

Überlegungen zum Abstinenzbegriff¹

Reflections on the concept of abstinence

Christine Geißler¹, Peter Geißler¹, Otto Hofer-Moser²

¹ Neu-Oberhausen, Österreich

² Rosegg, Österreich

Kurzzusammenfassung

Im Beitrag wird zunächst auf die Entwicklung des Abstinenzbegriffs innerhalb der Psychoanalyse Freuds Bezug genommen, in Zusammenhang mit dessen Menschenbild. Die Kontroverse zwischen Tilmann Moser und Thea Bauriedl zeigt beispielhaft, wie heftig die Auseinandersetzung rund um die Frage der Abstinenz ausfallen kann und verdeutlicht das Spannungsfeld zwischen Psychoanalyse und Körperpsychotherapie. Auf Basis von Schriften neuerer Autor*innen wie Daniel Stern, Siegfried Bettighofer, Gisela Worm und anderen wird aufgezeigt, dass eine Vermeidungshaltung hinsichtlich der Handlungsebene und der Bedürfnisbefriedigung nicht mehr zeitgemäß erscheint und Abstinenz daher neu zu definieren ist, nämlich als innere Haltung der*des Therapeut*in. Dies betrifft auch die erotische Dimension, den erotischen Spielraum. Weitere Begrifflichkeiten wie optimale Responsivität oder selektive Authentizität werden diskutiert.

¹ Der vorliegende Beitrag wurde bereits veröffentlicht: Geißler, Christine, Geißler, Peter, Hofer-Moser, Otto (2004). Überlegungen zum Abstinenzbegriff. In Hoffmann-Axthelm, Dagmar (Hg.), (2004). *Mit Leib und Seele – Wege der Körperpsychotherapie* (S. 107–138). Körper und Seele, Band 1, 2. Auflage. Basel: Schwabe-Verlag.

Abstract

The article begins with a reference to the development of the concept of abstinence within Freud's psychoanalysis, in connection with his view of the human being. The controversy between Tilmann Moser and Thea Bauriedl is an example of how fierce the debate surrounding the question of abstinence can be and illustrates the tension between psychoanalysis and body psychotherapy. Based on the writings of recent authors such as Daniel Stern, Siegfried Bettighofer, Gisela Worm and others, it is shown that an attitude of avoidance with regard to the level of action and the fulfilment of needs no longer seems up-to-date and that abstinence must therefore be redefined, namely as an inner attitude of the therapist. This also applies to the erotic dimension, the erotic scope. Other concepts such as optimal responsiveness or selective authenticity are discussed.

Schlüsselwörter

Abstinenz, Handlungsdialog, Improvisation, Körperpsychotherapie, Mitagieren, Psychoanalyse

Keywords

abstinence, action dialogue, improvisation, body psychotherapy, co-acting, psychoanalysis

Vorbemerkung

Der folgende Artikel ist in Zusammenarbeit dreier Personen entstanden, die zunächst gemeinsam eine bioenergetische Ausbildung und anschließend eine mehrjährige psychoanalytisch orientierte Gruppensupervision absolviert haben. Christa Geißler schloss daran eine psychoanalytische Ausbildung, Peter Geißler eine psychoanalytische Eigentherapie und Einzelsupervision und Otto Hofer-Moser eine Ausbildung in Integrativer Gestalttherapie an. In den Artikel sind aber auch intensive Diskussionen mit eingeflossen, die wir bei unseren Arbeitstreffen des Arbeitskreises für analytische körperbezogene Psychotherapie zu dem Thema geführt haben.

Vorweg möchten wir weiters darauf hinweisen, dass wir den Ausdruck „Patient*in“ für Therapie suchende Personen verwenden, da dies in den zitierten Textstellen ebenso gehalten war. An und für sich ziehen wir ansonsten den Ausdruck „Klient*in“ vor, um auf der Arbeitsebene das partnerschaftliche Verhältnis zu betonen und auch, um die ärztliche, respektive latent pathologisierende Konnotation des Begriffes „Patient*in“ zu vermeiden.

Der Begriff „Abstinenz“ gehört zu den zentralen psychoanalytischen Konstrukten. Er ist in zum Teil veränderter Form von fast allen Psychotherapieschulen aufgegriffen worden und gehört mittlerweile zu den Selbstverständlichkeiten psychotherapeutischen Grundverständnisses. Wir möchten in diesem Beitrag der Geschichte des Abstinenzbegriffes innerhalb der Psychoanalyse, möglichen Interpretationen von Abstinenz im Spannungsfeld der Diskussion „Berührung ja“ oder „Berührung nein“ nachgehen und die Frage nach den hinter diesen unterschiedlichen Interpretationen stehenden Menschenbildern, v.a. auch im Lichte der neuen Entwicklungspsychologien aufwerfen. Wir kommen zur Auffassung, dass Abstinenz nicht so sehr durch äußere Verhaltensvorschriften definiert werden sollte, sondern Ausdruck einer inneren Haltung des*der Therapeut*in ist und wie diese auch in erotischen Übertragungssituationen beibehalten werden kann. Wir schließen mit zusammenfassenden Überlegungen, insbesondere welchen Stellenwert der Abstinenzbegriff in einem analytisch-körperpsychotherapeutischen Setting unserer Meinung nach hat.

Abstinenz leitet sich vom Lateinischen „abstinere“ her, wobei der zweite Wortteil „tenere“ die Bedeutung von „halten“ bzw. „festhalten“ hat. „Ab-stinere“ gilt somit als Negation von „tenere“. Laut Duden wird der Begriff Abstinenz seit dem 16. Jahrhundert als medizinischer und kirchlicher Terminus im Sinne von Mäßigung beim Essen und Trinken, in einer engeren medizinischen Diktion im Sinne von Enthaltbarkeit in Bezug auf Alkoholkonsum verwendet.

Ein weiterer psychoanalytischer Standardbegriff ist der der „Neutralität“. Oft werden Abstinenz und Neutralität handlungstechnisch und aus der ethischen Perspektive her als zusammengehörig gesehen und diskutiert. Von der Intention her wird mit beiden Begriffen eine therapeutische Grundhaltung beschrieben, die den Schutz des*der Klient*in zum Inhalt hat, wobei Neutralität mehr den Schutzaspekt vor Manipulation, z. B. hinsichtlich moralischer oder sozialer Wertvorstellungen (vgl. Laplanche

u. Pontalis, 1975, S. 331), Abstinenz mehr den vor Übergriffigkeit und Missbrauch im Blickfeld hat. Gegenwärtig scheint die Tendenz dahin zu gehen, Neutralität als einen, wenn auch wesentlichen Aspekt von Abstinenz anzusehen. So ist beispielsweise der Begriff „Neutralität“ aus der Sicht der Psychoanalyse im neu erschienenen Wörterbuch der Psychotherapie (Stumm u. Pritz, S. 464) zwar als Begriff noch vorhanden, wird jedoch nicht näher beschrieben. Man findet lediglich, ohne weitere Erörterung, einen Querverweis zum Begriff „Abstinenz“. Andere Psychoanalytiker*innen hingegen betrachten Neutralität nach wie vor als eines der zentralen psychoanalytischen Essentials; Kernberg (1996) z. B. spricht diesbezüglich von „technischer Neutralität“. In unserem Beitrag beschränken wir uns auf den Begriff „Abstinenz“ und gehen möglichen unterschiedlichen Sichtweisen von Neutralität nicht weiter nach.

1 *Definition des Abstinenzbegriffs, seine Geschichte und Entwicklung in der Psychoanalyse*

Was verstehen Psychoanalytiker*innen unter Abstinenz? Laplanche und Pontalis (1975, S. 22) geben im „Vokabular der Psychoanalyse“ eine klassische und für die meisten Psychoanalytiker*innen wohl noch heute gültige Definition: Abstinenz ist ein

„Grundsatz, wonach die psychoanalytische Behandlung so geführt werden soll, dass der Patient die geringstmögliche Ersatzbefriedigung für seine Symptome findet. Für den Analytiker schließt er die Regel ein, dem Patienten die Befriedigung seiner Wünsche zu versagen und tatsächlich die Rolle zu übernehmen, die dieser bestrebt ist ihm aufzudrängen. In bestimmten Fällen und an bestimmten Punkten der Behandlung gehört es zur Abstinenzregel, das Subjekt auf den Wiederholungscharakter seines Verhaltens hinzuweisen, der die Arbeit des Erinnerns und Durcharbeitens hemmt“ (a.a.O.).

Diese Definition von Abstinenz richtet sich zentral auf den *Aspekt der Befriedigung, bzw. Versagung von Bedürfnissen im analytischen Prozess*.

Therapiehistorisch ist der Terminus Abstinenz zunächst vor allem mit den Erfahrungen verknüpft, die Freud und andere Psychoanalytiker*innen der frühen Generation mit Berührung ihrer meist weiblichen Patientinnen gemacht hatten:

„Merkwürdigerweise fing die Psychoanalyse, strenggenommen, tatsächlich *bei einer Massage* an. Dies war die erste Sitzung, wie Freud uns erzählt, in der er die Technik des freien Assoziierens ausprobierte.... Während der ganzen Sitzung massierte Freud die Patientin (Frau Emmy von O.). Gleichzeitig praktizierte er, wie es damals seine Gewohnheit war, verbale Therapie“ (Downing, 1996, S. 344).

Dazu auch Worm:

„Das Thema Berührung spielt in der Psychoanalyse eine große Rolle. Freud begann mit der Berührung von Patienten, um die Hypnose einzuleiten. Er distanzierte sich von dieser Technik beim Auftauchen von Übertragungen. Viele Pioniere wurden später von den noch unerforschten Übertragungsphänomenen überrollt und retteten sich schließlich auf das sichere Gelände eines generellen Berührungstabus, das theoretisch untermauert wurde.... Berührung ist von diesem sicheren Gelände aus Rückfall in eine suggestive, manipulative Technik. Inzwischen hat sich die Argumentation für ein generelles Berührungstabu auf psychoanalytischer Seite um ein Vielfaches verstärkt“ (Worm, 1997, S. 52–53).

Auch Wolf bezieht sich auf Freuds Abstinenzregel (Freud, 1915, S. 313, 1919, S. 187–188, in Wolf, 1988):

„Freud hat dort eindeutig definiert, dass die Liebesehnsucht eines Analysanden (einer Analysandin) unter keinen Umständen befriedigt werden dürfe. Die Behandlung müsse in der Abstinenz, unter Entbehrung durchgeführt werden, damit sie nicht vorzeitig durch eine ‚Flucht in die Gesundheit‘, durch eine sogenannte Übertragungsheilung beendet werde“ (ebd., S. 189 ff.).

Das Berührungstabu als ein zentraler Bestandteil der Abstinenzregel begründet sich durch die Hypothese, dass jede Handlung, und jede Berührung im Besonderen, der Triebabfuhr diene und so die Entwicklung der psychoanalytischen Kur, bzw. weitere Erkenntnisgewinnung verhindere. Der Wunsch des*der Klient*in nach Berührung sowie jeder Form von Handlung stelle einen Wunsch nach *neurotisch–infantiler Bedürfnisbefriedigung* dar und sei somit per Definitionem als Widerstand zu behandeln. Einsicht in die infantilen Triebregungen sei nur durch Frustration möglich und Handlungen jeder Art seien als Agieren – wenn schon nicht gänzlich zu verbieten – zumindest nicht zu ermutigen. Zwar biete das psychoanalytische Setting *implizite* Befriedigungsmomente, wie Verlässlichkeit des*der Psychoanalytiker*in, empathische Haltung usw. *Explizites* Befriedigen von Wünschen sowie Handlungen solle aber unterlassen werden, Psychoanalyse sei und bleibe eine Redekur. Dementsprechend hatte (und hat) das Wort „Agieren des*der Patient*in“ häufig einen eher negativen Beigeschmack, auch wenn man ihm mittlerweile bei bestimmten Patient*innen eine gewisse Berechtigung einräumt, z. B. in Form eines „Acting in“. Jegliche Handlung und jede unmittelbare Bedürfnisbefriedigung durch den*die Therapeut*in selbst stelle aber technisch einen Fehler dar und führe zu neurotischer Kollusion in der Therapiesituation bzw. ist sogar als Missbrauch anzusehen.

Metatheoretisch geht es also bei dieser Diskussion um Handlung oder Berührung in der psychoanalytischen Therapie daher grundlegend immer um die Bedeutung und Wirkung von Bedürfnisbefriedigung, bzw. ihre Versagung innerhalb der psychoanalytischen Kur.

So schreibt auch Greenson, dass nur andauernde und starke Versagung zu tieferen Ebenen der Regression führe, die ihrerseits das Entstehen einer Übertragungsneurose erleichterte. Übertragungsbefriedigungen verhinderten nicht nur die Übertragungsneurose, sie fixierten auch den*die Patient*in in

einer positiven und passiven Übertragung und hemmten die Entwicklung einer negativen Übertragung (Greenson, 1967, in Wolf, 1988, S. 190).

Eine historisch verstehbare Notlösung, teils durch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, teils durch ein fehlendes differenziertes Gegenübertragungskonzept bedingt, wurde so unserer Meinung zu einem Dogma hochstilisiert, dessen Einhaltung allein die Gesundung des*der Patient*in gewährleisten sollte.

Diese Empfehlungen Freuds haben, so auch bereits Wolf (a.a.O.) einschränkend,

„übertrieben zu dem Versuch geführt, dem Patienten alle Befriedigungen zu versagen, die potenziell in der analytischen Situation enthalten sind. Das ist zwar offenkundig eine Unmöglichkeit, aber es nicht zu bezweifeln, dass die Berichte mancher Patienten, sie hätten ihre Analyse als etwas erlebt, das kalt und teilnahmslos durchgeführt wurde, oft keine Übertragungsverzerrung, sondern eine richtige Wahrnehmung darstellen“ (Greenson, 1967, in Wolf, 1988, S. 190).

In der Praxis war Freud alles andere als ein harter und distanzierter Charakter, als den man sich den Erfinder der Abstinenzregel vorstellen könnte. Was hat Freud veranlasst, die Abstinenz so sehr zu betonen? Es ist, wie schon erwähnt, zu vermuten,

„(...), dass Freud sich im sozialen Gefüge seiner Zeit gedrängt fühlte, öffentlich die Zurückhaltung und Strenge zu betonen, um die Kritik zum Schweigen zu bringen, die darauf fußte, dass er die Sexualität und besonders die infantile Sexualität ins Zentrum seiner wissenschaftlichen Forschung gestellt hatte... Die offene Erörterung des sexuellen Phantasielebens in Freuds Schriften war tatsächlich für die Ärzte wie Patienten eine revolutionäre Neuerung gewesen, die gespannte bewusste und unbewusste Erwartungen geweckt haben muss, in der analytischen Situation werde man seine Wünsche agieren können...“ (ebd., S. 191).

Nun, der öffentliche und private Umgang mit den Themen Beziehung, Sexualität und Erotik hat sich seit Freuds Zeiten grundlegend geändert, sodass diese zeitbedingte „Notwendigkeit“ eigentlich nicht mehr gegeben sein sollte. Doch auch die moderne Psychoanalyse grenzt sich größtenteils deutlich von Handlung und Berührung ab: „In einer psychoanalytischen Situation ist jede körperliche Berührung immer zugleich auch körperliches Begehren und daher Missbrauch“, schreibt z. B. Bauriedl (1998, S. 342 ff.). Und Worm fasst aktuelle psychoanalytische Argumente folgendermaßen zusammen:

„Berührung sei ein Rückfall in primärprozesshafte Befriedigungen, die im Patienten die Illusion nähren, die infantilen Bedürfnisse wie z. B. nach narzisstischer Omnipotenz, Verschmelzung oder ödipaler, sexueller Verführung seien doch zu befriedigen – die Therapie sei ein Wiedergutmachungsversuch – dies trotz der Tatsache, dass der Therapeut eine ganz andere Absicht hat, denn auf unbewusster Ebene sei eine solche Interpretation des Patienten gar nicht zu vermeiden. Nur das Berührungsverbot garantiert daher den Rahmen, in dem sich unbewusste Fantasien entfalten können, ohne in der Handlung eine Scheinbefriedigung zu erfahren, oder

von der Handlungsmöglichkeit so bedroht zu werden, dass die Entfaltung dieser unbewussten Fantasien empfindlich gestört wird. Berührungen sind außerdem tendenziell sexualisierend, der Patient wird dadurch leicht infantilisiert, seine Triebwelt verharmlost“ (Worm, 1997, S. 53).

Viele Gründe schienen und scheinen also weiterhin dagegen zu sprechen, in der Therapie nicht bloß zu reden, sondern darüber hinaus etwas miteinander zu tun. Nichtsdestotrotz haben sich schon sehr früh Gegenströmungen gegen ein solches Therapie- bzw. Abstinenzverständnis entwickelt. Zu den wichtigsten Kritikern Freuds zählten damals Perls, Ferenczi und Reich. Letzteren kann man als den Begründer sehr vieler heute noch existierender Körpertherapien ansehen, und Reichs Theorien und Praktiken wirken wie ein genaues Gegenstück zur Freudschen Redekur. Von Abstinenz im bisher beschriebenen psychoanalytischen Sinne war v.a. in den Frühzeiten der Körpertherapien kaum die Rede. Besonders im gesellschaftlichen Geist der 60er und 70er Jahre (Zeit der sexuellen Revolution, Hippie-Bewegung, etc.) konnten Körpertherapien wie die Bioenergetik eine Hochblüte erleben.

2 Die Problematik „nicht-abstinenten“ therapeutischen Handelns in den Körpertherapien

Dass das psychoanalytische Abstinenzverständnis mit traditionellen Körpertherapien nicht vereinbar ist, ist offensichtlich. Auch wenn sich traditionelle Körpertherapien letztlich von Freud und der Psychoanalyse herleiten, haben sie sich doch als Gegenströmung verstanden und sind daher in den meisten grundsätzlichen Theoriekonstruktionen und Setting-Handhabungen einen gänzlich anderen Weg gegangen. In neuerer Zeit gibt es aber eine Reihe von Anstrengungen, die jeweiligen Einseitigkeiten von Psychoanalyse und traditionellen Körpertherapien zu überwinden und sehr wohl auf der Basis eines modernen Verständnisses des therapeutischen Prozesses (objektbeziehungsorientiert, interaktionell-systemisch, auf die Säuglingsforschung bezugnehmend, usw.) Wesentliches aus beiden Schulen zu integrieren (vgl. dazu auch Geißler, 1994, 1996, 1997a, 1997b, 1998a, 1998b, 1998c, 1999). Die Kontroversen über die *prinzipielle Möglichkeit und Sinnhaftigkeit* eines solchen Unterfangens entzündeten sich dabei nicht zuletzt am Verständnis und der Handhabung der Abstinenz.

Wichtig ist vorweg, zu betonen, dass sich ernstzunehmende Körpertherapien nicht in erster Linie darüber definieren, dass in ihrem Setting Berührung mit einbezogen werden kann, oder gar als Hauptwirkfaktor betrachtet wird, wie die bisherige Diskussion nahelegen könnte. Berührungsinterventionen stellen eine unter vielen Körperinterventionen dar; zu nennen sind v.a. Körperinterventionen, die den nonverbalen Ausdruck und Dialog miteinbeziehen, die eine Fokussierung auf das Körperselbst zum Ziel haben, wie z. B. basale Spürübungen (vgl. dazu Maaser et al., 1994), die erlebniszentrierte Interventionen auf der Körperebene ermöglichen, die Mikroausdruckstechniken verwenden (vgl. dazu Downing, 1999) und viele andere. Ein Überblick über wichtige Kategorien körperbezogener Interventionen ist nachzulesen bei Geißler (1997b) und Hofer-Moser (1998, S. 49 ff.).

Von einzelnen Vertreter*innen der Psychoanalyse werden Körpertherapien durchaus zunehmend mehr als ergänzende Maßnahme bei bestimmten Indikationsstellungen, wie z. B. Berührungsdefiziten im Rahmen früherer Störungen, anerkannt (vgl. dazu Mertens, 1991). Dass Handlung und Berührung jedoch *grundsätzlich und systematisch*, nicht in eklektischer Form, in ein psychoanalytisch orientiertes Vorgehen integriert werden kann, wie dies die Vertreter*innen „analytischer Körperpsychotherapie“ behaupten, wird von vielen namhaften Vertreter*innen der Psychoanalyse vehement bestritten.

Wir möchten, stellvertretend für diese Kontroverse, in verkürzter Form auf Thea Bauriedls Vorwürfe gegenüber Tilmann Moser hinweisen, der – als wichtiger Exponent analytischer Körperpsychotherapie – anhand von Lehrvideos aufzuzeigen versuchte, wie man körperliche Interaktionen in ein psychoanalytisches Setting einbeziehen kann. Bauriedl (1988) meint:

1. Die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse unterscheidet sich grundsätzlich von anderen Formen therapeutischer Beziehung, und sie definiert sich wesensmäßig durch das psychoanalytische Setting. Jede Änderung an diesen Ingredienzien verändert das Insgesamt, das man dann nicht mehr als Psychoanalyse bezeichnen kann. Die Psychoanalyse ist nicht mit anderen Methoden mischbar.
2. Ödipale, sexuelle Szenen werden von Moser systematisch als präöidipale oder präverbale Szenen umgedeutet, die erwachsene Sexualität des*der Patient*in wird durch die Art des Umgangs von Moser verleugnet.
3. Aggressive Emotionen werden positiv umgedeutet, auf die Angst, die mit dem Ausdruck dieser Emotionen einhergeht, wird von Moser nicht ausreichend eingegangen, sondern durch die „korrigierende Erfahrung“ zu besänftigen versucht.
4. Patient*in und Therapeut*in gehen dabei eine stillschweigende Kollusion ein, indem sie sich auf präverbale Altersstufen und damit verknüpfte Szenen einigen. Es werden Szenen gespielt mit der stillschweigenden Vereinbarung, dass beide nicht merken, worum es wirklich geht.
5. Moser geht es überwiegend um Befriedigung frühkindlicher Bedürfnisse und um einen Ausgleich der erlittenen Defizite. Diese Forderung ist aber ein Fass ohne Boden, weil es sich nicht um ein *quantitatives* Defizit, sondern um eine *strukturelle Beziehungsstörung* handelt. Die Heilung kann deshalb nicht auf dem Weg des Ausgleichens und Nachholens geschehen; sie geschieht auf dem Weg der Trauerarbeit und der Veränderung von Beziehungsstrukturen.
6. Indem Moser den besseren Elternteil spielt, verlässt er seine Rolle als Therapeut. Der*Die ideale Therapeut*in tritt an die Stelle der eigenen Eltern – die nun nur noch als sein Gegenbild gesehen werden können: die Spaltung zwischen guten und bösen Elternimages wird dadurch nur noch vertieft. Ein Versöhnungs- und Differenzierungsprozess wird dadurch ausgeschlossen.
7. Moser wiederholt durch sein Verhalten und seine Interpretationen schädigende frühkindliche Beziehungsmuster und v.a. frühgestörte Patient*innen müssen hier die Verantwortung für den

Raum des*der Therapeut*innen übernehmen, als Wiederholung einer pathogenen Konstellation mit den eigenen Eltern.

Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, auf die einzelnen Argumente differenziert einzugehen. Die Heftigkeit der Diskussion, die polemische und diffamierende Äußerungen oft einschließt, lässt darauf schließen, dass es in dieser Kontroverse nicht nur um inhaltliche Positionsunterschiede geht. Insgesamt begrüßen wir Bauriedls Kritik in ihren sachlichen Gesichtspunkten als wertvolle Anregung zum Nachdenken. Wir meinen, dass Bauriedl mit ihrer Kritik an Tilmann Moser wesentliche problematische und sensible Bereiche zwar grundsätzlich richtig erfasst, dass sie aber 1) an die Person T. Mosers gebundene und vielleicht durchaus zu diskutierende Eigenheiten (z. B. welche „zwischenmenschliche Atmosphäre“ er in seinen Videos zu fördern scheint) auf Analytische Körperpsychotherapie insgesamt verallgemeinert, den *individuellen interaktionellen Kontext* also nicht genügend berücksichtigt, und dass sie 2) diese Bereiche aus unserer Sicht eben *einseitig aus einer traditionellen psychoanalytischen Perspektive* interpretiert.. Diese ihre Sichtweise wird z. B. sehr deutlich, wenn sie an anderer Stelle resümierend schreibt:

„Meine These war und ist, dass körperliche Berührungen, die über die konventionell zwischen Erwachsenen üblichen hinausgehen, in einem psychoanalytischen Prozess – und nur über diesen habe ich geschrieben – aufgrund der hierbei angeregten Regression des Patienten die *Bedeutung* (Hervorh. T. B.) von unkontrollierbaren Wiederholungen pathogener Körpererfahrungen des Patienten oder der Patientin bekommen, die diesen Prozess stören“ (ebd., S. 199).

Wir möchten an dieser Stelle einige Klarstellungen in Bezug auf Analytische Körperpsychotherapie einfügen:

1. Körperbezogene Psychotherapie wird von Bauriedl überwiegend mit Berührung identifiziert, was in dieser Einseitigkeit nicht stimmt (siehe oben).
2. Bauriedl beschränkt sich in ihrer Analyse, in welchem Bereich Berührungen unter Erwachsenen vorkommen können, vorwiegend auf Berührungen durch einen Arzt*eine Ärztin, auf sexuelle Berührungen sowie auf ritualisierte Gesten (z. B. Abschied oder Gruß) unter Erwachsenen; den Bereich der z. B. unterstützenden oder auch spielerischen Berührungen in und außerhalb von Therapiesituationen erwähnt sie nicht.
3. Das subjektive Erleben und die Interpretation bestimmter Therapiesituationen durch den*die Patient*in hängt unter anderem auch mit den zu Therapiebeginn gesetzten expliziten und in den ersten Stunden sich etablierenden impliziten Rahmenbedingungen zusammen, sodass Bauriedls oben zitierte Hypothese auch als ein zumindest hinterfragbares Artefakt des expliziten analytischen Regelsystems und des dahinterstehenden, vielfach impliziten Menschenbildes angesehen werden kann (vgl. dazu die nächsten beiden Kapitel).
4. Indem Bauriedl behauptet, dass solche Berührungen unweigerlich die Bedeutung von unkontrollierbaren Wiederholungen pathogener Beziehungserfahrungen hätten, entmündigt sie da

nicht ihrerseits den*die Patient*in? Wie er eine Situation erlebt, bzw. welche Bedeutung er z. B. einer Berührung oder auch Nicht-Berührung gibt, steht aus unserer Sicht zunächst einmal dem*der Patient*in zu. Welche Bedeutung diese Situation im interaktionellen therapeutischen Geschehen zukommt, unterliegt darüber hinaus einem „**intersubjektiven Aushandlungsprozess**“ zwischen Patient*in und Therapeut*in.

5. Aus der Art und Weise, wie Bauriedl über Tilmann Moser spricht, scheint uns unmittelbar klar zu sein, dass Bauriedl über keinerlei Selbsterfahrung in analytischer Körperpsychotherapie verfügt und ihre Kritik daher auf einer Unkenntnis von Prozessen beruht, die man erst dann wirklich nachvollziehen kann, wenn man sie „am eigenen Leibe“ erlebt hat.

Wir wollen an späterer Stelle deutlich machen, dass Bauriedls Argumentation sowie die Kritik vieler Psychoanalytiker*innen unserer Meinung nach auf einem spezifisch-psychoanalytischen Menschenbild beruhen. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass bestimmte Aspekte dieses Menschenbildes auch von psychoanalytischer Seite in Frage gestellt werden – nicht zuletzt im Zuge der neuen Entwicklungspsychologien, aus deren Sicht bestimmte psychoanalytische Grundannahmen immer schwerer haltbar erscheinen (vgl. dazu Dornes, 1999).

3 Abstinenz versus Verstrickung in den therapeutischen Prozess – die zentrale Bedeutung der therapeutischen Interaktion

Gemäß der klassischen Auffassung der Psychoanalyse gilt es, die Übertragung des*der Patient*in auf den*die Therapeut*in möglichst „rein“ herauszuarbeiten. Jegliche Gefühlsbeteiligung des*der Analytiker*in galt ursprünglich als Fehler. Nun hat sich die Psychoanalyse von dieser ursprünglichen Sichtweise von Übertragung und Gegenübertragung entfernt, und es wird immer mehr auch der Einfluss des*der Analytiker*in auf die gemeinsame Übertragungsszene anerkannt, wodurch sich eine Schwerpunktverlagerung vom Wirkfaktor „Einsicht“ hin zum Wirkfaktor „korrigierende Beziehungserfahrung“ vollzieht (vgl. dazu Gill, 1996, S. 229). Auch alles, was der*die Analytiker*in nicht tut, wird ebenso wie das, was er tut, die Wirklichkeit konstituieren, um die herum sich die Übertragungsszene entfaltet (ebd., S. 13). Finke (1999) weist auf die Notwendigkeit eines interaktionellen Übertragungskonzeptes hin, um die therapeutische Beziehungsdynamik in ihrer ganzen Komplexität einigermaßen gut abbilden zu können und einen Spielraum für ein entsprechend differenziertes therapeutisches Vorgehen zu eröffnen. Diesem interaktionellen Übertragungskonzept zufolge geht es in der therapeutischen Beziehung immer auch um die realen Anteile des*der Therapeut*innen, die in die gemeinsame Inszenierung miteinfließen. Er unterscheidet daher konsequenterweise zwischen einer Arbeits-, Alter-Ego-, Übertragungs- und Dialogbeziehung als unterschiedliche Aspekte der Therapeut*innen-Patient*innen-Beziehung, die es jeweils klient*innen- und störungsspezifisch, prozess- und situationsabhängig unterschiedlich zu gewichten und so flexibel und aktiv zu gestalten gilt. Krause (1992, S. 19) betont, dass „die Art der realen sozialen Beziehung zwischen Patient und Analytiker von allerhöchster Bedeutung

für den faktischen Verlauf der analytischen Behandlung ist“, und Ermann (1996, S. 54 ff.) sieht in der Übertragung einen zirkulären Prozess, den die beiden Beteiligten miteinander aushandeln. Die Übertragungsszene kann deshalb nie die innere Wirklichkeit von nur einem der beiden Beteiligten abbilden und erst recht nicht seine authentische historische Geschichte. Vielmehr geht es darum, die gemeinsame Beziehungsfantasie in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit zu rücken und zu klären, was der*die Patient*in mit dem*der Therapeut*in macht und auch umgekehrt.

Auch Bettighofer (1998) schließt sich diesen Argumenten an und fasst in seiner modernen Darstellung von „Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess“ wichtige Gesichtspunkte zusammen. Er streicht heraus, dass

„die Entfaltung der Übertragung immer ein interaktioneller Vorgang ist, bei dem beide Interaktionspartner sich sehr subtil aufeinander einstellen und sich gegenseitig anpassen und so in einem zirkulären Prozess die jeweils spezifische Form der Übertragung herstellen. Dabei wird stets der Einfluss des Therapeuten und das Vorliegen möglicher Eigenübertragungen seinerseits besonders berücksichtigt (...)“ (ebd., S. 2).

Mit anderen Worten heißt dies: Die Bedeutung der Persönlichkeit des*der Therapeut*in im Hinblick auf positive und negative Behandlungsverläufe wird allmählich mehr in der Wirksamkeitsforschung und nun auch in der Psychoanalyse erkannt. Bedeutsam ist demnach,

„ob der Patient ein bestimmtes Therapeutenverhalten als für sich und seine Entwicklung hilfreich empfindet. Obwohl das sehr eng mit der Störung und der Persönlichkeit des Patienten sowie mit bestimmten Merkmalen der Therapeutenpersönlichkeit zusammenhängt, kommt hier doch der Faktor der Interaktion zwischen beiden bestimmend hinzu“ (ebd., S. 28).

Bettighofers Argumentation beruht auf folgenden Thesen, die wir auf Grund der Bedeutung, die wir ihnen zumessen, etwas ausführlicher darstellen wollen:

a) Beobachten ist das Herstellen von Bedeutungen

Aus sozial-konstruktivistischer Perspektive gibt es keine a priori vorgefundene Wirklichkeit, sondern diese wird von beiden Interaktionspartner*innen konstruiert. „Es gibt allenfalls objektive Fakten..., die jedoch sofort in bestehende innere Erlebnismuster oder Schemata eingeordnet werden und damit einen subjektiven Bedeutungsgehalt bekommen“ (ebd., S. 24 ff.).

b) Auch in reflektierender Therapie findet immer ein Handlungsdialog statt

Zwischen Patient*in und Therapeut*in entsteht immer und unvermeidlich ein spezifischer Handlungsdialog, schon beim Erstkontakt. Es lässt sich kaum vermeiden, dass der*die Therapeut*in zumindest partiell handlungsdialogisch auf die neurotischen Anteile des*der Patient*in einsteigt. Lange Zeit dominierte die Einstellung, dass man auf diese Einladungen des*der Patient*in in einer möglichst gleichbleibenden neutralen und wohlwollenden Form eingehen sollte. Der*Die Analytiker*in sollte sich

einerseits nach Möglichkeit nicht zu einem aktiven Handeln in der Interaktion verleiten lassen, er* sie sollte diesbezüglich abstinenter bleiben. Dadurch sollte andererseits gewährleistet werden, dass der* die Patient*in nicht vom* von der Analytiker*in beeinflusst und manipuliert wird. In dieser Sichtweise wurde jedoch laut Bettighofer übersehen, dass in keiner Interaktion zwischen zwei Personen die Wahrung von Neutralität im Sinne einer Nicht-Beeinflussung durch die Person des* der Therapeut*in möglich ist. Es ist nicht möglich, sich herauszuhalten. Oder: Auch scheinbare Nicht-Kommunikation ist ein kommunikativer Aspekt, der vom anderen wahrgenommen wird. Man kann nicht nicht-kommunizieren, wie auch Watzlawick (1969) meint.

„Es kann daher behandlungstechnisch nur darum gehen, diesen Einfluss voranzusetzen, ihn ernstzunehmen und seine konkrete Wirkung auf den Patienten systematisch zu untersuchen, um ihn für das Verstehen der gesamten Übertragungssituation fruchtbar zu machen“ (Bettighofer, 1998, S. 58 ff.).

„Heute muss zunehmend anerkannt werden, dass die therapeutische Situation ein gemeinsames Handeln, ein Miteinander-Umgehen darstellt, bei dem der Therapeut naturgemäß nicht anders kann, als mehr oder weniger miterfasst zu werden, somit mitzuagieren und aus eigenen Übertragungen heraus in die Szenen hineinzugeraten. Man kann darin nicht länger einen therapeutischen Verfahrensfehler sehen, wie das lange Zeit üblich war“ (ebd., S. 68).

Solche handlungsmäßigen Angebote des* der Therapeut*in gehen nicht auf dessen neurotische Anteile zurück, sondern verweisen „auf die anthropologische Grundtatsache, dass Menschen sich einander interaktionell *anstecken* und dadurch überhaupt erst in Kommunikation zueinander kommen“ (a.a.O.).

Bettighofers Schlussfolgerung: Mitagieren des* der Therapeut*in ist nicht nur unvermeidlich, sondern sogar erwünscht, und zwar im Sinne der Einsichtsgewinnung und der Verlebendigung der therapeutischen Beziehung. Es geht im therapeutischen Prozess für beide Interaktionspartner*innen darum, das Bewusstsein für das unvermeidliche Involviert-Werden in den therapeutischen Prozess zu schärfen und als Grundlage für eine Reflexion des gemeinsamen therapeutischen Handlungsdialogs zu nehmen.

c) Interaktion bedeutet Aushandlung, Angleichung und Abstimmung

Bettighofer zitiert die empirische Psychotherapieforschung: Konversations- und inhaltsanalytische Untersuchungen der Interaktion (Wilke, 1992, zit. in Bettighofer, 1998, S. 92) zeigten, dass schon die drei ersten Redebeiträge beider Beteiligten in großer Verdichtung wesentliche Elemente des Beziehungsangebotes von Patient*in und Therapeut*in enthalten. Während dieser Eröffnungssequenzen werden unbewusste Erwartungsmuster, Rollen- und Situationsdefinitionen sowie Themenmuster in einem beidseitigen Aushandlungsprozess abgeklärt. Therapeut*in und Patient*in stellen sich darauf ein und versuchen, eine Art „thematisches“ Gleichgewicht herzustellen. Dieses Gleichgewicht bezieht sich auf Faktoren wie Themeneinführungen, Detaillierungen, Themenwechsel, Nachfragen, Abbrüche und Schweigephasen. Es werden dabei auch die jeweiligen Grenzen des* der Gesprächspartner*in sensibel gespürt und geachtet. Die nonverbalen Angleichungsprozesse sind dabei die wesentlichen.

Die unbewussten Regeln dieses Systems, an dessen Zustandekommen beide Interaktionspartner*innen beteiligt sind, gehen über behandlungstechnische Regeln hinaus, an denen der*die Analytiker*in sein Vorgehen ausrichtet.

Mehr noch: Das unbewusste Regelsystem, mit seinen relativ stabilen Mustern, wird zum therapeutischen Kontext, in dessen Rahmen Patient*in und Analytiker*in als Teil eines übergreifenden Prozesses handeln und von dem sie ganz wesentlich bestimmt werden, während sie bewusst den Eindruck haben, in ihren Entscheidungen und Handlungen relativ frei zu sein. Der Kontext übt einen zwingenden Einfluss auf *die weitere Ausgestaltung der therapeutischen Situation aus.

d) Es findet ein Handlungsdialog statt

Bettighofer wiederholt eine Kritik, die schon Ferenczi an der traditionellen Form der Psychoanalyse geübt hat. Der in der klassischen Technik vorhandene Versuch des*der Therapeut*in, sich nicht verwickeln zu lassen, führt häufig oder sogar unvermeidlich zu einem unnatürlichen, distanzierten und künstlichen Verhalten auf Seiten des*der Therapeut*in und kann dadurch retraumatisierend wirken.

Besonders Borderline-Patient*innen haben die Tendenz, „den Spieß umzudrehen“. Sie spüren haargenau, ob sich der*die Therapeut*in aus der gemeinsamen Interaktion heraushält. Wenn dies vom*von der Borderline-Patient*in so wahrgenommen wird, verstärkt er*sie seine Provokationen, genauso wie Jugendliche jede*n neue*n Lehrer*in, der*die das Klassenzimmer betritt, zunächst austesten und provozieren, bis sie ihn*sie spüren können (Mickley, 2000). Daraus kann ein Teufelskreis entstehen. Der*Die Patient*in will eine emotionale Reaktion bekommen. Die Sachlichkeit des*der Therapeut*in empfindet er*sie als Reaktionslosigkeit. Er*Sie braucht affektive Resonanz, um seine*ihre Anwesenheit spüren zu können. Er*Sie braucht „Dialoghandeln“ (Ermann, 1993, zit. n. Bettighofer, 1998, S. 133). Das gibt ihm*ihr die Sicherheit, dass er*sie etwas bewirken kann. Dadurch erfährt er*sie ein Kontakt- bzw. Interaktionsangebot seitens des*der Therapeut*in, auf das er*sie gemäß seinem Repertoire an inneren Schemata antworten, für ihn*sie sinnvoll reagieren kann. Über andere Schemata verfügt er*sie ja (noch) nicht.

Wichtig sind daher gerade bei solchen Patient*innen dosierte affektive Reaktionen des*der Therapeut*in, in Erweiterung des bisherigen Containing-Begriffs. Das Containing muss also, so Bettighofer, nicht perfekt sein. Häufig ist es gar nicht möglich, das Unverdauliche gut verdaut und verträglich zurückzugeben. Im Gegenteil: Es kann für den*die Patient*in durchaus konstruktiv und heilsam sein, wenn er eine*n Analytiker*in erlebt, der nicht immer all die schwierigen Gefühle meistern kann; wenn er erlebt, dass auch der*die Therapeut*in mit seinen Gefühlen kämpft. Dadurch wird auch ein realistischeres Bild des*der Therapeut*in verinnerlicht und nicht ein ideales. Therapeut*innen sollten daher Mut zur Subjektivität, zu natürlicher Affektivität und spontanen Gesten haben.

e) Folgerungen für die Haltung des*der Therapeut*in

Für die Psychohygiene des*der Therapeut*in ist es deshalb wichtig, dass er sich vom*von der Patient*in emotional dosiert anstecken lässt, auf einen partiellen Handlungsdialog einsteigt und in seinen Interventionen eine gewisse Dosis antwortenden Affekts spüren lässt. Er kann dadurch ein gewisses Maß an psychischer Energie abbauen. Er muss sich weniger kontrollieren. Er erlebt Zufriedenheit, Freude oder Begeisterung, was sich wiederum auf die Beziehungsfähigkeit gegenüber dem*der Patient*in positiv auswirkt. Und er kann sich von einem Über-Ich-Druck befreien, sich innerlich entspannen und freier seiner therapeutischen Arbeit zuwenden.

Bettighofers Schluss hinsichtlich des Abstinenzbegriffs: „Das wesentliche beim therapeutischen Vorgehen ist dabei nicht die absolute Einhaltung einer Abstinenz und Neutralität, die unter Umständen Lebendigkeit nicht fördern, sondern vielmehr entmutigen und verhindern könnte“ (Bettighofer, 1998, S. 104).

Noch einen Schritt weiter geht Stern (1998, S. 90), wenn er die therapeutische Interaktion mit dem Zusammenspiel zwischen Säugling und Mutter vergleicht und meint: „Therapeutische Interaktion ist wesensmäßig Improvisation. Man weiß nicht, was als nächstes passiert. Manchmal geschieht etwas plötzlich und ist nicht einzuordnen. Das ist das Paradigma ...“. Im Gegensatz zu einem orthodoxen abstinente Vorgehen ist der*die Therapeut*in gefordert, sich in die spontane Interaktion mit dem*der Patient*in einzulassen. Notwendigerweise tritt dann seine Subjektivität stärker in den Vordergrund. Gelegentlich kann sich die Situation zwischen Patient*in und Therapeut*in sogar zuspitzen; Stern nennt solche Situationen „Now-Moments“. Der Angstpegel steigt bei beiden Interaktionspartner*innen erheblich an, beide sind nun völlig im Hier und Jetzt. „Dieser Jetzt-Augenblick wird oft als Bedrohung für die übliche Arbeitsweise empfunden. Die Beziehung wird plötzlich auf den Tisch gelegt“ (a.a.O.). Das Risiko für den*die Therapeut*in ist in solchen Momenten groß, denn er exponiert sich sehr, wenn er die vertraute Technik verlässt. Er ist einfach als Person mit all seinen Stärken, Schwächen und Verletzlichkeiten vorhanden. In solchen Momenten liegt aber eine große Chance für eine sehr positive Veränderung des therapeutischen Prozesses, wenn sie authentisch improvisierend gestaltet werden; der*die Therapeut*in sich also nicht auf das scheinbar sicherere Terrain seiner „Standarttechnik“ rettet.

Dass der therapeutische Dialog aus einem derartigen interaktionellen Verständnis heraus den üblichen psychoanalytischen Rahmen sprengen kann oder sogar soll, kommt in Sterns pointierter Äußerung in einem Interview mit „Psychologie heute“ zum Ausdruck: „Die Zeit ist reif, den Körper wieder in die Psychoanalyse einzuführen“ (vgl. Geuter, 1999).

4 Welche Menschenbilder stecken hinter all diesen Überlegungen?

Alle Argumente pro und contra Abstinenz, pro und contra szenisches Handeln, pro und contra Berührung, pro und contra Körperarbeit in der Therapie müssen auf dem Hintergrund des jeweiligen

Persönlichkeitsmodells und Menschenbildes verstanden werden. Worm (1997, S. 54) drückt dies unmissverständlich aus: „Eine Definition der Abstinenz ist nicht unabhängig von einem Persönlichkeitsmodell zu denken, das immer auch ein bestimmtes Menschenbild einschließt. Dieses Persönlichkeitsmodell bestimmt auch das Krankheits- und Gesundheitsverständnis. Abstinenz ist damit nicht einfach ein isoliert-methodisches Prinzip.“

Es geht das klassische psychoanalytische Konfliktmodell von einer Maßlosigkeit der Triebwelt aus, die auf die Anforderungen der sozialen Realität stößt (ebd., S. 54 ff.). Neurotische Lösungen seien immer Ersatzbefriedigungen für infantile Wünsche, die nicht aufgegeben und unter dem Einfluss des Realitätsprinzips umgewandelt werden konnten. In ihrem Primärzustand haben diese Triebbedürfnisse immer auch einen körperlichen Ausdruck, daher werde der körperliche Handlungsausdruck in der Therapie möglichst reduziert. Nur so sei die notwendige Verzichtleistung auf diese am Lustprinzip und Primärprozess orientierte Befriedigung zu erreichen. Die Lösung liegt in der Entwicklung eines symbolischen Ausdrucks, der wesentlich auf der Symbolebene der Sprache gedacht ist. Die nichtsprachlichen Ausdrucks- und Kommunikationsformen, wie Malen, Ton-Arbeit, Tanz und Bewegung und der vor-sprachliche Bereich „prozeduralen Beziehungswissens“ (vgl. dazu Dornes, 1998) wird dabei weitgehend übersehen oder zu gering bewertet.

Dornes weist auf einen weiteren Punkt hin. Psychoanalytiker*innen haben aus der Sicht der neuen Entwicklungspsychologien das Affektleben des Säuglings übermäßig dramatisiert. Sie haben aus dramatischen Momenten dramatische Phasen gemacht. Es handelt sich dabei aber nur um Momente im Leben des Säuglings (ebd., S. 80). Die psychische Bedeutung dieser Momente ergibt sich weniger aus den sie begleitenden körperlich-affektiven Empfindungen, sondern mehr aus dem elterlichen Umgang damit. Ein zwangloser Umgang damit führt dazu, dass solche Momente mehrere unter vielen bleiben. Sie treten dann nicht als etwas Besonderes hervor. Etwas Besonderes werden diese Momente erst dann, wenn sie durch die elterlichen Reaktionen aggraviert werden. Wir schließen uns der Argumentation von Dornes an, dass es im Kern trotzdem um unterschiedliche Menschenbilder geht. Unterschiedlich ist dabei, was für die Primär- und was für die Sekundärnatur des Menschen gehalten wird. Die Primärnatur bei Freud ist die chaotische Triebwelt des Es, die Sekundärnatur die geordnete, realitätsorientierte Welt des Ich. Die Primärnatur bei den Nicht-Mainstream-Analytiker*innen wie auch bei Ferenczi und Reich bestand in einem heilen, naturgegebenen Kern der Persönlichkeit, seine Sekundärnatur sei die neurotische Verformung.

Das Abstinenzgebot ist damit in Verbindung zu sehen. Erkenntnis wird dabei nur durch die gleichzeitige körperliche Handlungsabstinenz möglich. Die angestrebte körperliche Befriedigung in der Therapie – als Ausdruck der in der Neurose persistierenden infantilen Wünsche – würde das Ziel der Behandlung, nämlich eine realitätsadäquate Anpassung dieser Bedürfnisse, in Frage stellen bzw. verhindern. Unter dem Blickwinkel dieser Theorie gerät jeder körperliche Umgang in der Therapie zu einem nicht zielführenden Wiedergutmachungsversuch. *Körpertherapien unterstützen diesen Verdacht allerdings*

*insofern, als sie oftmals, durch zu geringe Beachtung der Widerstandsphänomene in der Beziehungsdynamik der therapeutischen Situation, zu direkt und rasch an korrigierenden guten Erfahrungen interessiert sind und die diffizilen Abwehren und Ängste im*in der Patient*in überspringen bzw. dessen Widerstände unterlaufen.*

Je nachdem, für welches Menschenbild man sich nun entscheidet, führt dies zu einer unterschiedlichen Einschätzung der therapeutischen Beziehung und deren „technische“ Gestaltung. Die Einstellung zur Natur des Kindes bestimmt z. B. auch den Umgang mit Regression: Wann immer die Enthemmung primitiver Impulse, Realitätsverlust und Verlust eines getrennten Gegenübers im Raum stehen, ist das konsequente Eingrenzen der Regression aus der Sicht der klassischen Position nur logisch. Daher kommt die klassische Position der Psychoanalyse zu dem Schluss: Regression und orale Unersättlichkeit – das sind der Boden, der Rest, die letzte und tiefste Schicht im Menschen. Gleichzeitig fördert aber gerade auch die psychoanalytische Standardtechnik mit hoher Behandlungsfrequenz und Couch-Setting die Regression, der man gleichzeitig so ambivalent gegenübersteht. Oder wie es Heisterkamp ausdrückt:

„Die Idealisierung des analytischen Settings und die Idealisierung der sprachlichen Deutung führt zu einem adultomorphen Umgang mit dem stark regredierten Patienten. (...) Hier hat das traditionelle analytische Setting etwas Grausames: Erst lässt der Psychoanalytiker den Patienten auf eine frühe präverbale Entwicklungsebene regredieren, um ihn dann auf einer basalen Ebene potenzieller Mit-Bewegung wieder im Stich zu lassen“ (Heisterkamp, 1998, S. 23 u. 24).

Ferenczi und andere Nicht-Klassiker meinten ebenfalls schon hingegen: Die orale Unersättlichkeit und der Regressionswunsch ist noch immer eine Abwehrschicht, gegründet auf einem behinderten Selbstbehauptungswillen, der nicht primär im Gegensatz zur sozialen Umwelt steht, sondern in einem dialogischen Interesse daran.

Neuere psychoanalytische Modelle weichen vom traditionellen psychoanalytischen Menschenbild mehr oder weniger deutlich ab. Weiss, Sampson u.a. (1986) orten im traditionellen psychoanalytischen Modell nochmals zusammenfassend folgende Grundannahmen:

1. Der*Die Patient*in hat keine Kontrolle über seine unbewussten Konflikte und deren Bewusstwerdung, weil unbewusste Prozesse vorwiegend automatisch nach dem Lustprinzip ablaufen.
2. Das stärkste unbewusste Motiv des*der Patient*in ist die Suche nach Befriedigung infantiler Wünsche. Die verdrängten Wünsche werden in der psychoanalytischen Therapie durch das Behandlungsangebot des*der Analytiker*in mobilisiert. Gleichzeitig werden sie durch die Abstinenz und Neutralität des*der Analytiker*in intensiviert.
3. Sie drohen, bewusst zu werden, weshalb der*die Patient*in die Abwehr verstärkt. All dies läuft ohne Kontrolle des*der Patient*in ab.

4. Die Deutungen des*der Analytiker*in führen auf dem Patt von Impulsmobilisierung und Abwehrverstärkung heraus. Sie ermöglichen es, die mobilisierten Wünsche bewusst zuzulassen, ohne sie erneut dauerhaft abzuwehren. Dadurch wird erstmals Kontrolle über sie möglich.
5. Ziel der Therapie ist die Aufgabe oder Beherrschung (Meisterung) der infantilen Wünsche durch Bewusstmachung.

Im Gegensatz dazu postuliert die „Control-mastery“-Theorie von Sampson und Weiss (1986) Folgendes:

1. Der*Die Patient*in hat beträchtliche Kontrolle über die Bewusstwerdung seiner unbewussten Konflikte.
2. Sein stärkstes unbewusstes Motiv ist nicht die Suche nach infantiler Triebbefriedigung, sondern das Bestreben, seine Probleme zu lösen.
3. Diese bewusste und unbewusste Problemlösungsabsicht veranlasst ihn, konflikthafte Material zu präsentieren. Dahinter steht die Hoffnung, es besser als bisher zu machen, weil der*die Analytiker*in anders damit umgeht als die Person der Vergangenheit. Die Darstellung des unbewussten Konflikts erfolgt damit in der unbewussten Absicht, den*die Analytiker*in zu testen, ob er einen sicheren Raum für die Problemlösung bereitstellt. Der Grund für die Wiederholung ist weniger ein triebhafter Wiederholungszwang mit dem Ziel infantiler Triebbefriedigung als ein Bedürfnis nach Bewältigung.
4. Die volle Darstellung des Konflikts ist nicht das Resultat einer vom*von der Patient*in unkontrollierbaren Intensivierung von Konflikt und Abwehr durch das Behandlungssetting, sondern das Ergebnis seines unbewussten Urteils, dass der*die Analytiker*in den Test bestanden hat und ein sicherer Rahmen für die Neubearbeitung alter Probleme vorhanden ist.
5. Die Neutralität des*der Analytiker*in hat in diesem Modell nicht die Funktion, Impulse und Wünsche zu intensivieren und so den Bewusstwerdungsdruck zu verstärken. Sie soll vielmehr die unbewusste Befürchtung des*der Patient*in, der*die Analytiker*in werde sich wie seine Eltern benehmen, widerlegen.
6. Die Aufgabe des*der Analytiker*in ist es nicht, wie im alten Modell, etwas zu *verhindern*, was der*die Patient*in unbewusst anstrebt (Triebbefriedigung), sondern zu *unterstützen*, was er unbewusst beabsichtigt – die Suche nach der Lösung seiner Probleme. Der*Die Patient*in kommt also nicht nur mit einem bewussten, sondern auch mit einem unbewussten Problemlösungswunsch.

Zweifellos verschiebt sich bei Sampson und Weis das psychoanalytische Menschenbild in die Richtung einer stärkeren Bedeutung von Kompetenzen, Problemlösungsabsichten und Bewältigungsstrategien, wie wir es mittlerweile auch durch das von den neuen Entwicklungspsychologien gezeichnete Menschenbild – der „kompetente Säugling“ (Dornes, 1993) – kennen.

5 *Abstinenz als innere Haltung*

In der traditionellen Psychoanalyse, besonders im Couch-Setting, wird Abstinenz v.a. auf der Verhaltensebene definiert, durch ein Nicht-Tun von etwas. Daher nimmt der*die Analytiker*in keine Geschenke an, geht nicht auf konkrete Handlungen ein, er beantwortet keine seine Person betreffenden Fragen – immer geht es um ein „*nicht*“.

Man kann Abstinenz einerseits als Kodex von Regeln verstehen, die festlegen, was der*die Therapeut*in *tun* darf und was nicht. Das psychoanalytische Berührungs- und Handlungsverbot ist eine Manifestation derartiger festgeschriebener Gesetze. Man kann Abstinenz aber auch anders definieren: als *innere Haltung* des*der Therapeut*in, als eine

„um den Individuationsprozess des Patienten zentrierte bleibende Mit-Bewegung (...) und ‚mangelnde Abstinenz‘ als eine Entgleisung des therapeutischen Dialogs in eine Be-Nötigung, in der sich Patient und Therapeut in ihrem labilen oder labilisierten Selbstwertgefühl wechselseitig auf Kosten des anderen zu stabilisieren versuchen. Damit ist „Abstinenz“ keine Frage des physikalischen Abstandes, sondern der psychischen Verfassung“ (Heisterkamp, 1998a, S. 20).

Interessanterweise hat auch Thea Bauriedl, entschiedene Gegnerin einer analytischen Körperpsychotherapie, die Idee, dass Abstinenz eine innere Haltung darstellt (Bauriedl, 1994, 1996, 1997):

„Abstinenz ist für mich eine bestimmte *Form der Beziehung*, die ich versuche, von mir her anzubieten und einzuhalten. Das kann durchaus in sehr aktiver Form geschehen.... *Das therapeutische Verhalten kann aus meiner Sicht nur in seiner Bedeutung für die Beziehung definiert werden...* Hier entscheidet sich für mich auch die Qualität einer analytischen Beziehung, nicht am Setting“ (Bauriedl, 1994, S. 73–74).

Grundlegend in Bauriedls Theorien ist ferner die Unterscheidung von Grund- und Ersatzbedürfnissen sowie der Begriff der Ersatzpartnerschaften. Grundbedürfnisse sind solche, deren Befriedigung, auch in der therapeutischen Situation wichtig ist als „anthropologische Grundvoraussetzung“ für gelingende und fördernde zwischenmenschliche Begegnung und Beziehung. Als Beispiele dafür seien ausreichend Empathie, Verständnis, sicherer Rahmen, Verlässlichkeit, etc. genannt. Auf Seiten des*der Therapeut*in stehen diesen legitimen Grundbedürfnissen des*der Patient*in ein vergleichbares Recht auf dosierte basale emotionale Reaktionen bzw. Antwortverhalten auf entsprechendes zwischenmenschliches Geschehen zu, wie z. B. Befriedigung und Freude über gelungene Kontakt- und Dialogszenen oder Fortschritte im Therapieprozess, Mitgefühl bis Betroffenheit über erschütternden Lebensereignissen beim*bei der Patient*in, Ärger, ja Zorn und Enttäuschung bei entsprechendem manipulativen/erpresserischen Verhalten des*der Patientin, etc.. Für den*die Therapeut*in bedeutet eine solche Grundhaltung eine wesentliche Entlastung seiner Kontroll- bzw. Containerfunktion, für den*die Klient*in unter anderem eine notwendige Voraussetzung, um „ausreichend gute“

Zwischenmenschlichkeit und Dialogfähigkeit in einem geschützten Rahmen lernen zu können. Insofern stellt die therapeutische Beziehung nur eine Sonderform menschlicher Beziehungen dar, die solch allgemeine Voraussetzungen mitberücksichtigen, oft sogar in besonderem Maße zur Verfügung stellen muss. Ersatzbedürfnisse hingegen sind kompromisshafte inter- und intrapersonale Überlebensstrategien, die es in der Therapie aufzuzeigen, bewusst zu machen und zu verändern, aber nicht zu befriedigen gilt. Entwicklungsgeschichtlich wird das Kind in Ersatzpartnerschaften eingebunden, die wesentlich von den Sicherheitsbedürfnissen und Wünschen der Eltern bestimmt sind – z. B. von Wünschen nach symbiotischer Nähe, Dominanz, narzisstischer Bestätigung und sexueller Befriedigung. Um einer Sicherheit und Angstbewältigung willen gibt das Kind die eigenen Bedürfnisse auf.

Abstinenz heißt in diesem Sinn Verzicht auf Befriedigung der in den Ersatzpartnerschaften enthaltenen Ersatzbedürfnisse, da diese *Suchtelemente enthalten und als Abwehr gegen die abgewehrten Wünsche und Ängste fungieren*. Der Unterschied zur klassischen psychoanalytischen Situation besteht darin: unter Ersatzbefriedigung wird dort der Erhalt infantiler Triebwünsche im neurotischen Symptom verstanden. Bei Bauriedl liegt der Fokus hingegen mehr auf der Angst bzw. der Angstabwehr, entstanden in einem sozialen und inneren Dilemma (Worm, 1997, S. 56). Das Drängende ist hier nicht mehr der Triebwunsch, sondern die Angst, die mit der Ersatzbefriedigung abgewehrt werden muss.

Sinn der Nichtbefriedigung liegt im klassischen Verständnis darin, durch Verzicht auf den infantilen Triebwunsch eine Entwicklung zu ermöglichen, indem die Trennung zwischen Ich und Objekt und damit auch die Fähigkeit zur Symbolisierung gefördert wird. Der Sinn der Nichtbefriedigung liegt bei Bauriedl hingegen in einem Infragestellen der Ersatzlösung. Denn eine Befriedigung auf der Ersatzebene würde diese Lösung zementieren (ebd., S. 57).

Worm greift diese Bauriedlschen Ideen auf und überträgt sie auf ein offenes psychoanalytisches Setting, das die Arbeit mit dem Körper, der konkreten Interaktion einschließlich von Berührung miteinbezieht. Die Frage ist dann, wie man Abstinenz in einem solchen Setting verstehen kann. Worin besteht ein abstinentes Verhalten, wenn man Berührung und szenisches Handeln im Setting nicht von vornherein ausschließt? Man muss sich klar machen, so Worm, dass auch das Vermeiden von Berührung häufig in das Lösungssystem von Patient*innen passt. Einerseits kann es so sein, dass Berührungen (auch sexuelle Berührungen) auf der Ebene der Ersatzlösungen liegen (z. B. im Dienst des Füllens mütterlicher Defizite), *andererseits kann gerade das Vermeiden von Berührung einer Umgehung der originären Wünsche an sich entsprechen und der Konflikt in der Berührung ebenso deutlich werden*. Solche Patient*innen meiden den Konflikt, indem sie Berührungen vermeiden – z. B. im Rahmen eines Autonomiekonfliktes: wenn ich berühre – wie kann ich mich dann noch autonom fühlen. In der Übertragung muss der*die Therapeut*in dann aushalten, dass der*die Patient*in ihn körperlich zurückweist – er muss die dahinterstehenden Ängste verstehen. Sucht man hier zu schnell – wie in vielen Körpertherapien – eine neue Lösung, ohne Durcharbeitung der Widerstände und Ängste, erreicht man wieder nur eine Ersatzlösung im Sinne einer Anpassung an eine neue Normvorstellung.

Wie kann man aber Grundbedürfnisse von Ersatzbedürfnissen unterscheiden? Worm zitiert hier wieder Bauriedl (Worm, 1997, S. 62): Die Unterscheidung, was Grundbedürfnisse sind und was Ersatzbefriedigungen, ist oft zunächst nicht ganz leicht. Sie gelingt nicht immer sofort, sondern zeigt sich teilweise erst im laufenden Prozess – ob dieser fortschreitet oder stagniert. Komplizierend kommt hinzu, dass der*die Patient*in auch dann zunächst Fortschritte machen kann, wenn Ersatzbedürfnisse befriedigt werden, d.h. die Abwehrebene besser funktioniert (im Falle neurotischer Übertragungsheilungen). Diese Besserungen beruhen aber nicht auf der illusionären Erfüllung ursprünglicher infantiler Wünsche, sondern die Illusion liegt im augenfälligen Funktionieren der Ersatzbefriedigung (ebd., S. 63).

Eine konkrete Unterscheidungshilfe in der therapeutischen Situation besteht darin: je drängender der Wunsch nach Realisierung, umso eher geht es um eine Überlagerung durch Ersatzbedürfnisse. Das Drängende, Appelative und Erpresserische enthält v.a. auch eine Angstbewältigung. Bei entsprechender Frustration wird daher zunächst einmal viel Angst frei. Abstinenz besteht nun darin, diese Form der Befriedigung von Ersatzbedürfnissen in Frage zu stellen, die Ersatzebene zu verdeutlichen (ebd., S. 97). Denn z. B. wirkliche erotische Gefühle – auf der Ebene der Grundbedürfnisse – äußern sich nicht so sehr drängend, sie erscheinen eher verhalten, v.a. auch in ihren körperlichen Ausdrucksformen.

Was Abstinenz im Augenblick heißt, ergibt sich daher durch eine permanente Übersetzung des therapeutischen Geschehens im Hinblick auf das Beziehungssystem und dessen Bedeutung, und zwar zunächst jene, die ihm der*die Patient*in zuweist, als auch die, auf die man sich dann in einem intersubjektiven Aushandlungsprozess gemeinsam verständigt; ohne Anspruch, 100%ige Übereinstimmung erreichen zu müssen. So verstandene Abstinenz heißt, als Therapeut*in keine Ersatzpartnerschaften zuzulassen bzw. zu fördern. Ein solches Verständnis ist umso wichtiger, je mehr man durch die körperliche Berührung oder Handlungssequenz den Affekt verdichtet. Denn in einer derart gestalteten Affektverdichtung aktiviert/aktualisiert man viel stärker als durch rein sprachliche Mittel die auch körperlich, bzw. körpersprachlich verankerten Interaktionsschemata (ebd., S. 65); die Wahrscheinlichkeit, bzw. Gefahr kollusiver Verstrickung ist daher auch in einem höheren Ausmaß gegeben und muss dementsprechend beachtet werden.

Umgekehrt kann auch durch ein Nicht-Tun von etwas eine problematische Situation, im Sinne einer traumatisierenden Wiederholung, einer Kollusion oder einer Ersatzpartnerschaft, geschaffen werden – mit oft weniger lautstarken Folgen – v.a. dann, wenn Berührung in ideologisierender Weise tabu ist. *Diese Gefahr wird in den Abstinenzdefinitionen, die immer durch ein Nicht-Tun von etwas definiert sind, nicht reflektiert.* Ebenso ist die Frage zu stellen, ob missbräuchliche Berührung in der Geschichte de*der Patient*in ein Nicht-Berühren als Rahmen zwingend einfordert bzw. nur durch ein von vornherein vereinbartes Berührungsverbot diese Problematik bearbeitbar und lösbar ist. Hier haben wir unsere Zweifel; denn eine solche Vereinbarung kann zwar einerseits einen Rahmen von Sicherheit und Schutz schaffen, engt aber den Spielraum der therapeutischen Möglichkeiten, die ja oft erst im Zuge des fortgeschrittenen Prozesses entstehen können, ein.

Ein*Eine Therapeut*in, der*die in dieser inneren Haltung von Abstinenz „gut genug“ ist, ist sicher nicht als jemand zu sehen, der jenseits von Ängsten und Ersatzbefriedigungen lebt. Es geht vielmehr darum, sich diese Ängste und Ersatzbefriedigungen immer wieder bewusst zu machen und in Bezug auf den Therapieprozess zu reflektieren.

„(...) in diesem Sich-Bewusstwerden der eigenen Ersatzbefriedigungen, Ängste und Defizite sollte die innere Abstinenz bestehen, die den Patienten und den Therapeuten davor schützt, in neue Ersatzpartnerschaften einzubinden oder eingebunden zu werden. Das wäre die entscheidende neue Erfahrung in der Therapie, in der auch die körperliche Berührung, jenseits einer illusionären Wiedergutmachung, ihren Platz auf dem Weg zur Heilung haben könnte“ (ebd., S. 66).

6 Abstinenz in erotischen Übertragungssituationen: Der „erotische Spielraum“ und „erotisches Play-back“

Wenn es stimmt, dass Freud und seine Schüler, lange noch vor einem differenzierten Verständnis der Gegenübertragung, das Handlungs- und Berührungstabu aus Angst vor den erotischen Übertragungen (vgl. dazu auch Krutzenbichler und Essers, 1991) in die psychoanalytische Technik bindend eingeführt haben – wie sieht dann eine Veränderung dieser Haltung in Bezug auf Umgang mit Erotik zunächst *innerhalb* des psychoanalytischen Settings aus – d.h. ohne die Möglichkeit der Berührung und der konkreten Handlungsinteraktion?

Pfannschmidt versucht darauf eine Antwort zu geben:

„Ich meine, es ist notwendig, dass der Analysand den Analytiker in der Analytische Stunde dergestalt berühren können muss, dass es ihm möglich wird, in seiner Körperphantasie seine eigene geschlechtliche Identität aus der emotionalen Berührung mit dem Körper des Analytikers aufzubauen. Dazu ist es allerdings notwendig, dass der auch bereit ist, seinen Körper selbst wahrzunehmen und für diese emotionale Berührung zu öffnen“ (Pfannschmidt, 1997, S. 202).

Pfannschmidt weiter:

„In unserem Kulturraum scheint es so zu sein, dass das erotische Berührtsein, die erotisch-sexuelle Atmosphäre, die nicht triebzielorientiert ist, keinen eigenen Wert hat. Es scheint zwischen der bewussten Wahrnehmung der erotisch-sexuellen Atmosphäre, und dem Umsetzen in eine Handlung, die zu dem zu führen hat, was wir landläufig als Geschlechtsverkehr bezeichnen, keinen Spielraum zu geben.... In der ‘abstinenten’, in Wirklichkeit aber unbezogenen Beziehung wird dieser Raum gar nicht zugelassen“ (ebd., S. 204).

Pfannschmidt plädiert daher für eine „sinnliche Raumgestaltung“ des konkreten Raumes:

„Dieser konkrete Raum ist dann auch der Raum, in dem der Analysand mit der Zeit erfährt, dass seine Phantasien, sein Körpererleben, welches er in Worten, mit seiner Stimme und in seinen körperlichen und sprachlichen Gesten äußert, dass all das geschützt ist, er wird diesen Therapieraum, der auch ein Aspekt meines Körpers ist, mit der Zeit körperlich als den Raum in sich spüren und in seinem Erleben befestigen können, in dem er seine Phantasie spielen lassen kann“ (ebd., S. 205).

Oft wird dieser Raum nicht wahrgenommen, es finden Ausblendungen statt. „Verdrängt wird die Wahrnehmung, den anderen mit den eigenen erotisch-sexuellen Gefühlen berührt und eine körperlich spürbare emotionale Antwort erhalten zu haben“ (ebd., S. 206).

Im Einklang mit der psychoanalytischen Vorgangsweise der schrittweisen Tiefung des Geschehens ist es dabei entscheidend, zunächst die Abwehr gegen diese Ausblendungen anzusprechen und nicht den abgewehrten Impuls. Deutet man den Impuls selbst („Sie spüren doch, dass Sie mich begehren!“), könnte dies einer Stimulierung im Sinne eines inzestuösen Übergriffs gleichkommen. Entscheidend ist dagegen, die Abwehr des*der Patient*in zu aufzugreifen, „was natürlich heißt, dass ich als Analytiker ausdrücke, dass der Analysand etwas wahrgenommen hat, was auch ich wahrgenommen habe, mit anderen Worten, ich gebe zu erkennen, dass er mich erotisch-sexuell berührt hat“ (a.a.O.).

Von größter Wichtigkeit ist dabei wieder der „Spiel-Raum“ zwischen beiden:

„Dass dieses lustvolle Erleben in der Analysestunde zugelassen werden kann, hat zur Voraussetzung, dass es im Körpererleben des Analytikers eine Repräsentanz dieses Spiel-Raums gibt, in welchem es zu einem intensiven erotisch-sexuellen Körpererleben kommen kann, ohne dass das Ziel die Triebabfuhr wäre“ (ebd., S. 208).

Analytische Körperpsychotherapie geht über dieses Ermöglichen und evtl. sogar aktive Aufgreifen des „erotischen Spielraums“ in der Therapie auf verbaler und körpersprachlicher Ebene insofern hinaus, dass ja auch Berührungen, Körper-interventionen und Handlungssequenzen als Option von Anfang an offenstehen. Sind da nicht beide, Patient*in und Therapeut*in, in ihren Fähigkeiten zur Gefühls- und Impulskontrolle überfordert, sei es, dass sie Erotik und Sexualität ausleben wollen, oder dass sie gezwungen sind, sie handlungs- und phantasiegemäß auszublenden, umzudeuten oder abzuspalten? Dass sozusagen der angesprochene erotische Spielraum gerade dadurch wieder entscheidend eingengt wird?

Entgegen derartigen Befürchtungen vieler Psychoanalytiker*innen schreibt Downing:

„Die Furcht vor dem ‚sexuellen Echo‘ verblasst meistens, wenn die Arbeit mit dem Körper zum regelmäßigen Bestandteil der Therapie wird. Der Grund dafür zeigt sich jedem, der als Klientin oder Klient einmal eine Körperpsychotherapie gemacht hat, offensichtlich. Die Arbeit mit dem Körper ist erotisch ernüchternd. Sie ist eher asexuell als sexuell anregend (...). Selbst wenn beim Patienten während der Körperarbeit tatsächlich sexuelle Gefühle hochkommen, werden

diese interessanterweise selten als auf die Person des Therapeuten gerichtete erlebt (...). Das soll nicht heißen, dass Patienten in einer Körperpsychotherapie niemals sexuelles Begehren für ihre Therapeuten empfinden. Das ist natürlich bewusst und/oder unbewusst der Fall und nimmt viele verschiedene Formen an. Aber insgesamt betrachtet, erleben sie diese Gefühle oder entsprechende Derivate meistens a) außerhalb der Sitzungen und b) in Phasen, in denen der Austausch in der Sitzung rein verbal verläuft“ (Downing, 1996, S.309 ff.).

Und auch Ware (1998) meint, dass die Erfahrung von konkret körperlichem Halt oft alles andere als eine Begünstigung des Ausagierens verbotener narzisstischer und libidinöser Triebwünsche mit sich bringt. „Immer wieder konnte ich erleben und haben mir Kollegen auch bestätigt, dass heftige erotisch-sexuelle Gefühle und Fantasien in der Gegenübertragung in dem Augenblick aufhörten“, wo ein körperlicher Kontakt zustande kam. Die Erklärung liegt auf der Hand: es handelte sich um eine zweckgebundene Erotisierung des Vaters, „die darauf zielt, ihn entweder als frühes trianguläres oder überhaupt als liebendes Objekt zu gewinnen.“ Abgesehen von schweren Fällen borderline-typischer Verwirrungen, wo überhaupt in der Regel von Körperkontakt abzuraten ist, entsteht die körperliche Sprachverwirrung meistens auf der Seite des*der erotisierten Vater-/Muttertherapeut*in. Wenn es „dem Kind gelingt, die volle emotionale Aufmerksamkeit des ersehnten Objektes auf sich zu lenken, kann die Erotisierung als Mittel zum Zweck fallengelassen und die Präsenz des Vaters als Schutz, Geborgenheit, Sicherheit und Zuwendung genützt werden.“

Mit anderen Worten, Ware zielt ebenso wie Worm darauf ab, die Ebene der Grundbedürfnisse von jener der Ersatzbedürfnisse, der „zweckgebundenen Erotisierung“ zu unterscheiden. Ein*Eine Therapeut*in, der diese beiden Ebenen in seiner Gegenübertragung und bezogen auf die gegenwärtige Prozessphase in der Therapie differenzieren kann, wird auf Erotisierungsangebote aus Abwehrgründen nicht hereinfallen und in eine Sprachverwirrung geraten, sondern die hinter dieser Erotisierung liegenden Ängste spüren und verstehen und therapeutisch angemessen darauf antworten – ob körperlich-handlungsbezogen oder verbal. Die konkret handlungsbezogene Antwort führt unserer Meinung nach mehr als die rein sprachlich-symbolische zu einer Verlebendigung und Verdichtung der Interaktion und kommt der Realität des Ernstfalls im Alltag dadurch u.U. noch ein Stück näher als die verbale. Das kann so sein, muss aber nicht so sein. Denn in beiden Settings – dem psychoanalytischen ebenso wie dem analytisch-körperpsychotherapeutischen offenen Setting – „realisieren sich leibhaftig emotionale Erfahrungen.... Was unterschiedlich ist, lässt sich oft als Akzentsetzung beschreiben, und nur in wenigen Punkten bestehen fundamentale Differenzen“ (Scharff, 1998, S. 57 ff.).

In einem offenen analytisch-körperpsychotherapeutischen Setting kann der modellhafte, handelnde Umgang miteinander die Basis für einen Erkenntnisprozess sein, wobei das Mehr an Information über die Sinneseindrücke von Vorteil, aber auch von Nachteil sein kann. „Die Eigenart des Patienten, die Kompetenz des Psychoanalytikers und letztlich auch dessen je unterschiedliche Fähigkeiten werden

darüber entscheiden, was im Einzelfall zuträglich für die Entwicklung des Patienten ist und was nicht“ (ebd., S. 58).

Das gilt für die erotische Dimension und dem therapeutischen Umgang mit ihr ebenso wie für alle anderen Beziehungsaspekten.

7 Resümee

Zusammenfassend glauben wir mit Scharff, Worm, Downing, Heisterkamp und vielen anderen, dass beide Zugänge, der verbal-psychoanalytische ebenso wie der analytisch-körpertherapeutische, *gleichberechtigte Zugänge zum Unbewussten des*der Patient*in* sind und dass wir, anstatt die Gegensätze zu polarisieren, ein dialektisches Spannungsverhältnis zwischen diesen beiden Ebenen des Zugangs beibehalten können.

*Wir glauben, dass der Preis, den die traditionelle Psychoanalyse mit ihrer künstlichen Ausgrenzung der Handlungsdimension zahlt, zu groß ist und eine dosierte Hereinnahme dieser Dimension vereinbar ist mit einer abstinenter Grundhaltung und die therapeutische Beziehung sich dadurch natürlicher und entwicklungsfördernder gestalten lässt. Wir verzichten auf den Schutz des traditionellen psychoanalytischen Abstinenzverständnisses ebenso wie auf für alle Patient*innen gleiche regelhafte Begrenzungen bei der Festlegung des Settings. Wir stehen für einen interaktionellen Aushandlungsprozess, der in jeder Patient*innen-Therapeut*innen-Konstellation anders aussehen wird und im Rahmen dessen die jeweils spezifischen Möglichkeiten der therapeutischen Begegnung/Beziehung/Interaktion, aber auch ihre Begrenzungen nach Möglichkeit auf bewusster Ebene gemeinsam verhandelt werden, bzw. veränderbar bleiben. Es gilt den Sicherheits- und Schutzaspekt eines Setting-Rahmens ebenso zu beachten, wie dessen notwendige Flexibilität, um personen- und störungsspezifisch, aber auch prozess- und situationsabhängig die therapeutische Beziehung angemessen gestalten zu können.*

Abstinenz bedeutet in unserem Verständnis aber auch, dass der*die Therapeut*in darüber hinaus zu entscheiden hat, was an verbalem oder körperlichem Angebot für ihn selbst „stimmig“ ist und was nicht. Mit anderen Worten: er darf und muss sich seiner eigenen Grenzen bewusst sein und diese dem*der Patient*in deutlich machen, sich nicht unter Druck setzen lassen, wenn die Forderungen des*der Patient*in die eigenen Möglichkeiten übersteigen. Dies gilt nicht nur für den Bereich körperlicher Interventionen, sondern für jegliche Dialog-, Beziehungs- bzw. Interaktionsgestaltung durch den*die Patient*innen. So sehr wir von der Wichtigkeit der Containerfunktion des*der Therapeut*innen überzeugt sind, so sehr sprechen wir uns gegen ein masochistisches Verständnis dieser Containerfunktion aus. Letztlich darf und soll sich natürlich der*die Therapeut*in auch nicht durch eine neue Sichtweise, wie sie wir hier z. B. vertreten, wie plausibel sie auch erscheinen mag, bzw. durch neue Forschungsergebnisse untermauert wird, dazu verleiten lassen, diese seine Grenzen zu rasch oder zu weit zu überschreiten.

Unsere Sichtweise von Abstinenz fußt weiters auf einem Menschenbild, das sich vom traditionellen psychoanalytischen Menschenbild unterscheidet und die Fähigkeiten des Menschen sowie seine positiven und kreativen Kräfte betont, ohne deswegen die Schattenseite in ihm zu verleugnen oder zu bagatellisieren. Man sollte nicht nur von einem „kompetenten Säugling“ sprechen, sondern auch erwachsenen Patient*innen unterstellen, dass sie einerseits auf ihre, wenn auch z.T. neurotische Weise, innere und äußere Konflikte bewältigen, in die Therapie bestimmte Fertigkeiten mitbringen und ihre Probleme gemeinsam mit dem*der Therapeut*in besser bewältigen wollen als bisher, anstatt ihnen in erster Linie die Suche nach infantilen Lustbefriedigungen zu unterstellen. Nicht das Ziel triebhafter Konfliktwiederholung steht also im Vordergrund, sondern ein Bewältigungsversuch. Der*Die Therapeut*in wird immer wieder im Hinblick auf seine Sicherheit und Kompetenz, die unbewussten Absichten des*der Patient*innen zu erkennen bzw. angemessen zu beantworten, ausgetestet. In unserem Menschenbild gehen wir davon aus, dass der Interaktion auf der Sprach- und der Handlungsebene eine entscheidende Rolle zukommt und dass zwischen beiden Ebenen ein dialektisches Spannungsverhältnis besteht, aber keine Hierarchie. Die Wortsprache ist der körperlichen Signalgebung *nicht* hierarchisch übergeordnet. Therapie ist wesensmäßig eine Interaktion, die durch Improvisation gekennzeichnet ist und den*die Therapeut*in in seiner Subjektivität voll herausfordert.

Abstinenz kann demgemäß nicht an starren Regeln oder Settingvorgaben festschreibbar sein, sondern äußert sich in einem nichtvorhersagbaren dynamischen Prozess, zu dem beide Interaktionspartner*innen beitragen. Abstinenz ist die Qualität einer zwischenmenschlichen Haltung, die beiden Beteiligten ein Anliegen sein muss (wenn auch deren Sinnhaftigkeit und Bedeutung mit dem*der Patient*innen zumindest in Teilbereichen erst im Laufe der Therapie erarbeitet werden muss!), wenn Therapie als gemeinsame Handlung gelingen soll. Abstinenz ist mit anderen Worten ein Ethos.

In ihrer konkreten Handhabung setzt Abstinenz auf Seiten des*der Therapeut*in voraus, dass er, kraft seiner Eigentherapie, „ausreichend gut“ befähigt ist, Grundbedürfnisse von Ersatzbedürfnissen zu unterscheiden und auf Ersatzbedürfnisse, die lediglich der Sicherung und Abwehr des*der Patient*in und/oder Therapeut*in dienen, zu verzichten. Er kann dies wahrscheinlich allerdings nur dann „ausreichend gut“, wenn ihm auch außerhalb des therapeutischen Kontextes eine halbwegs sinnvoll und befriedigenden Lebensgestaltung gelingt. Nur so ist die Gefahr geringer, Patient*innen unbewusst dahingehend zu beeinflussen, dass sie stellvertretend für den*die Therapeut*in, unerledigte, ungelöste oder nicht selbst gelebte Bereiche verwirklichen sollen.

Bezüglich dieser Zielsetzung besteht wohl allgemeiner Konsens. Was aber über offensichtlichen materiellen, aggressiven oder sexuellen Missbrauch hinaus als Ersatzpartnerschaft auf Seiten des*der Therapeut*in anzusehen ist, bedarf einer immer wieder aktualisierten intensiven berufsethischen Diskussion und Auseinandersetzung. Es gilt einerseits eine Sensibilisierung für symbiotische und narzisstische Ersatzbedürfnisse und evtl. für den „Beitrag“ vom*von der Therapeut*in zu einer sexualisierten

oder auch nur erotisierten Atmosphäre zu erreichen, und andererseits trotzdem die so dringend notwendige Natürlichkeit und Unbefangenheit in der Beziehungsgestaltung zu bewahren.

Es geht uns um eine therapeutische Grundhaltung, die Mut zu authentischen Improvisationen in den Sternschen „Now-Moments“ aufbringt und die Gelassenheit fördert, sich auch einmal in alte Szenen „verstricken“ zu lassen, im Vertrauen darauf, sie „nachträglich“ miteinander klären zu können. Es geht dabei darum, „den körpersprachlichen Dialog nicht schon dann, ehe er sich weiter entfalten konnte, durch eine verbalisierende Intervention zu unterbrechen und so die Gefahr zu fördern, die für viele Patienten so typischen Selbstentfremdungen eher festzuschreiben als sie zu heilen“ (Heisterkamp, 1998b). Es geht in diesem Bereich um ein anderes als ein intellektuelles Verstehen im Sinne von Deutung und Einsicht – es geht um „präsentisches Verstehen“ (Heisterkamp, 1998a).

8 *Ausblick: Ist der Abstinenzbegriff für die analytischen Körperpsychotherapie weiterhin sinnvoll?*

Abstinenz ist unseres Erachtens inzwischen ein etwas unglücklicher Begriff geworden: ihm liegt eine Negation, ein „Nicht“ zu Grunde; sich **nicht** berühren, sich **nicht** verwickeln lassen, **nicht** agieren lassen, etc. Dieses „Nicht“ lässt gerade aus der interaktionellen Perspektive heraus nur zu leicht übersehen, dass auch ein Nicht-Tun ein aktiver kommunikativer Beitrag ist, der eben auch entwicklungshemmend oder sogar retraumatisierend sein kann.

Wir haben uns daher überlegt, ob uns ein besserer Begriff einfällt, der die von uns vertretene interaktionelle therapeutische Grundhaltung begrifflich besser fassen können als der Begriff der Abstinenz.

Aus der Bioenergetischen Analyse ist uns der Begriff „Funktionsbewusstheit“ vertraut. Er enthält aber, ebenso wie „Präsenz“, „Kongruenz“ oder „In-Kontakt-Sein“, nicht die uns wesentliche Dimension: die generelle entwicklungsfördernde Antwortbereitschaft des*der Therapeut*in auf allen Ebenen des Dialoges, der Kommunikation bzw. der Interaktion. „Bewusstheit“ ist für uns eine wichtige Vorstufe für diese Antwortbereitschaft, aber keine hinreichende Bedingung.

Die Säuglingsforscher gehen hier schon einen Schritt weiter, wenn sie von affektiver Resonanz und Abstimmung sprechen. Die Selbstpsychologen Bartosch und Pawlowsky beschreiben als Ausdruck davon, dass ein frustrationstheoretisch begründeter Abstinenzbegriff heutzutage überholt ist, das Konzept einer „**optimalen Responsivität**“, um Entwicklungshemmungen im*in der Patient*in zu bewältigen und sein Selbst zu stärken (in Stumm u. Pritz, 2000, S. 2). In diesem Begriff klingt eine auf die Bedürfnisebene des*der Patient*in feinabgestimmte Antwortbereitschaft des*der Therapeut*in deutlich an.

Jedenfalls sollte mit dem neuen ergänzenden Begriff der dialektische Pol zum „Nicht“, das im traditionellen Abstinenzbegriff mitschwingt, aber auch noch im „Sich **nicht** in Ersatzpartnerschaften

verstricken lassen“ anklingt, beschrieben und erfasst werden. Die Integrative Gestalttherapie spricht in diesem Zusammenhang von **selektiver Offenheit**, **selektiver Authentizität** und **partiellm Engagement** des*der Therapeut*in. „Wir sind *nicht* neutral, sondern *engagiert*“, betont Petzold (1993, S. 1174). „Unsere Abstinenz ist die Eindeutigkeit der Beziehung, die Klarheit der Zuwendung“ (a.a.O.).

Entwicklungsfördernde Haltung, Dialog- und Interaktionsbereitschaft klingt zwar umständlich, benennt jedoch umfassend jene Bereiche, die uns ein wichtiges Anliegen sind. Tatsächlich kann – wie schon erwähnt – das eigentlich Gemeinte offensichtlich besser konkret gelebt als mit der Sprache erfasst werden.

Beides soll also gelebt werden: eine Bereitschaft zum Interagieren mit dem damit verbundenen Risiko zum improvisierten Miteinander-Handeln, sowie die Fähigkeit, sich aus dem Miteinander-Tun distanzgewinnend herauszunehmen und die vielen feinen Facetten des seelischen Geschehens beider Interaktionspartner*innen auf differenzierte Weise zu entschlüsseln. Oder um es nochmals in Begriffen der Integrativen Gestalttherapie auszudrücken: Es geht um die Fähigkeit und das Ringen/Improvisieren um/von Ausgewogenheit zwischen den Polen **Bezogen-Sein** (Empathie/Involvierung/Verstrickung), **Zentriert-Sein** (ein Bei-Sich-Sein, bzw. ein „sich nicht im Gegenübertragungsgeschehen verlieren“) und **Exzentrität** (für sich und gemeinsam reflektierend Distanz nehmen können).

Die Latte liegt also hoch in unserem Verständnis analytischer Körperpsychotherapie, und es bedarf mit Sicherheit über ausreichende Eigentherapie hinaus (die psychoanalytische ebenso wie körpertherapeutische Therapiesequenzen zu inkludieren hat) einer breiten Erfahrung in der Rolle des*der Therapeut*in und viel Supervision. Die Praxis zeigt aber sehr oft, dass diese therapeutische Grundhaltung, trotz der darin enthaltenen Anforderung, nicht eine „Quadratur des Kreises“ ist, sondern dass sie auf eine für beide Interaktionspartner*innen förderliche Weise gelebt werden kann. Man kann und soll dabei auf den Abstinenzbegriff weiterhin nicht verzichten. Er bedarf aber sowohl der diskutierten Neuinterpretation als auch der Ergänzung durch eine mit dem Begriff Responsivität beschriebenen Haltung. Abstinenz und Responsivität werden dann vielleicht eine ähnliche, diesmal allerdings dialektische Zweiheit bilden, wie zu Freuds Zeiten und noch lange danach die Begriffe Abstinenz und Neutralität.

Literatur

Bauriedl, Thea (1994). *Auch ohne Couch. Psychoanalyse als Beziehungstheorie und ihre Anwendungen*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Bauriedl, Thea (1996). *Leben in Beziehungen. Von der Notwendigkeit, Grenzen zu finden*. Freiburg: Herder.

Bauriedl, Thea (1997). Die innere Welt des Psychoanalytikers. In Herberth, Franz, Maurer, Jürgen (Hrsg.), *Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis* (S. 11–40). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.

Bauriedl, Thea (1998). Ohne Abstinenz stirbt die Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse* 14, S. 342–363.

- Bauriedl, Thea (1999). Freie Assoziationen auf der Couch. Eine Psychotherapie, die berührt. *Süddeutsche Zeitung*, 20.10.1999.
- Bettighofer, Siegfried (1998). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Casement, Patrick (1989). Analytisches Halten unter schwierigen Bedingungen. In Casement, Patrick, *Vom Patienten lernen* (S. 172–185). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Contradictiones (1998). *Streitgespräch zum Thema „Abstinenz“ im Rahmen des 1. Wiener Symposiums „Psychoanalyse und Körper“* (9.-12.7.1998), Wien.
- Dieter, Wilfried (2000). Katathym-imaginative Psychotherapie bei Borderline-Störungen. *Psychotherapeut* 45 (2), S. 90–98.
- Dornes, Martin (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dornes, Martin (1998). Plädoyer für eine Neubetrachtung des Unbewußten. In Trautmann-Voigt, Sabine, Voigt, Bernd (Hrsg.), *Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen KörperPsychotherapie*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Dornes, Martin (1999). Von Freud zu Stern. Klinische und anthropologische Implikationen der psychoanalytischen Entwicklungstheorie. *Psychotherapeut* 44, S. 74–82.
- Downing, George (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis*. München: Kösel.
- Downing, George (1999). Infant Research and Psychotherapy. *Vortrag am 4. Bonner Symposium für angewandte Körperpsychotherapie* (1.-2.10.1999), Audiocassette, beim Autor.
- Ermann, Michael (1993). Übertragungsdeutungen als Beziehungsarbeit. In Ermann, Michael (Hrsg.), *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse* (S. 50–67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ermann, Michael (1996). *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Finke, Jobst (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Geißler, Peter (1994). *Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration*. Frankfurt: Peter-Lang.
- Geißler, Peter (1996). *Neue Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse. Materialien zur analytischen körperbezogenen Psychotherapie*. Frankfurt: Peter-Lang.
- Geißler, Peter, unter Mitarbeit von Geißler, Christine und Hofer-Moser, Otto (1997a). *Analytische Körperpsychotherapie. Bioenergetische und psychoanalytische Grundlagen und aktuelle Trends*. Wien: Wiener Universitäts-Verlag.
- Geißler, Peter (1997b). Überlegungen zur Körperarbeit und Körpererfahrung in der analytischen körperbezogenen Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 5 (1), S. 8–20.
- Geißler, Peter (1998a). *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis*. München: Pfeiffer-Verlag.
- Geißler, Peter (1998b). Analytische Körperpsychotherapie: Gegenwärtiger Stand und klinische Praxis. *Psychotherapie Forum* 6 (3), S. 152–166.

- Geißler, Peter, Rückert, Klaus (1998c). Psychoanalyse und Körper. *Psychosozial*, 21. Jg. 74 (4), Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Geißler, Peter (1999). Analytische Körperpsychotherapie als Kurzzeittherapie: Therapeutische Arbeit im Spannungsfeld zwischen Übertragungen und korrigierenden Neuerfahrungen. *Psychotherapie Forum* 7 (1), S. 21–32.
- Geuter, Ulfried (1997). Körperbilder und Körpertechniken in der Psychotherapie. *Pulsationen* 23, S. 4–14.
- Geuter, Ulfried (1999). Eine Psychotherapie, die berührt. Streit um den körperlichen Ausdruck von Gefühlen bei der Behandlung von seelisch Kranken. *Süddeutsche Zeitung Nr. 236*, S. V2/10, 12.10.1999.
- Gill, Merton M. (1996). *Die Übertragungsanalyse. Theorie und Technik*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Heisterkamp, Günter (1998a). Der Umgang des Analytikers mit passageren Überschreitungen des Settings durch den Patienten. In Geißler, Peter (Hrsg.), *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis* (S. 11–36). München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Heisterkamp, Günter (1998b). Körpersprachlicher Dialog und basales Verstehen im psychotherapeutischen Prozeß. In Trautmann-Voigt, Sabine, Voigt, Bernd (Hrsg.), *Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen KörperPsychotherapie* (S. 129–142). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Hoffmann-Axthelm, Dagmar (Hg.). (2004). *Mit Leib und Seele – Wege der Körperpsychotherapie*. Körper und Seele, Band 1, 2. Auflage. Basel: Schwabe-Verlag.
- Kernberg, Otto (1996). Schwere Persönlichkeitsstörungen. *Vortrag beim 1. Weltkongress für Psychotherapie*, 7/1996, Audio-Cassette.
- Körner, Jürgen (1989). Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung? *Forum der Psychoanalyse* 5, S. 209–223.
- Krause, Rainer (1992). Die Zweierbeziehung als Grundlage der Psychotherapie. *Psyche* 46 (7), S. 588–612.
- Krutzenbichler, Sebastian H., Essers, Hans (1991). *Muss denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers*. Freiburg: Kore.
- Laplanche, Jean, Pontalis, Jean-Bertrand (1975). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Loch, Wolfgang (1999). *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Stuttgart-Leipzig: Hirzel.
- Luhmann, Niklas (1992). Die operative Geschlossenheit psychischer und sozialer Systeme. In Fischer, Hans Rudi, Retzer, Arnold, Schweitzer, Jochen (Hrsg.), *Das Ende großer Entwürfe*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Maaser, Rudolf, Besuden, Frauke, Bleichner, Franz & Schütz, Rosemarie (1994). *Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie. Ein Leitfaden für die klinische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Maaz, Hans-Joachim (1998). Integration des Körpers in eine analytische Psychotherapie. In Geißler, Peter, Rückert, Klaus (Hrsg.), *Psychoanalyse und Körper*. *Psychosozial* 74, S. 9–17.
- Maurer Yvonne (1999). *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie*. Wien, New York: Springer.
- Mertens, Wolfgang (1991). *Einführung in die Psychoanalyse*. Band 1–3. Stuttgart: Kohlhammer.

- Mickley, Angela (2000). Mediation mit Jugendlichen in und außerhalb von Institutionen. In Geißler, Peter, Rückert, Klaus (Hrsg.), *Die andere Streitkultur – Mediation als kooperatives Konfliktmanagement* (S. 221–235). Gießen: Psychosozial.
- Moser, Tilmann (1994). Interview mit Tilmann Moser. In Geißler, Peter (Hrsg.), *Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration* (S. 149–158). Frankfurt: Peter-Lang.
- Moser, Tilmann (1999). Der Körper und die Psychoanalyse. Erwiderung auf Thea Bauriedl. *Forum der Psychoanalyse* 15, S. 167–172.
- Petzold, Hilarion G. (1993). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. II/3. Junfermann, Paderborn
- Pfannschmidt H (1997) Der Körper der Übertragungsliebe. Oder: Auf der Suche nach dem verlorenen Körper. In Höfeld, Kurt, Schlösser, Anne-Marie (Hrsg.), *Psychoanalyse der Liebe* (S. 197–208). Gießen: Psychosozial.
- Scharff, Jörg (1994). Therapeutische Interventionen mit szenischem Einbezug des Körpers. In Volker, Friedrich (Hrsg.), *Wege und Irrwege zur Psychoanalyse, Vortragsband zur DPV-Tagung Mai 1994* (S. 157–184). Mannheim: Geber & Reusch.
- Scharff, Jörg (1998). Der „Erfahrungsraum“ der Psychoanalyse und der „Erfahrungsraum“ bei inszenierender Interaktion: ein erster Vergleich. In Geißler, Peter, Rückert, Klaus (Hrsg.), *Psychoanalyse und Körper. Psychosozial* 74, S. 45–58.
- Slavin, Jonathan H. (1994). On making rules. Toward a reformation of the dynamics of transference in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues* 4, S. 253–274.
- Stern, Daniel (1998). „Now-moments“, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In Trautmann-Voigt, Sabine, Voigt, Bernd (Hrsg.), *Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie* (S. 82–96). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Strotzka, Hans (1984). *Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch*. Wien, New York: Springer.
- Stumm, Gerhard, Pritz, Alfred (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Ware, Robert (1998). Die Inszenierung der erotischen Gegenübertragung. *Vortrag gehalten am 1. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie* (29.5.-1.6.1998). Berlin, Audio-Cassette, beim Autor.
- Watzlawick, Paul & al. (1969). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Weiss, Joseph, Sampson, Herold (1986). *The psychoanalytic process*. New York, London: Guilford Press.
- Wilke, Stefanie (1992). *Die erste Begegnung. Eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Erstgespräch*. Heidelberg: Asanger.
- Wolf, Ernests (1988). Atmosphäre und Abstinenz. In Kutter, Peter, Páramo-Ortega, Raul, Zagermann, Peter (Hg.), *Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse* (S. 187–206). München, Wien: Verlag internationale Psychoanalyse.
- Worm, Gisela (1991). Der Körper – ein Enfant terrible für die Psychoanalyse. Gedanken zum weltanschaulichen Hintergrund einer Methodendiskussion. *Vortrag Universitätsklinik Eppendorf*. unveröff.

Manuskript.

Worm, Gisela (1997). Berührung als Abstinenzverletzung – Berührung als Heilungsweg. In Richter-Appelt, Hertha (Hrsg.), *Verführung – Trauma – Mißbrauch (1896–1996)* (S. 51–67). Gießen: Psychosozial.

Worm, Gisela (1998). Zum Umgang mit Übertragung in einer analytischen Körperpsychotherapie. In Geißler, Peter (Hrsg.), *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis* (S. 69–82). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Autor*innen

Dr. Christine Geißler

Dr. Paul Fuchsiggasse 12

2301 Neu-Oberhausen

Geb. 1955 in Linz, Physiotherapeutin, Studium der Psychologie, Ausbildungen in Psychoanalyse und Bioenergetischer Analyse, Psychotherapeutin freier Praxis.

DDr. Peter Geißler

Dr. Paul Fuchsiggasse 12

2301 Neu-Oberhausen

Geb. 1953 in Wien, Studium der Medizin und der Psychologie, Ausbildungen in ärztlicher Hypnose, Autogenem Training, Klientenzentrierter Psychotherapie, Psychoanalyse und Bioenergetischer Analyse, Psychotherapeut in freier Praxis, Sachverständiger (v. a. Pflegschaftsgutachten), Veranstalter des Wiener Symposiums „Psychoanalyse und Körper“

Dr. Otto Hofer-Moser

Flurweg 1

9232 Rosegg

Geb. 1956, Studium der Medizin, Arzt für Allgemeinmedizin (in Pension seit 2022). Lehrtherapeut der österreichischen Ärztekammer, Balintgruppenleiter und Lehrtherapeut der Integrativen Therapie an der Universität für Weiterbildung Krems. Schwerpunkte: Leibtherapie, Psychosomatik und Traumatherapie