich sein, nein, ist es aber nicht. Die Hände ziehen weiter, umfahren meinen Kopf, trennen sich, eine Hand streicht über mein Gesicht, berührt die geschlossenen Augen: eigentümlich: Da ist keine Angst, die Hände werden meinen Augen

nichts tun. Die Hände verlassen mein Gesicht, meinen Kopf, ziehen über den Hals zusammen nach unten, mitten über die Brust, nähern sich meinem Bauch, ich merke, dass sich mein Puls leicht beschleunigt, die Hände kommen auf dem Bauch langsam hinuntergleitend meinen Geschlechtsorganen immer näher, das bekommt eine andere Qualität, da kommt wieder eine leichte Angst auf, meine Arme und Hände verspüren einen Impuls, schützend einzugreifen, ich muss sie innerlich bremsen; die fremden Hände ziehen tatsächlich weiter nach unten, langsam auch über meine Geschlechtsteile hinweg, mich überkommt eine deutliche Aufmerksamkeit und Unruhe; aber es passiert nichts. Trotzdem beruhigt es mich, als die fremden Hände langsam weiterziehen auf die Vorderseiten meiner Oberschenkel. Dort scheint es mir ungefährlicher, der Puls wird ruhiger; die Hände bewegen sich langsam abwärts, die Beine entlang, sie umstreichend, ziehen bis zu den Füßen und beenden dort ihre Erkundungsreise.

Insgesamt war dieser gesamte Vorgang für mich spannend: Ohne Augenkontrolle machte die fremde Berührung auf jeden Fall auch Angst: Ich bin ausgeliefert, mir könnte Gefährliches und Unangenehmes drohen, Fluchtimpulse tauchen auf, der Wunsch, das Ganze möge schon vorbei sein. Die Impulse sind ganz offensichtlich abhängig von der „Körpergegend“, die gerade im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Je länger das Experiment dauert, desto vertrauter wird aber auch die Berührung insgesamt, bis hin zu angenehmen Empfindungen und dem aufkeimenden Wunsch, sie möge andauern.

2. Angstüberwindung / Vertrauensbildung

Es handelt sich erneut um eine Gruppensitzung mit acht Teilnehmer(inne)n. Thema ist „Vertrauensbildung“. Mir wird vorgeschlagen, mich von der Gruppe „tragen“ zu lassen. Mein Gefühl ist Unsicherheit. Eine gewisse Angst: können die mich denn wirklich halten? Es sind Teilnehmerinnen dabei, die relativ klein

und von eher schwächlicher Konstitution sind. Ich werde ermutigt und lasse mich auf das Experiment ein. Ich lege mich auf den Boden. Soll die Gruppenmitglieder um mich herum verteilen, wie es mir passend erscheint. Ich suche jeweils zwei Teilnehmer mit einer etwa gleichen Größe aus, die ich einander gegenüber postiere, einer rechts, einer links von mir. Dabei achte ich darauf, die kräftigsten Männer beidseits meines Becken- und Schulterbereiches zu dirigieren. Die anderen Beteiligten verteile ich auf die Beine, eine Teilnehmerin bitte ich, meinen Kopf zu halten. Alle begeben sich auf die ihnen zugedachte Position und knien sich hin; sie legen ihre Hände an und auf meinen Körper. dorthin, wo sie mich glauben, halten zu können, die drei Männer und die Frau, die den Körper tragen sollen, greifen unter mir durch und verbinden ihre Hände miteinander. Das allein verändert mein Gefühl: Ich spüre: jetzt wird es ernst, jetzt kommt es darauf an, ob sie meinen Körper halten können. Da ist schon eine gewisse Angst, die mich angespannt sein lässt. In meiner Fantasie gehe ich die Gruppenmitglieder durch und stelle fest, dass ich die Zuverlässigkeit der einzelnen Beteiligten sehr unterschiedlich einschätze. Es sind Leute darunter, denen ich spontan nicht so viel vertraue. Auf Anweisung des Therapeuten und Kommando hebt die Gruppe mich gleichzeitig an. Alle knien, mein Körper schwebt nun, aber noch nicht so hoch: wenn ich jetzt falle, dürfte das noch nicht so schlimm sein. Jetzt werden sie angehalten, aufzustehen, Das ist in meinem Erleben ein kritischer Punkt, zumal es „rumpelt“, nicht alle genau gleichzeitig dieselben Bewegungen vollziehen. Doch es gelingt: Jetzt stehen alle, ich schwebe. Die beruhigende Stimme des Gruppenleiters erreicht mich, ich merke: Die ist wichtig, vermittelt mir ein gewisses Vertrauen. Erst jetzt merke ich, dass ich meinen Kopf nicht loslasse, ihn vielmehr doch im Nacken halte. Ich lasse ihn bewusst los: Tatsächlich wird er gehalten. Auch andere Körperregionen fühlen sich nicht frei an. Ich lasse sie los und merke: Das geht, ich falle nicht. Ich merke, dass ich noch sehr viel denke und die Situation während sie abläuft, gleichzeitig auch „im Griff“ zu behalten, parallel auch noch

wie von außen zu betrachten, auch auf jede Bewegung eines Trägers/einer Trägerin reagiere ich. Ah, da steht der ..., da die ... Kann er/sie mich jetzt nicht mehr halten? Alles scheint gut zu gehen. Aber es taucht eine neue Angst auf: Wie lange halten die mich jetzt schon? Lässt deren Kraft nicht nach? Bin ich nicht lästig? Möchten die mich nicht endlich ablegen? Bin ich nicht gar eklig? Wir sind uns ja doch sehr nah... Auf Vorschlag des Leiters beginnt die Gruppe, mich ganz sanft zu wiegen, beginnt dazu, zusammen einen Ton zu summen. Es entsteht in mir immer mehr eine innere Ruhe, auch eine Wohligkeit, das soll möglichst ewig so weitergehen. Ich denke nicht mehr nach, bin nur noch in meinem Gefühl, habe auch keine Angst mehr. Nach einer ganzen Weile teilt der Leiter mit, dass man mich jetzt ablegen wird. Auf Kommando hin gehen alle Träger in die Knieposition, das „rumpelt“ wieder kurz, dann werde ich abgelegt, die haltenden Hände werden zurückgezogen, ich liege wieder allein, bin aber ganz wohlig zufrieden und merke, dass sich meine innere Beziehung zu einzelnen Gruppenmitgliedern leicht verändert hat: Ich sehe sie anders als vorher, fühle mich verbunden. Eine sehr schöne Erfahrung.

3. Meine Wut und die Angst davor

Wieder handelte es sich um eine Gruppensitzung mit acht Teilnehmer(inne)n. Ich hatte Dinge aus meiner „Vorgeschichte“ besprochen und war über alte Traumatisierungen und v.a. Erniedrigungen durch meinen Vater innerlich in eine gewaltige Wut geraten. Der Gruppenleiter bemerkte das und fragte, ob ich diese Wut wohl einmal richtig rauslassen könne und wolle. Ich fühlte mich auf der einen Seite sehr angesprochen davon, spürte aber, dass diese Wut so unermesslich sein würde, dass es gefährlich werden könnte: „Dann würde ich alles kurz und klein schlagen!“, sagte ich. Der Leiter schien davon nicht erschreckt zu sein und bot mir an, dass ich den Versuch ja mal wagen könne. Die Gruppe könne mir dabei helfen. Obwohl ich eine deutliche Angst verspürte,

das Experiment schien mir etwas unberechenbar, erklärte ich nach kurzem Zögern und Besinnung auf die von mir empfundene grundsätzliche Zuverlässigkeit des Gruppenleiters, ich wolle mich darauf einlassen. Ich wurde gebeten, mich in die Mitte des Raumes zu stellen. Mir wurde erklärt, die Gruppe werde mich halten. Ich möge bitte den einzelnen Gruppenmitgliedern ihre jeweiligen Aufgaben dabei zuweisen. Ich suchte mir mit Anregung des Gruppenleiters, der insgesamt ganz ruhig und souverän wirkte, was für mich sehr wichtig war, seine Ruhe vermittelte mir ein gewisses Vertrauen, die beiden kräftigsten Männer aus und bat sie, den Körper als solchen zu halten, wählte dann zwei Personen aus, die, auf dem Boden sitzend, meine beiden Beine umklammern und meine Füße mit ihrem eigenen Gewicht beschweren sollten, zwei weiteren Gruppenmitgliedern wies ich meine Arme zu, die sie bitte auf keinen Fall loslassen dürften. Blieb noch eine Teilnehmerin, die kleinste in der Runde, die ich bat, meinen Kopf zu halten. Der Gruppenleiter bat mich, einen Satz meines Vaters zu erinnern, mit dem er mich am meisten getroffen und wütend gemacht hatte. Dafür brauchte ich nicht lange: Sofort fielen mir etliche Sätze meines Vaters ein, mit denen er mich zur Weißglut getrieben hatte. Spontan entschied ich mich für einen Satz, mit dem er mir zum Abitur „gratuliert“ hatte: „Wenn du jetzt glaubst, mit dem Abitur seiest du wer, dann irrst du: Du bist nach wie vor ein kleines Arschloch!“ Der Gruppenleiter meinte, der sei zu lang, ob wir ihn kürzen könnten auf: „Du bist ein kleines Arschloch!“? Ich war einverstanden. Die Gruppe wurde vom Leiter gebeten, die jeweilig zugewiesene Position einzunehmen und die übernommene Aufgabe sehr ernst zu nehmen. Alle Beteiligten machten das; ich wurde rundum gepackt und richtig fest gehalten, merkte, dass ich mich überhaupt nicht mehr bewegen konnte. Allein das löste in mir zunächst Unwillen, dann aber zunehmend Wut aus. Ich wollte mich befreien und begann, gegen die vielfältigen Widerstände anzugehen. Mit immer mehr Kraft, sodass die Beteiligten schon erhebliche Power aufbringen mussten, um mich zu fesseln. Je größer der Kraftaufwand

meinerseits war, der aus meiner Perspektive trotzdem zu nichts führte, desto größer wurde meine Wut, ich mobilisierte sämtliche Kräfte, die ich überhaupt aufbringen konnte, begann dazu auch noch unartikulierte zu schreien, ja zu brüllen, es nutzte nichts. Jetzt wurde mir aus der Gruppe auch noch der „Scheiß-Satz“ meines Vaters entgegengehalten: Du bist ein kleines Arschloch! Immer wieder und wieder. Ich mochte schier zerplatzen und alles zerstören, was sich in meiner Umgebung befand, ja, ich mochte tot-schlagen, zerstören, spürte, dass meine Wut wirklich mörderisch war und genoss das. Je länger das Ganze dauerte, desto mehr merkte ich, dass sich in meinem Inneren parallel ein anderes Gefühl auftat: Eine seltsame Art Wohligkeit, meine furchtbare Wut rausbringen und ausleben zu können und gleichzeitig davor geschützt zu werden, reales Unheil anzurichten, das meiner Wut zwar entsprochen, aber potenziell großes Leid verursacht hätte. Es dauerte lange, aber ich bemerkte zunehmend eine Erschöpfung, konnte nicht mehr, meine Kräfte schwanden, ich ließ los, parallel auch die Anderen, wobei ich jetzt erst merkte, wie erschöpft auch sie waren, wieviel Arbeit sie hatten leisten müssen und zuverlässig geleistet hatten. Mich erfüllte eine große Dankbarkeit. Langsam kam ich wieder zu Kräften, zu Atem. Mein Befinden war verändert: Meine Wut, spürte ich, war berechtigt, angemessen und für andere Menschen auch zumutbar und aushaltbar.

P. G.: Das ist eine sehr detaillierte Schilderung! Ist Dir im Zuge des *Prozesses* des Wiedererinnerns etwas aufgefallen bzw. fällt Dir dazu etwas ein?

T. R.: Während des Schreibens wurde die Erinnerung an die damaligen Erlebnisse wieder sehr präsent, mehr und mehr kam ich auch wieder in das jeweilige Gefühl von damals hinein. Mir fiel ein, wie viele sehr eindrucksvolle Erfahrungen ich im Verlauf meiner Ausbildung gemacht habe und wie wichtig v.a. die Erfahrungen auf der Körperebene waren. Ich bin sehr dankbar, dass ich, mehr ja zufällig, damit in Kontakt gekommen bin. Nach diesen Erlebnissen war

für mich klar, dass ich für mich einen Zugangsweg zu mir selbst kennen gelernt hatte, den ich anders wohl nicht hätte erlangen können. Ich spürte, dass ich zukünftig so arbeiten wollte. Wenn man so will: Das war meine Abkehr von der rein verbalen Psychoanalyse. Und ich merkte immer mehr auch, dass die Menge an „Informationen“, die während eines einzigen „Experimentes“ auf den verschiedenen Ebenen der Wahrnehmung parallel aufgenommen werden, eine „geballte Ladung“ Selbsterfahrung darstellt, die eben nicht von der unbewussten Zensur von vorneherein erstickt wird: Da laufen Sachen ab, die man nicht hat kommen sehen, oder die zumindest sich anders anfühlen, als man es sich „vorstellen“ würde.

P. G.: In diesen Sachen, die da ablaufen, oft auch überraschend – welche Rolle spielt in dieser Hinsicht der Zugang über körperliche Berührung? Ist sie vielleicht so etwas wie ein Katalysator solcher Prozesse?

T. R.: „Katalysator“ erscheint mir nur z.T. passend, weil da Neues nicht nur passiert, sondern auch neu kennen gelernt wird und die Erfahrung mit sich selbst um bisher nicht bekannte, deshalb auch nicht erwartbare, Wahrnehmungen erweitert wird, die ihrerseits dann auf verschiedenen Wegen ins Erleben eingreifen und fürderhin auch das „nur psychische“ Erleben beeinflussen. Ich verstehe ab da mich besser und umfassender, kriege mit, was alles mich ausmacht.

P. G.: Deine Erinnerungen beziehen sich auf Situationen in der Gruppe. Ich gehe davon aus, dass Berührungen für Dich in der einzeltherapeutischen Arbeit – nun in der Rolle des Therapeuten – ebenso dann und wann eine Rolle spielen. Mich interessiert die Frage, in welcher Weise sich durch einen solchen Zugang – ich nenne es mal Zugang, oder vielleicht auch Beziehungsangebot – die therapeutische Beziehung verändert, insbesondere die Sichtweise auf den

Therapeuten aus der Rolle der Patientin / des Patienten. Verändert Deiner Erfahrung nach das Angebot körperlicher Berührung die Wahrnehmung des Therapeuten aus der Sicht der Patientin / des Patienten? Der Hintergrund der Frage ist ein eigenes Erleben, aus meiner bioenergetischen Lehranalyse. Körperliche Berührung hat, neben anderen Faktoren, die therapeutische Beziehung intensiviert und die Wichtigkeit seiner Person für mich gesteigert. Ich denke mir heute, so muss ein Kind das fühlen, wenn es sich auf einen wichtigen Elternteil fundamental angewiesen fühlt. Was sind Deine Erfahrungen diesbezüglich?

T. R.: Das Angebot körperlicher Berührung lernte ich auch als Patient im Einzelsetting kennen. Das war ganz anders als in der Gruppe. Das Angebot des Therapeuten löste zunächst eine deutliche Angst aus, vielfältig: Was passiert denn da gleich? Ist dem meine Körperlichkeit nicht unangenehm? Bin ich da nicht zu blöd zu? Wird das gleich sexuell? Geht da nicht die therapeutische Situation kaputt? Dann auch andersherum: Wie erlebe ich denn *seinen* Körper? Seinen Geruch? Was macht der denn mit mir? Und so nah? Wird mir das denn nicht unangenehm? Ich merkte, dass es gefühlsmäßig zunächst so gut wie nur noch um die Körperlichkeit als solche ging, das Anliegen, dessentwegen der Versuch eigentlich unternommen werden sollte, war praktisch nicht mehr da. Dann der Augenblick der Berührung, ich spürte mein Herzklopfen, der Therapeut, merkte ich schnell, ging sehr vorsichtig mit mir um. Beruhigend. So kann ich mich einlassen, ich habe Vertrauen. Beruhigte mich immer mehr. Das ist ja gar nicht unangenehm, das ist aber neu und unvertraut, wird aber mit jeder Minute vertrauter. Eingeleitet jetzt durch seine Worte, wurde ich mir meines Fühlens bewusster und konnte jetzt mich selbst in der Situation wahrnehmen. Merkte, dass sich da was einstellte, das es vorher nicht gab. Es wurde die Berührung irgendwie nach ein paar Minuten wie „selbstverständlich“. Eine neue

Erfahrung. Ich konnte mich jetzt immer mehr auf mich selbst einlassen mit Hilfe seines Körpers. Nach dem Experiment war er mir in meinem Gefühl sehr viel näher.

P. G.: Interessant, was Du da sagst, nämlich, dass für Dich der Unterschied der Berührungserfahrung im Einzelsetting im Vergleich mit der Gruppe sehr deutlich war. Worauf führst Du diesen Unterschied im Erleben zurück?

T. R.: Für mich hatte immer das Einzelsetting eine ganz andere Atmosphäre als die Gruppe. Das Erleben des einzelnen Menschen war immer sehr viel direkter und unmittelbarer, unausweichlicher. In der Gruppe fühlte ich mich als einer unter vielen, war jemand aus der Gruppe mir „nicht ganz geheuer“, war's eine andere Person schon eher, also konnte ich mit meiner Sympathie, meinem Interesse auswählen. Eine einzelne Person, da war ich immer direkt in der Beziehung „gefordert“, ohne Wahlmöglichkeit. Viel mehr „ja oder nein“. Darin lag für mich eher eine klare Entscheidung. Und eine „Alternativlosigkeit“.

P. G.: Nicht selten wird in Zusammenhang mit Körperprozessen von „magischen Momenten“ gesprochen, die von der Qualität, aber wohl auch Intensität meistens über „Begegnungsmomente in einem sprachlichen Setting hinausgehen. Ist das auch Deine Erfahrung, sowohl in der Rolle als Patient als auch als Therapeut, und falls ja – womit verbindest Du diese „Magie“?

T. R.: Da musste ich jetzt erst einmal etwas nachdenken. Ich merke, ich tue mich etwas schwer mit Begriffen wie „magisch“. Vielleicht ist damit etwa Folgendes gemeint: Sowohl in der Patienten- als auch in der Therapeuten-Rolle gab es für mich in dem unmittelbaren Augenblick vor der Umsetzung des Vorgesehenen eine Art „Schwelle“, das waren immer nur Sekunden-Bruchteile, in denen mir eine Art „Entscheidung“ abverlangt war: Ja oder Nein. Sowas kannte ich immer

schon in Situationen, in denen „Besonderes“ anstand: Z.B. erinnere ich aus der Kindheit meinen ersten Sprung vom 5-m-Brett im Schwimmbad. Da stand ich vor etwas, das mir unheimlich war und mir auch Angst machte. Der Augenblick schien mir im Gefühl „ellen-lang“ und es gab einen inneren Kampf: Soll ich oder soll ich nicht? Mit der „Hintergrund-Entscheidungshilfe“: Ja, das musst du jetzt machen, Du hast es Dir vorgenommen und real spricht auch nichts dagegen. Und dann war der Sprung selbst etwas wie eine Erlösung: So, jetzt hast du's gemacht, jetzt läuft das ab. Und die Erfahrung: du hast es überstanden! Es war letztlich gar nicht schlimm. Jetzt hast du eine Erfahrung gemacht, das nimmt dir keiner mehr weg. Das trage ich jetzt in mir.

P. G.: „Eine Schwelle überschreiten“ – ja, das sind oftmals sehr spezielle Erfahrungen. Mit „magisch“ meine ich auch Folgendes: Es stellen sich anscheinend mühelos und oftmals mit großer Intensität und Überzeugungskraft Erfahrungen ein, „wie von Zauberhand“, z. B. tut der Therapeut – und oftmals vollzieht sich so etwas im Gruppensetting – nicht mehr, als den Patienten ganz leicht irgendwo zu berühren, z. B. auf der Brust. Ich habe so etwas wieder erlebt, dass etwas sehr „Kleines“ auf der Körperebene etwas sehr „Großes“ auf der emotionalen Verstehensebene auslösen kann. Ich vermute, Du kennst das auch. Wie ist so etwas möglich?

T. R.: Jetzt verstehe ich schon eher, was Du mit „magisch“ meinst. Im Prinzip habe ich das tatsächlich auch erlebt. In erster Linie fällt mir da das Phänomen ein, das ich immer wieder in der Therapie von schwer-gestörten Patient(inn)en erlebt habe, das ich zuletzt auch in meinem jüngsten (noch nicht veröffentlichten) Artikel beschrieben habe, den Du als Mail-Anhang auch bekommen hast: In einer fortgeschrittenen Phase der Therapie begann (als Vorstufe zur „Ruhe der bloßen Existenz“) ein Zustand, in dem der Patient/die

Patientin neben mir lag und regelmäßig einen „Minimal-Kontakt“ auf der Körperebene mit mir suchte: über eine Hand, die mich ganz leicht berührte, einen Finger, ja oder auch über die Haare, die soeben an meinem Bein oder Arm anstießen, manchmal hatte ich dabei das Gefühl, es geht hier um einen, wenn man so will, quasi „magischen“ Kontakt; so als sei der Patient/die Patientin dabei gerade einmal „wie an den Strom angeschlossen“; da ansonsten geschwiegen wurde, war das der einzige Kontakt zwischen uns, eben auf der Körperebene, minimal, aber unentbehrlich. Wir waren körperlich „in Verbindung“, und zwar für den Patienten/die Patientin tragfähig. Und mit etlichen Wiederholungen in aufeinanderfolgenden Sitzungen auch Beziehungsstiftend.

Ich glaube überhaupt, dass es zwischen Patient/Patientin und Therapeut/in überhaupt nicht (wie von Kritikern der körperorientierten Psychoanalyse immer angenommen und kritisiert wird) um einen „Körperkontakt“ im Sinne von „Umarmung“, „Halten“ u.s.w. geht, von dem dann , immer wieder die Grenzüberschreitung zur Sexualisierung befürchtet oder behauptet wird, sondern um ein reales „In-Verbindung-Sein“, das empfunden wird als „Überwindung von Einsamkeit“, ohne in irgendeiner Weise bedrohlich zu werden und in der Intensität und Dauer vom Patienten/der Patientin selbst „steuerbar“. Interessanterweise hat Balint das ganz ähnlich beschrieben.

P. G.: Wie hat Balint es denn beschrieben? Ich denke zunächst an sein berühmtes Purzelbaumbeispiel – das war doch so ein magischer Moment Richtig?

T. R.: Nun, Balint's „Purzelbaum-Beispiel“ entwickelte sich wohl zu einem „magischen Moment“, das kann ich teilen. Aber ich meinte seine im selben Buch (Therapeutische Aspekte der Regression, 1973) geschilderten, vom

Patienten/von der Patientin gesuchten minimalen Berührungen, eben ganz analog zu meinen beschriebenen Erfahrungen. Das Berühren stellt offenbar einen „Kontakt“ her, bei dem etwas Gemeinsames entsteht, das nichts zu tun hat mit Berührung im erotischen Sinne.

P. G.: Ja, vielleicht sogar so etwas wie die Erfahrung existenzieller Gemeinsamkeit?

Es ist klar, dass ein Angebot von körperlicher Berührung immer in die Beziehung eingebettet ist und in einem Gesamtkontext gesehen werden muss. Der Gesamtkontext der Einzeltherapie bzw. einer therapeutischen oder Selbsterfahrungsgruppe ist sicher nie wegzudenken. Es ist also, finde ich, nicht ganz einfach, körperliche Berührung aus diesem Gesamt herauszulösen und ihre Wirkung zu diskutieren – z. B. Berührung als „Auslöser“ einer bestimmten Erfahrung, oder aber nur als wesentliches Begleitelement in einer Gesamterfahrung. Vielleicht kann man die Gewichtung einfach auch etwas unterschiedlich sehen. Wie siehst Du das, beispielsweise in den von Dir anfangs beschriebenen Beispielen?

T. R.: Natürlich ist die körperliche Berührung eingebettet in eine Gesamtsituation, in der sie stattfindet. Ich glaube, dass der Ablauf einer körperlichen Berührung und ihre Auswirkungen bzw. Folgen ganz stark davon abhängig sind, was sie für den Menschen, der sie erstmalig erlebt, bedeuten (und das kann, glaube ich, sehr unterschiedlich sein): Wenn die Berührung bei einem Menschen erfolgt, der zu seinem Körper keine oder eine eher fremde Beziehung hat, ist das dann sicher schnell „magisch“, das trifft m.E. auch auf die Balint'sche Patientin zu mit dem Purzelbaum: eine Neu-Erfahrung und keine reine „Befreiung“ (von etwas zwar grundsätzlich Vorhandenen, bisher aber Gehemmen, das jetzt freigesetzt worden ist). Der Patient/die Patientin ist zum ersten Mal „an das

Leben angeschlossen“ wie an den Strom. Insofern stimme ich Dir zu, wenn Du schreibst, dass das nicht leicht ist, die Wirkung einer Berührung „aus dem Gesamt herauszulösen“ und isoliert zu betrachten.

Dein Ausdruck „existenzielle Gemeinsamkeit“ gefällt mir recht gut. Der Patient/die Patientin ist durch den leiblichen Kontakt und die empfundene lebendige Körperlichkeit des Therapeuten/der Therapeutin vielleicht (in Resonanz) zum ersten Mal mit eigener (körperlicher) Lebendigkeit konfrontiert. Er/sie spürt etwas, das er/sie bisher nicht kannte.

P. G.: So wie vielleicht meine „Schreipatientin“, die sich im achten Therapiejahr in gewisser Weise „ins Leben hineingeschrien“ hat – es folgten nach dieser Erfahrung bemerkenswerte Veränderungen. Körperliche Berührung war bei dieser Erfahrung – und zwar in schmerzvoller Weise – eine notwendige Voraussetzung, dessen bin ich mir ziemlich sicher.

Bei dieser Patientin habe ich für eine Weile im offenen Setting mit zunächst subtilen, lokal begrenzten, später auch großflächigen Berührungen gearbeitet. Im letzten Drittel unserer Arbeit haben wir wieder – wie zu Beginn der Therapie – im Gegenübersitzen gearbeitet. Ich würde sagen, die Berührungserfahrungen waren bei dieser Patientin ein sehr wesentliches Moment, um die therapeutische Regression zu befördern. Man könnte im Sinne Winnicotts von einem Übergangsphänomen sprechen – d. h. übergangsweise war intensive Körperberührung ein essenzieller Bestandteil des therapeutischen Geschehens, dann trat ihre Bedeutung wieder zurück, aber nicht vollständig. Es kam gelegentlich zu Berührungen, z. B. am Ende der Stunde, wenn sie sich wünschte, dass ich für ein, zwei Minuten ihre Hand halte. Diese Abschiedshandlungen hat sich in einer späteren Katamnese (drei Jahre nach Therapieende) als für sie sehr bedeutsam herausgestrichen.

Wo ich mir auch relativ sicher bin: Körperliche Berührung kann die Involvierung in die Übertragung enorm beschleunigen und eine starke Emotionalisierung des Geschehens zur Folge haben. Wo ich mir nicht so sicher bin: Ob der Preis für diese Intensivierung darin besteht, dass die Auflösung der Übertragung nur begrenzt möglich ist. Ich würde das auf jeden Fall bei der beschriebenen Patientin so sehen, und auch in meiner Eigenerfahrung als Patient in der bioenergetischen Lehranalyse würde ich es ebenso sehen. Das fünfjährige Geschehen war emotional sehr intensiv, es fand viel körperliche Berührung statt. Um die Übertragung auf meinen Analytiker einigermaßen lösen zu können, bedurfte es aber einer nachfolgenden siebenjährigen Analyse. Natürlich kamen in dieser Analyse viele Themen zur Sprache und nicht nur die seinerzeitige Beziehung zu meinem Analytiker, und doch hat mich dieselbe immer wieder beschäftigt. Es fiel mir viele Jahre schwer, in als „reale“ Person, in all seinen Stärken und Schwächen, zu sehen.

Was sind diesbezüglich Deine Erfahrungen?

T. R.: Mit Deinen Ausführungen habe ich diesmal einige Schwierigkeiten. Ich kann einen guten Teil nachvollziehen, z.B. die Beschleunigung der „Involvierung in die Übertragung“ durch körperliche Berührung“. Und auch „eine starke Emotionalisierung des Geschehens“. Aber als „Übergangsphänomen“ i.S. von Winnicott? Da mag ich nicht mitgehen. Für mich ist die körperliche Berührung eine „Neu-Erwerbung“ für den Patienten/die Patientin, die als Fähigkeit zunächst neu erlebt und dann in den Bereich zur Verfügung stehender Empfindungs-Möglichkeiten aufgenommen wird und dort bleibt. Mag sein, dass die Berührung in ihrer Bedeutung im Verlauf der weiteren Therapie durchaus Schwankungen unterliegt und evtl. passagenweise auch in den Hintergrund tritt: Für mich ist sie aber in das Spektrum der

Kommunikations-, „Werkzeuge“ aufgenommen worden, wenn man so will: Der Patient/die Patientin hat eine neue Sprache kennengelernt, in der er/sie sich nicht ständig ausdrücken muss, auf die er/sie aber jederzeit zurückgreifen kann. Eine Intensivierung der Übertragung und auch der Regression wird nach meiner Erfahrung durchaus durch die Körperebene gefördert. Eine Problematisierung der späteren Loslösung habe ich aber weder als Patient, noch als Therapeut erlebt.

Das Phänomen, jede Stunde abzuschließen mit einer körperlichen Berührung habe ich auch erlebt: Eine Patientin, die sehr lange in meiner Analyse war und in deren Verlauf auch Berührung kennen gelernt hatte, bat darum, dass ich ihr in jeder Stunde am Ende mitteilte, dass jetzt noch zehn Minuten Zeit übrig seien und ihr eine Hand auf den Bauch oder den Rücken legte. Gesprochen wurde in diesen zehn Minuten nicht mehr. Mir kam das vor wie ein Wahrnehmen, vielleicht „Auftanken“ von/mit Nähe quasi „zum Mitnehmen“.

T. R.: In dem Sinne habe ich das auch bisher schon gesehen/empfunden. Du drückst es nun nur deutlicher aus. Mir steht es natürlich nicht zu, die Arbeit Deines Lehranalytikers zu beurteilen, aber der lange Zeitraum Deiner Abhängigkeit von ihm, den Du da beschreibst, erschreckt mich schon. Und ich glaube, dass Du da recht hast, wenn Du vermutest, er habe „Guru“-Eigenschaften gehabt und sei seinerseits nicht in der Lage gewesen, sich mit eigenen „Schwächen und Verletzlichkeiten angreifbar“ zu machen. Allerdings ist es auch nicht seine Aufgabe, den „Aufstand der Söhne“ herbeizuführen, sondern die Söhne müssen (und werden normalerweise) den Aufstand, den „Titanen-Sturz“ selbst einleiten und durchführen. Und die genannten „schmerzhaften Druckpunkttechniken“, mit denen er gearbeitet hat, machen mich sehr skeptisch: Die mögen ja in sich sinnvoll gewesen sein, aber: es waren „Techniken“; solche lassen mich meist zurückschrecken. Das sind ja i.d.R.

vonseiten des Therapeuten von außen in die Beziehung hineingetragene Vorgehensweisen, ja, ich möchte sie (vielleicht ist das aber auch zu viel) in die Richtung von „Manipulationen der Situation“ interpretieren. Da wächst (vielleicht auch nur unklar oder unbeholfen) kein eigenes „Bedürfnis“ im Patienten heran, das ich als Therapeut aufgreife und auf das ich antworte mit dem Angebot eines Experimentes.

Insgesamt scheinen mir da einige auffällige „Vermengungen“ der Beziehungsebenen zwischen Dir und dem Therapeuten stattgefunden zu haben: Analytiker, Ausbilder, Förderer, Guru, ... Ich bin davon überzeugt, dass die einzelnen Rollen in der Ausbildung sauber voneinander getrennt gehalten werden müssen (am Adler-Institut obligatorisch), sonst macht die eine Art der Beziehung die andere kaputt oder lässt sie zumindest nicht zur Entfaltung kommen. Und als erfahrener Ausbilder finde ich es ganz wichtig, dass im Rahmen einer Lehranalyse auch die „negativen“ Affekte auftreten. Eine jahrelange nur positive Übertragung macht mich dann unruhig ...

P. G.: Ich gebe Dir vollkommen Recht. Zugleich merke ich, dass ich ihn auch in gewisser Hinsicht entschuldigen will, bzw. darum bemüht bin, das Gesamtbild zu sehen. Es waren damals – zu Beginn der 80er Jahre – zumindest hier in Österreich Zeiten, in denen, durchaus auch im positiven Sinn, viel experimentiert wurde. Ich füge noch zweit weitere, aus heutiger Sicht völlig „unmögliche“ Aspekte hinzu: Die fünfjährige Lehranalyse wurde in einem Triadensettig durchgeführt, d. h. wir fuhren – es war ein weiter Weg zu ihm über 300 Kilometer – zu dritt zu zwei Lehranalysetagen zu ihm hin: Christine (mit der ich seit 1980 zusammen bin), mein bester Freund und ich. Die Analyse spielte sich so ab: Es war ein Block von 4 Stunden. Jeder hatte eine Einzelstunde in Anwesenheit der anderen, dann fand quasi eine Gruppenstunde statt (in der oft die Dynamik zwischen uns vier zur Sprache kam). Am nächsten Tag nochmals

der gleiche Block, und so ging das alle zwei, drei Wochen fürs insgesamt fünf Jahre, mit Ausnahme des vierten Jahres: Da hatte jeder von uns Einzelstunden bei ihm ohne die Anwesenheit der anderen; die gemeinsame Gruppensitzung blieb aber erhalten.

Da er ein sehr gefragter Therapeut war, mussten wir im Laufe der Jahre zunehmend mehr um die Sitzungen „buhlen“. Es war kein von vornherein fixierter sicherer Raum, auf den man sich verlassen konnte, sondern die Termine wurden von mal zu mal vereinbart. Ich denke nachträglich, dass war ein sehr wichtiger Punkt und beeinflusste die Übertragung bzw. Abhängigkeit.

Die Beziehung zu meinem besten Freund zerbrach übrigens im Laufe der Jahre; hingegen würde ich behaupten, dass der Umstand, dass ich weiterhin mit Christine zusammen bin, auch ihm bzw. dem Gesamtgeschehen zu verdanken habe. So arg und vermischt dies alles aus gewisser Sicht auch wirken mag, es verband uns auch sehr. Allerdings kamen sicherlich wesentliche Aspekte unserer selbst in jeweils getrennten Einzelanalysen (die wir beide machten) erst viel später zur Bearbeitung.

Die Druckpunktarbeit ist ein besonderer Aspekt. Sie war keineswegs erzwungen. Doch wusste ich bzw. hatte das in Gruppen immer wieder erfahren, dass Teilnehmer sich erst im Zuge solcher Techniken zu öffnen vermochten, ihn sehr tiefe Regressionen hineingerieten, die fast immer nachträglich ein großer Dankbarkeit ihm gegenüber hinterließen.

Es war eben etwas Besonderes uns so übrigens hat sich dieser Verein auch nach außen gegeben: Als etwas Besonderes. Die Besonderheit wurde dadurch gefördert, dass für die Ausbildungseinheiten („klinische Tage“, d. h. ein Wochenende etwa fünfmal im Jahr) keine Kosten entstanden: die Ausbilder,

drei an der Zahl, stellten sich kostenlos zur Verfügung, für einen Kreis von anfangs knapp zehn Personen, dieser wuchs dann im Laufe der Jahre an. Der Verein, die DÖK (Deutsche und Österreichische Gesellschaft für Körperpsychotherapie / Bioenergetische Analyse), pflegte mir Absicht ein Einzeldasein, z. B. hielt man sich von Kongressen, übergreifenden bioenergetischen Tagungen und dergleichen fern, nach dem Motto: Wir machen das anders, d. h. besser.

Speziell mein Lehranalytiker war tatsächlich ein beeindruckender Mensch. Nachträglich bin ich dennoch bestürzt, wie sehr ich (und auch andere) unser kritisches Ich außen vorgelassen haben. Die Revolte fand übrigens tatsächlich statt, scheiterte aber und endete mit etlichen Austritten aus dieser Gesellschaft, auch meinem. Interessant bzw. bezeichnend finde ich, dass meine intellektuelle Entwicklung als Artikel- und später Buchschreiber zeitlich gesehen mit der Ablösung von diesem Verein stattfand, inhaltlich gesehen über die Opposition (meine früheren Schriften war ausgesprochen Bioenergetik-kritisch).

Um zum Thema Berührung zurückzukehren: Sie war ein selbstverständlicher und in dieser Zeit nicht hinterfragter Aspekt des Gesamtgeschehens. Gleichzeitig war sie doch auch irgendwie „technisch“, denn mein Lehranalytiker war im Normalkontakt keineswegs ein Mann, der „touchy“ war, sondern im Gegenteil, der eine gewisse Distanz ausstrahlte. Es war klar, dass die Berührung nur auf diesen Kontext: die Einzel- oder Gruppensitzungen beschränkt waren.

Ich selbst habe später vereinzelte mit Druckpunkttechniken gearbeitet und habe es irgendwann weitgehend gelassen. Es gibt Ausnahmesituationen, da greife ich auf sie zu, mittlerweile wissend, dass es ja Beziehungsangebote sind und nicht bloße Techniken. Bei der Patientin, die im achten Therapiejahr in eine fast psychotische Verfassung geraten ist und einige Minuten wie am Spiel geschrien

hat, habe ich vor dieser Öffnung ihre Trapezmuskeln heftig gedrückt; sie hatte das übrigens auch gewollt. Der Verlauf scheint mir Recht zu geben, dass so etwas manches Mal sinnvoll sein kann, denn die positiven Veränderungen im Laufe der kommenden Monate waren unverkennbar (der Schrei hatte sich lange angekündigt und sie spürte, sie wollte ihn auch „gebären“, vermochte es aber auf andere Weise nicht). Allerdings ist die Ablöse, sprich die Auflösung der Übertragung, nur in begrenzter Weise möglich gewesen. Das meinte ich damit, wenn ich sagte, vielleicht hat diese Intensität auch ihren Preis.

Ein interessanter Punkt ist noch: solche intensiven Berührungserfahrungen (in einer gewissen Kontinuität) „bleiben“, sie sind nicht psychisch zu vernichten – finde ich jedenfalls. Erfahrungen, auch gute Erfahrungen, können ja nachträglich verleugnet, in gewisser Weise vernichtet werden. Ich behaupte, dass das bei Berührungserfahrungen, wenn sie wiederholt in einem guten Rahmen stattfanden, nicht so leicht möglich ist.

Die Intensität dieser Erfahrungen kann aber auch in Grenzbereiche führen. Ich kenne einen Verlauf, aus dieser Zeit der beginnenden 80er Jahre, da wurde in einem Gruppenkontext in Zusammenhang mit vielen anderen Faktoren eine Frau (es war ein einwöchiges Seminar in der Toskana, es wurde nackt gearbeitet, der Gruppenleiter entwickelte eine sexuelle Übertragung auf sie, die in einer offen gezeigten Erektion mündete) psychotisch und verbrachte im Anschluss daran einige Zeit in einer geschlossenen Anstalt. Das ist natürlich ein Extrembeispiel. Kennst Du aus Deiner Arbeit Verläufe, in denen es „kritisch“ wurde und Du Dich dem Risiko einer psychotischen Entwicklung einer Patientin ausgesetzt sahst?

T. R.: Oh ja! Ich muss da v.a. an zwei Patientinnen denken:

Die erste war mit einer schweren Borderline-Problematik bei mir. Sie hatte als Kind einen sexuellen Missbrauch durch ihren Vater erlebt, den sie aber leugnete. Es ging ihr lange Zeit schlecht, das hieß u.a., dass sie nachts kaum schlafen konnte. Zu einer Stunde erschien sie in erbärmlichem Zustand, erschöpft und sichtbar total müde. Ich begrüßte sie, sprach ihren Zustand an und bot an (wir arbeiteten im Sitzen), ob sie sich nicht einfach mal hinlegen wolle, (ich wollte keinen Setting-Wechsel einleiten, sondern nur ihrem aktuellen Zustand Rechnung tragen). Nach einigem Zögern willigte sie ein und legte sich auf einen vorhandenen Matratzen-Stapel. Kurz danach bat sie mich, das Licht auszumachen (es war eine Sitzung im Winter und abends, also es war dunkel). Das wollte ich nicht, kam ihr aber so weit entgegen, dass ich das Licht dämpfte. Dann fing sie an, auf eine befremdliche, ich fand: sarkastische, Art zu lachen und sagte: So, dann kann das Spiel ja beginnen. Ich wusste zunächst nicht, was sie meinte, fragte nach. Sie begann jetzt, mich zu duzen: So Vater, du kannst deine Maske abnehmen, ich habe dich erkannt. Also: Sie wählte sich in einer Missbrauchssituation mit ihrem Vater, der sich mit meinem Gesicht als Maske getarnt habe, erwartete, dass ich jetzt zu ihr kommen und sexuell zudringlich werden würde. Sie war davon zunächst nicht abzubringen, sprach mich weiter mit „Vater“ an ... Es brauchte eine längere Arbeit, um sie wieder zu einem „normalen“ Erleben zu bringen. Also: Eine klare Übertragungs-Psychose.

Die zweite Patientin war eine schwerkranke Frau mit einer massiven Persönlichkeitsstörung und einer „Multiplen Persönlichkeit“, die schon zwei analytische Therapien begonnen und abgebrochen hatte, die beide mit einer sexuellen Beziehung zwischen ihr und dem jeweiligen Analytiker geendet hatten. Ich wusste vor den Sitzungen nie, wer von den „8 Personen“, die in ihr hausten, wohl an diesem Tag kommen würde. Sie erzählte immer wieder sehr unzusammenhängendes Zeug, bei dem ich oft keinen „inneren Zusammenhang“ entdecken konnte, schilderte Erlebensweisen, die so nicht sein konnten. Ich war

sehr irritiert. Eine Sitzung war im November abends um 19:00 h. Danach hatte ich noch 2 Sitzungen mit anderen Patienten. Als ich dann um ca. 22:30 h aus der Klinik trat und zu meinem Auto ging, erschrak ich: Die Patientin stand in der Dunkelheit da, hatte mein Auto (es war Regenwetter) mit Blättern beklebt und mit dem Finger in der Nässe mit magischen Zeichen „beschrieben“. Als ich sie ansprach, stammelte sie Sachen, die ich nicht verstand. Ich zögerte, die Patientin in dem Zustand alleine zu lassen. Aber direkten Anlass für z.B. eine Einweisung hatte ich auch nicht. Ich fuhr mit großer innerer Unsicherheit nach Hause. In der nächsten Sitzung sprach ich ihr Verhalten in der letzten Zeit an. Sie reagierte unerwartet: Es schien ihr schon klar zu sein, dass sie sich in eine eigene Welt begeben hatte, die „der normalen“ bestenfalls „benachbart“ war, die aber nur in ihr herrschte. Mir wurde immer deutlicher, dass sie psychotisch war. Sie war dabei heiter, überlegte, ob sie sich in der „Anderen Welt“ nicht viel wohler fühlte und ob sie nicht dort bleiben sollte ... Ich erlebte die Gesamtentwicklung der Patientin als eine immer weiter gehende Verschlechterung, bekam auch Angst und zweifelte sehr daran, ob wir ambulant und modifiziert-analytisch weiterarbeiten könnten oder sollten. Ich entschloss mich, die Behandlung mit aller Vorsicht fortzusetzen, voller Unruhe und Zweifel. Es gelang, wurde eine mehrjährige und letztlich gut gelungene Therapie. Im Nachhinein: Mit meiner heutigen Erfahrung würde ich keine solche Angst mehr vor psychotischem Erleben bei Patienten/innen haben.

Nun einmal zurück zu Deinen umfänglichen Schilderungen. Was Du beschreibst, sind „Stirnrunzeln-machende“ Verhältnisse in der Ausbildung, für mich nur zu verstehen als in den damaligen Umbruchs-Situationen angesiedelt. Es gibt eine Menge Stellen, an denen ich ansetzen könnte:

Einzel-Selbsterfahrung in Anwesenheit Dritter? Kein Kontinuum, sondern Wochenend-Blöcke? Es fällt mir schwer, das „Analyse“ zu nennen. Und bei

aller Offenheit gegenüber der „Leiblichkeit“: Selbsterfahrung oder Ausbildungsgruppe nackt? Das sind für mich alles „No-Go“s. Da geht alles, aber auch alles, verloren, was die Psychoanalyse ausmacht. Mir kommt es so vor, als seien Deine Erfahrungen im Rahmen der Ausbildung gemischt bioenergetisch mit einzelnen psychoanalytischen Elementen gewesen. Jetzt wird mir auch klar, dass wir unterschiedliche Gewichtungen legen bei der Einbeziehung von Körperlichkeit in die analytische Behandlung: Du bist, so empfinde ich das, viel mehr als ich orientiert an der vorrangigen praktischen Ausübung von Körperlichkeit, für mich ist sie kein obligatorischer, sondern ein, meist wünschenswerter, ergänzender und hilfreicher Bestandteil analytischer Arbeit, da bin ich „Adlerianer“: Einbeziehung von allem, was ein Patient/eine Patientin hervorzubringen in der Lage ist, egal in welcher Sprache, darunter natürlich ganz wesentlich die Körperlichkeit.

Dass deine Kollegin in der Toskana bei der Gruppendurchführung in nacktem Zustand und durch sie ausgelöste Erektion beim Gruppenleiter psychotisch dekompenziert ist, wundert mich nicht: Das Nebeneinander der verschiedenen Rollen (Ausbildungssituation, Leiter mit sexueller Übertragung und offensichtlichen sexuellen Begehren), das ist „verrückt-machend“! Da möchte ich sagen: Geht gar nicht! Therapeut/auch Gruppenleiter: Das ist für mich in erster Linie eine „väterliche“ Situation. Günter hat das einmal m.E. sehr gut ausgedrückt: Ein Kind wird immer ´mal erotische Wünsche in Richtung des Vaters haben, vielleicht auch äußern. Der souveräne Vater wird darauf antworten mit: Du bist ein wunderschönes Mädchen und wer dich später mal abkriegt, ist beneidenswert. Aber ich bin dein Vater, und das bedeutet: Da gibt es keine erotische Beziehung. Das gilt auch in einer therapeutischen Situation. Anders geht's nicht.

Nun: sehr komplexe Themen, über die man noch viel diskutieren könnte...

P. G.: Absolut! Vielleicht noch ergänzend, obwohl ich es vielleicht schon gesagt habe: Nach dieser bioenergetischen Erfahrung, die total intensiv war, tatsächlich aber auch verrückt-machende Elemente enthielt, habe ich ja eine siebenjährige Analyse bei einer selbstpsychologisch orientierten Psychoanalytikerin gemacht und war total integrierend, die Arbeit meine ich, aber ohne jegliche körperbezogenen Elemente.

Tatsächlich bin ich im körperlichen Einbeziehen nach wie vor schwerpunktmäßig eher reichianisch unterwegs als szenisch. Auch wenn es schon auch szenische Arbeit geben kann, so ist mir das Herangehen an den Affekt in einem reichianischen Sinn einfach vertrauter. Mittlerweile achte ich viel mehr als früher darauf, dass die „Türen“ nicht nur geöffnet, sondern auch geschlossen werden können. Da hat mir die Auseinandersetzung mit der OPD-2 (insbesondere mit den darin gut beschriebenen Strukturunterdimensionen) sehr gut getan.

Ich beziehe das Körperliche möglicherweise auch nicht auf eine Weise so selbstverständlich ein wie Du. Es gab und gibt eine Reihe von Patient:innen, mit denen ich nie im offenen Setting arbeite bzw. gearbeitet habe. Einerseits ist mein Eindruck, dass die verbale Analyse oftmals sehr ergiebig und weiterführend ist. Das Körperliche kommt dann lediglich über die Wahrnehmungsebene rein, indem ich auf körperliche Signale der Patientin oder auf meine eigenen achte. Andererseits ist es so, dass der Gang ins offene Setting bei mir meistens einen eigenen Schritt des Einlassens notwendig macht, möglicherweise durchaus auf dem Hintergrund meiner Erfahrungen, wie ich sie versuchte zu beschreiben.

Ich habe nicht mehr im Kopf, wie viel Du die letzten Jahre gearbeitet hast, insbesondere während der Pandemiezeit. Ich weiß nicht, ob Du jemals mit Zoom

oder Skype oder telefonisch mit Patient:innen gearbeitet hast. Hat sich im Hinblick auf die Berührungsthematik infolge der Pandemie für Dich etwas verändert? Der Hintergrund der Frage ist, dass in ein solches Signal durchaus von einer Reihe von Kolleg:innen bekomme....

T. R.: Seit meiner Berentung in der Klinik arbeite ich nicht mehr psychotherapeutisch-praktisch , Ganz einfach: weil ich keine Räume mehr dafür habe; die seinerzeitigen hatte ich von der Klinik angemietet; neue Räume anzumieten wäre angesichts einer nur beschränkten psychotherapeutischen Tätigkeit zu aufwendig und zu teuer gewesen. Ich wollte auch einfach nicht mehr: Ich habe ja immer mit sehr kranken Patienten/innen gearbeitet; das war ja immer mein Anliegen: richtig schwerkranken Menschen zu helfen; gearbeitet In der Pandemie-Zeit habe ich schon nicht mehr. Auch nicht mit Zoom oder Skype. Es gibt Kollegen/innen, die das gemacht haben und meinen, das sei gut gelaufen. Ich kann dazu nichts sagen, aber vom Gefühl her wäre das für mich damals nichts gewesen. Ich hatte immer das Gefühl, ich brauche die reale und leibliche Beziehung zum Patienten/zu der Patientin. um mit ihnen in der Beziehung arbeiten zu können. Ich bin aber andererseits auch nicht vertraut mit diesen modernen Medien: Ich bin ein total altmodischer Mensch. Ich habe langsam auch das Gefühl, ich bin ein „alter Mann “. Und habe auch gar kein Interesse an einer Erweiterung der „künstlichen Arbeitsebenen. Vielleicht, ja wahrscheinlich, schüttelt man in der jüngeren Generation den Kopf über mich. Bitte sehr, soll man doch ruhig machen. Ich habe so viele gute Entwicklungen von Patienten/innen erlebt, dass ich in vielen Fällen heute noch froh, zuweilen fast glücklich bin...

P. G.: Zum Abschluss habe ich folgende Frage. Sie betrifft Kolleg:innen, die bisher verbal gearbeitet haben, die sich aber für die Setting-Öffnung interessieren, die 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? Körperbezogene Selbsterfahrung wird natürlich vorausgesetzt....

T. R.: Körperliche Selbsterfahrung ist für mich die notwendige Voraussetzung für jede Setting-Öffnung. Zum Zweiten wäre für mich die begleitende Supervision obligatorisch. Dann niemals eine Berührung anfangen, wenn sich der Patient/die Patientin, wie ich das nenne: „im „oralen Modus“ befindet, d.h. wenn die Berührung angefragt oder erbeten wird und dabei spürbar einen wunscherfüllenden, tröstenden oder irgendwie „befriedigenden“ Charakter haben soll. Dann „Hände weg!“. Ansonsten schlage ich vor, gar keine komplizierten „Übungen“ zu versuchen, sondern (ich bin Adlerianer!) den Patienten/die Patientin genau zu beobachten, seine „leiblichen Entäußerungen“ (und seien sie noch so klein, unbeholfen, beiläufig, ...) aufzugreifen, zu verbalisieren und gfls. dazu einzuladen, den Impuls doch einmal bewusst wahrzunehmen, zu wiederholen, ihn als „nicht ganz zufällig“ bewusst zu machen und zu versuchen, ihn als „Ausdruck“ zu erkennen, der mit dem „zusammenpasst“, das er/sie gerade verbal geäußert hatte. Bei mehreren erlebten derartigen Situationen wird der Patient/die Patientin nach meiner Erfahrung ohne mein Zutun von selbst auf „die Art der Sprache“ kommen, die sich auf der Körperebene (jeweils) mitteilt und u.U. oder gelegentlich auch oft über das hinaus geht, was verbal ausgedrückt wird. Aus diesen Ansätzen (also des „Sprach-Erlernens“) können sich dann weitergehende Impulse entwickeln, und dementsprechend wird die therapeutische Beziehung eine vertrautere, differenziertere und letztlich weiterführende werden. Die Einbeziehung des Körpers führt so zu einer Ergänzung des Spektrums der unterschiedlichen Äußerungs- und Sprachformen, mit deren Hilfe die ganze therapeutische Beziehung sich vollzieht.