

Kontakt, Beziehung und Berührung

Kontakt, Beziehung und Berührung im körperpsychotherapeutischen Kontext kann man als einen aufeinander aufbauenden sowie einander teilweise bedingenden Prozess begreifen. Die Fähigkeit, Kontakt zuzulassen, und die Einladung der Therapeutin zur Kontaktaufnahme ist die Eintrittskarte in einen Beziehungsraum, in dem Berührung – sowohl taktil als auch metaphorisch - erlebbar werden kann und tiefgreifende Heilungsprozesse Anregung erfahren.

In der Geschichte der Körperpsychotherapie spielten die Begriffe Kontakt, Kontaktfähigkeit, Kontaktvermeidung, in Kontakt kommen, schon immer eine wichtige Rolle. Kontakt kann jedoch nicht mit den Begrifflichkeiten und Inhalten von Bindung und Beziehung gleichgesetzt werden. Kontakt und Beziehung/Bindung unterscheiden sich hinsichtlich Qualität und Zeitdauer. Bei Kontakt denken wir in kurzfristigen Dimensionen, während wir bei Beziehung und Bindung in mittel- bis langfristigen Dimensionen denken.

Kontakt

Im körperpsychotherapeutischen Prozess nimmt die Bedeutung von Kontakt einen sehr prominenten Platz ein. Ein wesentliches Ziel in der Körperpsychotherapie ist die Herstellung von Kontakt und die Förderung der Kontaktfähigkeit. Ich glaube man kann behaupten, dass die unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen mit ihren differenzierten Eigenheiten unter anderem auch eine gemeinsame Erscheinungsform haben, nämlich die der Vermeidung eines ungehinderten Kontakts zum eigenen Körper-Selbst, wenn sich dies auch auf unterschiedlichen Strukturebenen, in differenzierten Symptomatiken und einzigartigen individuellen Eigenwahrnehmungen präsentiert. Ob wir auf den unterschiedlichen Strukturebenen von Dissoziation, Spaltung, Abwehr, Verdrängung, Vermeidung sprechen, scheint es immer um ein einziges organismisches Ziel zu gehen, nämlich die Hintanhaltung von unerträglich erscheinendem psychischen Leid.

Wie und in welcher Form die Klientin mit diesen Anteilen in Kontakt kommen kann, welches Vorgehen hier hilfreich sein kann, hängt wesentlich davon ab, wie sich das Körper-Selbst entwickelt hat, um diese unerträglichen Erfahrungen, sowohl auf körperlicher wie emotionaler Ebene abzuwehren. Emotionen und Gefühle haben jedenfalls spürbar mit dem Körper zu tun (Damasio). Dieses Spüren über den Körper hilfreich anzuregen, gehört zu den basalen Vorgehensweisen in der Körperpsychologie. Welche Notwendigkeiten sich an die Wahrnehmung und dem Erspüren von Gefühlen ergeben, hängt einerseits mit strukturellen Gegebenheiten der Klientin und andererseits mit einer adäquaten Prozessdynamik zusammen.

Daraus ergibt sich, ob Gefühle ausgedrückt, reguliert, assoziiert oder integriert werden müssen.

Hier ist die Körpererfahrung ein wesentlicher Aspekt, zumal der körperliche Ausdruck bewusste und vor allem unbewusste Zugänge offenbart. Der Leidensdruck, mit dem Menschen in Therapie kommen, verstärkt meist noch die Tendenz, sich dem eigenen Körpererleben und der bewussten Wahrnehmung von Gefühle zu entziehen und eher instrumentelle oder idealisierende Positionen gegenüber der eigenen Körper- und Gefühlsrealität einzunehmen.

Bereits die erste Kontaktaufnahme zwischen Therapeutin und Klientin lässt die Beteiligten multimodale Erfahrungsprozesse auf emotionaler, sensorisch-vegetativer und kognitiver Ebene durchlaufen. Bereits hier beginnt für die Therapeutin die schwierige, komplexe und herausfordernde (Grat)Wanderung von gefühltem Kontakt zwischen eigenen und fremden Körper-Selbst und gleichzeitig der therapeutischen Selbstreflexion. Das Körper-Selbst von Klientin und Therapeutin offenbart sich unmittelbar in der ersten Sitzung.

Unmittelbar verbunden mit diesem ersten Inkontakttreten ist der Umgang mit Grenzen und wie die beiden Körper-Selbst diese noch unbewusst und spontan in Bezug aufeinander organisieren. Durch die bewusste Einbeziehung des Körpers bewegen wir uns auch intensiver und schneller in eine Erfahrungstiefe von Kontakt, die auch die Wahrnehmung des "Nicht in Kontakt Seins" bzw. der Gefühllosigkeit ermöglicht. Sofort zeigen sich auch Aspekte intrapsychischer wie interpsychischer Erfahrungswelten, die einer Intention und Führung seitens der Therapeutin bedürfen, um Räume für körperliche und emotionale Wahrnehmung und Bewegung, sensomotorische Experimente und verbal-kognitive Verarbeitung angemessen zu öffnen. Das erfordert eine Kompetenz und Erfahrung seitens der Therapeutin hinsichtlich Standortbestimmung, Tempo, körperorientierten und verbalen Interventionsstrategien und nicht zuletzt diagnostischem Erkennen.

Therapeutin und Klientin beginnen das vorhandene Material erst zu einem Zeitpunkt bewusst zu sichten, zu dem sich einige körperliche Ausdrucksformen und Gefühlreaktionen längst – wenn auch verdeckt – gezeigt haben, bevor aber schon ein tragfähiges Commitment für eine therapeutische Beziehung besteht.

Zu diesem Zeitpunkt stehen wir am Beginn eines erfahrungsorientierten Therapieprozesses, der der Klientin ermöglichen soll, ihre Selbstorganisation zu beobachten und mit der Therapeutin hilfreiche korrigierende Erfahrungen zu entwickeln. Hier ist es sinnvoll und unterstützend, die Klientin stärkende und ressourcenfördernde Körpererfahrungen machen zu lassen.

Hingegen bleiben der Kognition nicht zugängliche und vorsprachliche Bereiche, die häufig von intensiven Empfindungen von Angst, Chaos und Desorganisation begleitet sind, klar und ausdrücklich einer auf längere Dauer angelegten, tragfähigen therapeutischen Beziehung vorbehalten.

Es scheint insbesondere in der Eingangsphase eines therapeutischen Prozesses wichtig, die Klientin zu Sicherheit gebenden Körper- und Gefühlserfahrungen einzuladen, die für Hoffnung und Erleichterung sorgen.

Zum Beispiel: eine Adipositas-Klientin, die einen kleinen Bereich ihres Körpers orten kann, in dem sich etwas gut anfühlt, atmet auf und sagt erleichtert: "Ich hätte nie gedacht, dass mein Körper zu so etwas fähig ist", oder: eine Klientin mit posttraumatischer Belastungsstörung, die nach einer körperlichen Stabilisierungsintervention wieder Zugang zu einer längst verschollen gedachten Fähigkeit findet: "Jetzt kann ich mich wieder erinnern, dass ich mich früher auch oft selbst beruhigen konnte."

Die Arbeit mit und an den eigenen Ressourcen ist gerade in der Eingangsphase einer Psychotherapie in unserer Sicht besonders wichtig, um einerseits das Vertrauen der Klientin in ihre eigenen Fähigkeiten und dem was gut ist in ihrem Leben zu unterstützen und andererseits sie stärkende Beziehungserfahrungen erleben zu lassen.

Hier kann uns der Ansatz der Salutogenese (Antonovsky) zusätzlich anleiten, der insbesondere folgende Gefühlsbereiche mittels Körpererfahrungen stimulieren kann, um im Moment nicht präsente Ressourcen bewusst zu machen: Das Gefühl der Verstehbarkeit, das Gefühl der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit einer Krise oder Situation sowie Gefühle von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit des eigenen Erlebens und Handelns.

Wenn sich diese ersten Kontaktaufnahmen zwischen KlientIn und TherapeutIn als hoffnungsvoll und sinnstiftend erwiesen haben, kann man von einem neuen Prozessabschnitt, nämlich dem Eintritt in eine therapeutische Beziehung sprechen.

Beziehung

Aus unserer Sicht stellt die Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn die Basis des therapeutischen Prozesses dar. Aus ihr erwachsen therapeutische Intentionen, sie bestimmt grundsätzlich und situativ die Wahl der Interventionen, Methoden, Werkzeuge und Settings.

Die Qualität dieser Beziehung und ihre tatsächlichen Wirkfaktoren zu erfassen und zu bestimmen, ist wohl nur ansatzweise möglich, da sie nur im Zusammenhang mit ihrer jeweiligen Einzigartigkeit und Individualität ihre Heilkraft entfalten kann.

Wesentliche Grundvoraussetzungen für eine gelingende therapeutische Beziehung sind in der Körperpsychotherapie die empathische, wohlwollende und wertschätzende Haltung der Therapeutin gegenüber der KlientIn und ein persönliches Sich Einbringen in den gemeinsamen Beziehungsprozess, der so Entwicklung und Veränderung ermöglicht.

Zusätzliche Aufgabe der Therapeutin ist, neben der menschlichen Gestaltung einer lebendigen und reaktionsbereiten Beziehungsdynamik, die therapeutische Expertise hilfreich einzubringen und somit einen intrapsychischen und interpersonalen Raum für Experiment und Exploration zu bieten.

Der Umgang mit Gefühlen stellt aus unserer Sicht jedoch den wichtigsten Beitrag zu psychischer Gesundheit und Entwicklung dar.

Die Eigenwahrnehmung und Fremdwahrnehmung von Gefühlen, die Organisation dieser Gefühlswelten auf physiologischer, vegetativer und kognitiver Ebene sowie letztlich die Eigenverantwortung und Eigenbestimmung über den persönlichen Ausdruck der Gefühle finden im Kontakt in der therapeutischen Beziehung auf besondere Art und Weise Beachtung.

Wir gehen davon aus, dass der Umgang mit Gefühlen in der therapeutischen Beziehung während des gesamten dynamischen Prozesses jedenfalls den prominentesten Platz inne hat, ob dies explizit oder implizit stattfindet. In der Körperpsychotherapie achten wir neben dem verbal Mitgeteilten besonders auch darauf, was der Körper uns zeigt, wie z.B. Haltung, Mimik, Verhalten, Bewegung, Atem, Zittern, Blässe u.v.m. und stellen unsere Wahrnehmung auf geeignete Weise zu Verfügung, um Zugang zu belastenden und entlastenden Wahrnehmungen und Gefühlen zu bekommen und eine hilfreiche Verarbeitung anzuregen.

Die ersten Kontakt- und Beziehungserfahrungen eines Babys sind unmittelbare Körpererfahrungen über Halten, Streicheln, Tragen, aber auch die Erfahrungen über Töne und Stimmen. Viele Studien aus der Säuglingsforschung belegen die Wichtigkeit von Kontakt und Beziehung über Berührung – ebenso wie die Auswirkungen eines Mangels an Berührung. In späteren Entwicklungsphasen und im psychotherapeutischen Prozess stehen uns sowohl die taktile wie auch nicht die taktile Berührungsebene zur Wahl. Die Wahrnehmung von "Berührt sein, Berührt werden" durch das unmittelbare Erleben im Kontakt zwischen Klientin und Therapeutin ist wahrscheinlich unverzichtbar, um Wahrnehmungen auf körperlich-vegetativer, kognitiver und Verhaltensebene bewusst werden zu lassen und Entwicklung in Verhalten und Befindlichkeit zu ermöglichen. Diese neue Erfahrungswelt kann mit oder ohne taktile Berührung erschlossen werden – sei es, weil die Therapeutin eine nicht taktile Arbeitsform bevorzugt, sei es, weil die Klientin eine taktile Berührung entweder explizit oder nonverbal ablehnt oder weil sie in bestimmten Phasen des Therapieprozesses diagnostisch und prozessual als nicht geeignet erscheint.

Die wichtigste Frage in diesem Kontext ist wohl: "Was ist die Intention einer bestimmten Intervention?"

Diese Frage stellt sich einer Körperpsychotherapie ganz besonders, auch im Hinblick auf die Einbeziehung des Körpers in das Wahrnehmungsfeld:

Was können wir hier und jetzt tun, um der Klientin eine hilfreiche Wahrnehmung über ihren Körper und damit über ihre unbewusste Erlebnis- und Gefühlswelt zu ermöglichen und dabei ihren Körper als wichtige Ressource zu begreifen?

Die Affektverdichtung im Mit-Einbeziehen des Körpers kann sowohl in der Klientin, aber auch in der Therapeutin oft sehr schnell zentrale Beziehungsmuster und frühe Verletzungen intensivieren. Andererseits sind durch den körperlichen Umgang auch neue Möglichkeiten zum Bewusstwerden dieser oft hoch geladenen Dynamiken gegeben. Manchmal ist es eher indiziert, die innere Beziehungsdynamik direkt in der therapeutischen Beziehung zu bearbeiten, manchmal ist es sinnvoller, an der Übertragung mittels Verwendung von Symbolen zu arbeiten, sodass die Therapeutin quasi eine Dritte bleiben kann und dadurch die therapeutische Beziehung eine deutliche Entlastung erfährt.

Manchmal – in bestimmten Phasen des therapeutischen Prozesses – ist es auch notwendig, dass die Therapeutin für sich allein bzw. in Supervision die in dieser Therapie auftauchenden Themen der Übertragung, Gegenübertragung bzw. vegetativen Resonanz bearbeiten.

Eine Klientin mit einer ausgeprägten Borderline-Störung ist oft sehr lange nicht in der Lage, direkt an der Beziehungsthematik zu arbeiten, auch nicht, wenn die Therapeutin ein Symbol an ihre eigene Stelle setzt und bereit ist, die Klientin an deren Position zu unterstützen. Hier muss die Therapeutin ihre eigene Befindlichkeit so gestalten, dass die Übertragungsprozesse ihr zwar bewusst sind, aber eher im Hintergrund gelassen werden können, bis es viel später vielleicht einmal möglich wird, einen Übertragungskonflikt zu erleben und in dieser Aktualisierung eine Lösung zu erfahren.

Das bedeutet auch für die Therapeutin häufig eine beträchtliche Herausforderung, wenn sie in sich intensive Gefühle, vegetative Erscheinungen und somatische Reaktionen erlebt, damit hilfreich umgehen muss und gleichzeitig in ihrem eigenen Verhalten und ihren eigenen Handlungen klar, eindeutig und wohlwollend präsent sein soll.

Der Umgang mit intensiven Übertragungsgefühlen sowie die mit der Therapeutin gemachten ebenfalls intensiven neuen Erfahrungen sind wichtige Voraussetzungen für gelingende Therapie. Hier geben uns somatisch-vegetative Eigenwahrnehmungen der Therapeutin immer wieder hilfreiche Hinweise auf ein mögliches bedeutsames somatisch-vegetatives Geschehen in der Klientin. Diese somatisch-vegetative Resonanz in der Therapeutin sinnstiftend in das Beziehungsgeschehen zu integrieren, erfordert höchste Aufmerksamkeit seitens der Therapeutin.

Der Begriff der interaktionellen Übertragung (Peter Geißler), der die wechselseitigen Regulierungsvorgänge von KlientIn und TherapeutIn betont und damit die Realität der TherapeutIn noch stärker ins Spiel bringt, betrachtet die Übertragung als gemeinsames dynamisches Geschehen. (Näheres zu Übertragung, Gegenübertragung, somatisch-vegetative Resonanz und interaktionelle Übertragung im Workshop 8 des Weiterbildungscurriculums).

Im Rahmen einer möglichst stabilen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung stellt sich auch die Frage nach dem konkreten Umgang mit der Abwehr unerwünschter Inhalte auf emotionaler, kognitiver, sensomotorischer und vegetativer Ebene. Wir gehen davon aus, dass affektmotorische Schemata (Downing) oder somatopsychische Charakterstrukturen (Zitat?) sich lebensgeschichtlich bedingt entwickelt haben und auch aktuell eine Funktionalität haben. Wenn man davon ausgeht, dass die frühen Beziehungserfahrungen eng mit dem Körpergeschehen und -erleben verbunden waren und körperlich und seelisch gespeichert sind, bietet sich gerade auf körperlicher Ebene eine besonders geeignete Möglichkeit, einen entwicklungsorientierten Zugang zu diesem Material zu bekommen. Eine differenzierte Körperwahrnehmung, das bewusste Erfassen des körperlicher Ausdrucks, das Verstehen lernen der unbewussten Körpersprache, die Beachtung dynamischer Körperimpulse können – angemessen eingesetzt – dabei helfen, diese verdrängten, dissoziierten, unerwünschten Inhalte bewusst, fühlbar und integrierbar zu machen.

Besondere Bedeutung hat in der Körperpsychotherapie die Arbeit in und mit Regression. Regression kann bei der Entdeckung wichtigen unbewussten Materials sehr hilfreich sein. Sie kann entweder bewusst durch die Therapeutin induziert oder spontan erfolgen. Wichtig ist bei der Arbeit mit regressiven Zuständen, dass dieses dabei aufgedeckte Material anschließend auch verbal und kognitiv verarbeitet wird und als eine sinnmachende Brücke zum aktuellen Dasein in Befindlichkeit und Verhalten verstanden werden kann.

Im Umgang mit Regression gibt es eine Reihe von existentiellen Gefahren, die das Gelingen einer Therapie bedrohen können: z.B. die Klientin ist nicht stabil genug, sich einem regressiven Zustand auszusetzen und sich anschließend im Alltag wieder zurecht zu finden. Eine weitere Gefahr kann sein, dass schwer auflösbare Abhängigkeiten zwischen Therapeutin und Klientin durch ständiges Bemuttern (der Missbrauch der guten und hilfreichen Funktion des Nachnährens) entstehen, die die Klientin klein halten und ein Zurechtkommen in der Erwachsenenwelt verhindern.

Eine weitere Gefahr kann sein, dass es für Therapeutin und Klientin unbewusst einfacher ist, sich in einem symbiotisch regressiven Prozess zu verbinden als sich aggressiven Impulsen oder Haltungen zu stellen.

Wir müssen uns aber bewusst sein, dass Regression die therapeutische Beziehung außerordentlich formen und beeinflussen kann.

Daher ist bei der Arbeit mit Regression eine Auseinandersetzung mit folgenden Fragen von großer Wichtigkeit:

- Wie weit ist die Klientin ausreichend "Ich"-stabil?
- Welche Auswirkung und Bedeutung kann die Regression und der Umgang mit ihr für die Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin haben?
- Wie weit benützt die Klientin regressives Verhalten in ihrem Alltag und in der Therapie, um bestimmte Reaktionen zu erzielen?
- Wie groß ist die Chance, traumatisches Material erlebbar und durch eine hilfreiche Haltung der Therapeutin entwicklungsadäquat fruchtbar werden zu lassen?
- Wie kann das regressive Material weiter bearbeitet werden?

Im Gegensatz zu einigen früheren Gepflogenheiten der Körperpsychotherapie ist heute daher gerade in diesem Feld die Frage nach der Intention und möglichen Chancen bzw. Risiken sehr eindringlich zu stellen.

Dennoch wollen wir abschließend nochmals darauf hinweisen, dass bestimmte Gefühle und Seins-Zustände, insbesondere aus der vorsprachliche Erlebniswelt, auf kaum eine andere Weise so unmittelbar wieder erlebt, erfahren und damit bearbeitet werden können. Ohne weitere Verarbeitung und Integration der aufgetauchten Themen und Inhalte ist Regression aber sinnlos und oft sogar schädlich.

Die Körperpsychotherapie verfügt jedenfalls über ein breites Spektrum an Möglichkeiten, um Regression zu induzieren.

Berührung

In der Körperpsychotherapie haben Berührung und Körperkontakt naturgemäß eine besondere Bedeutung. Wenn auch die Forschungsergebnisse von taktile Berührung im Rahmen von psychotherapeutischen Prozessen noch nicht sehr ausführlich sind, liegen uns viele praktische Erfahrungen von Psychotherapeutinnen vor, in deren Arbeitsweise taktile Berührung eine wichtige Rolle spielt.

Unbestritten ist auch, dass wichtige Hormonsysteme des Körpers, wie Oxytocin, Endorphine, Neurotransmitter und Cortisol auf Berührung reagieren

Berührung kann jedenfalls eine hochwirksame Methode zur Beruhigung von Angst, Förderung von Zentriertheit und innerer Stärke darstellen. Eine besondere Qualität von Lebendigkeit und authentischem Kontakt im Hier und Jetzt, aber auch das Wachrufen von gespeicherten Erfahrungen wird durch Berührung ganzheitlich gespürt.

Im Zuge einer situationsangemessenen, sensiblen taktilen Berührung ist das Erleben eines unmittelbaren Seins-Kontaktes sehr stark. Die Themen Kontakt, Bindung, Bedürfnisse, Sehnsüchte, Grenzen, Freiheit und Ängste können für die TherapeutIn und auch für die KlientIn unmittelbar erfahrbar werden. Wir müssen uns bewusst sein, dass die Intention der Berührung durch die TherapeutIn, auch oder besonders die unbewusste, von der KlientIn unmittelbar wahrgenommen wird.

Die Berührung als nonverbaler Dialog gibt dem Wesen einer therapeutischen Beziehung oft eine völlig neue, andere Richtung. Über eine körperliche Berührung, die ein verborgenes, inneres, bisher nicht Benanntes offenbart, bekommen KlientIn und TherapeutIn plötzlich neue Zugänge, die über das bisher Wahrgenommene weit hinaus reichen.

Aus unserer Sicht gibt es keine absoluten Kontraindikationen für taktile Berührung – außer die KlientIn möchte nicht berührt werden. Wichtig ist vor jedem taktilen Kontakt die Zustimmung der KlientIn einzuholen, und zwar nicht nur explizit. Besonders anfangs ist es wichtig, sein Augenmerk auch auf die Wahrnehmung einer möglicherweise nicht ausgesprochenen Abwehr zu legen. In manchen Situationen empfiehlt sich die Formulierung „Wie ist die Vorstellung, dass ichz.B. meine Hand auf Ihren Rücken lege“. In manchen Konstellationen ist allerdings besondere Vorsicht geboten: z.B. bei KlientInnen mit Missbrauchserfahrungen. Hier können sanfte, zärtliche Berührungen unvermittelt in das Trauma führen.

Auf Grund dieser möglicherweise sehr weit reichenden Konsequenzen und Tiefenerfahrung von Berührung stellen sich, ebenso wie bei Regression, die Fragen nach Intention und voraussichtlicher Sinnhaftigkeit bei taktile Berührung ebenfalls in ganz besonderer Weise. Interventionsimpulse sollten besonders bewusst hinterfragt und nachbearbeitet werden.

Als Beispiel folgende Situation:

Eine Klientin, die mit schwerer depressiver Symptomatik überwiesen wurde und bereits seit einiger Zeit mit mir arbeitete und deren frühe Lebensgeschichte bestimmt war von einer schwer kriegs-traumatisierten, hochaggressiven, bestrafenden und fordernden Mutter, kommt in die Therapiestunde, erzählt einige Minuten unbeteiligt eine andere Begebenheit und sagt dann unvermittelt: "Gestern habe ich mit meinem Sohn einen Verkehrsunfall

gehabt, ich bin beim Fahren eingeschlafen und über eine Verkehrsinsel gefahren. Das Auto hat Totalschaden, aber uns ist nichts passiert."

Auf meine betroffene Frage, wie es ihr gehe, sagt sie mit leeren Augen: "Ich weiß nicht."
In mir entsteht spontan der Impuls, sie in den Arm zu nehmen und zu halten.

Sie sagt noch einige unbeteiligte Sätze, während dessen ich den Eindruck bekomme, dass sie etwas Vorwurfsvolles von mir erwartet. Ich entscheide mich dafür, meinem Impuls nachzugehen und frage sie, ob sie sich vor mich setzen möchte, sodass ich meine Arme um sie legen kann. Sie stimmt zu. Als ich sie berühre, fühlt sich ihr Körper zwar warm an, aber sie atmet kaum und ich habe den Eindruck, als hielte ich nur eine leere Hülle. Ich spüre tiefe Berührtheit und gleichzeitig Entsetzen über ihre Unbeteiligtheit in mir und realisiere tief in mir jetzt erst, in welchem gefährdeten Zustand die Klientin ist. Wir sitzen so eine ganze Weile schweigend, bis sie von selber tiefer zu atmen beginnt. Der Atem geht schwer und unregelmäßig.

Wieder nach einiger Zeit sagt sie: "Mir wird jetzt wärmer." Dann erzählt sie über ihre früheren, heftigen Selbstmordphantasien und darüber, dass sie glaube, dass dieser Verkehrsunfall noch irgendwie damit zu tun habe. Die Stunde endet damit, dass sie sagt, sie fühle sich derzeit nicht gefährdet.

Im Nachklang zu dieser Stunde erlebe ich selbst eine Reihe von Schuldgefühlen und Zweifeln, wie es mir passieren konnte, den gefährdeten Zustand der Klientin erst in der Situation dieser Berührung realisiert zu haben.

In der nächsten Stunde kommt die Klientin und erzählt, dass ihre ihr bekannte Müdigkeit beim Autofahren nunmehr schlagartig vorbei sei und ihr dieses liebevolle, vorwurfslose Halten sehr gut getan habe. Die in diesem Zusammenhang aufgetauchten Themen von Schuld, Zweifeln, Aggression und Realisieren von Gefährdungen konnten anschließend in einer auf beiden Seiten stärker sensibilisierten Therapiebeziehung weiter bearbeitet werden.

Die Begrenztheit der therapeutischen Beziehung sowie der Therapeutin selbst, die ebenfalls von der Gesamtsumme all ihrer vergangenen Erfahrungen geprägt ist, sind Risiko und gleichzeitig Chance für die Weiterentwicklung eines lebendigen Selbst und eines menschlichen Daseins in der Welt. Viele Klientinnen erfahren in einer "good enough-therapeutischen Beziehung" erstmalig Halt, Sicherheit und Grenzen, Gesehen werden, Vertrauen und Freiheit - eine hilfreiche existentielle Form von Begegnung.

Exkurs: enactments

In der Körperpsychotherapie ist der praktische Umgang mit nonverbalen Bewegungsprozessen und deren zugrunde liegenden intrapsychischen und körperlichen Dynamiken seit langem ein genütztes, fruchtbares und entwickeltes Terrain gewesen (Boadella, Downing, Michael Heller).

In neuerer Zeit gibt eine Reihe von Diskussionen zum Thema "enactments". - szenische Darstellungen und Handlungsdialoge bzw. interaktive Szenen im psychotherapeutischen Prozess, im Zuge derer aktuelles bzw. lebensgeschichtliches unbewusstes Beziehungsgeschehen körperlich dynamisiert wird und somit psychophysisch in eine mittelbare und bewusste Erfahrungsebene eintreten kann („unbewusster Handlungsdialog auf einer Makroebene, d.h. mit freiem Auge beobachtbar und beschreibbar“ - Geißler).

Die Begrifflichkeit fußt auf Albert Pesso, dies wurde vor allem von Analytikern (Moser, Geißler) aufgegriffen.

Es bleibt abzuwarten, ob diese theoretische und praktische Auseinandersetzung mit dem Begriff "enactment" auch für die Körperpsychotherapie Neuerungen bereitstellt.