

V. Heinrich

Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie

Zusammenfassung Was bedeutet die Arbeit an der Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin im körperpsychotherapeutischen Setting? Wie können die Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung auf dem Hintergrund des körperlichen Dialogs zwischen Th. und Kl. verstanden werden? Was ist körperliche Empathie? Sind die Prinzipien der „energetischen“ Körperpsychotherapie (Bioenergetische Analyse) und die Analyse des Übertragungsgeschehens vereinbar? Was bedeutet es für das Übertragungsgeschehen, wenn es körperliche Berührungen zwischen Th. und Kl. gibt?

Diese Fragen haben mich bei der Arbeit an diesem Artikel beschäftigt und zur Suche in der Literatur zur Bioenergetischen Analyse und Psychoanalyse veranlasst. Es gibt Antworten und auch Fragen, die vielleicht weiterhin offen bleiben und kritisch diskutiert werden müssen.

Die Bioenergetische Analyse kommt bislang ohne ein theoretisches Konzept der Beziehung aus, ist aber nicht „beziehungslos“. Es wird darauf vertraut, dass die Lösung chronischer Muskelverspannungen (Haltungs- und Abwehrmuster) sowie die Verbesserung von Körperwahrnehmung, Körperausdruck und Körperbeherrschung die Beziehung der Kl. zu sich selbst und anderen entwickeln hilft. Das Körperselbst wird als Basis der Selbstentwicklung betrachtet (vgl. Lowen, 1993). Der körperpsychotherapeutische Umgang mit den Phänomenen der Übertragung und Gegenübertragung kann ein sehr eigener sein, wenn wir mit der Übertragung nicht deutend sondern prozessorientiert am Körper arbeiten, und wenn wir die Gegenübertragung als verkörperte induzierte Gegenübertragung begreifen, die vorsichtig enthüllt werden und so zum Motor des therapeutischen Prozesses werden kann.

Schlüsselwörter: Körperliche Empathie und körperlicher Dialog, prozessorientierter anstatt deutender Umgang mit der Übertragung, verkörperte Gegenübertragung, Gegenübertragung als Motor der Therapie.

Transference and countertransference in Body-Psychotherapy

Abstract What does the work on relationship in the setting of body-psychotherapy mean? How can we understand the phenomenas of transference and countertransference on the basis of bodily dialogues between therapists and clients? What does empathy mean on a somatic level? Is it possible to integrate the principles of energetic work (Bioenergetic Analysis) and relational work (Analysis of Transference and Countertransference)? What happens in the therapist-client-relationship, if therapists and clients touch each other?

With these questions I was concerned while working on this article and while searching for bioenergetic and psychoanalytic concepts. There are some answers and also open questions which have to be discussed in future.

Bioenergetic Analysis as a therapeutic approach does not have a theoretical concept of relationship, but it could not work "without" relationship. As bioenergetic therapists we learn to trust on the solving of chronic muscle tensions and on the improvement of body-perception, body-expression and body-control. This process then is expected to improve relationship of the clients to themselves and to other persons.

The way of handling phenomenas of transference and countertransference in Body-Psychotherapy can be a very special one, if we work process-oriented with the body to give meaning to the transferential phenomenas and not only by giving verbally interpretations of it. And at the same time, if we understand countertransference as embodied induced countertransference which can be slowly revealed and can be used to energize the therapy process.

Keywords: Empathy as a dialogue of bodies, process-oriented body-work with transference, embodied countertransference.

Transfert et contre-transfert en psychothérapie corporelle

Résumé La thérapie bioénergétique n'avait jusqu'à maintenant pas élaboré de concept théorique de la relation entre thérapeute et client; ce qui ne veut pas dire que celle-ci soit « dénuée de relation » - comme

certaines critiques le prétendent. On assume simplement que la résolution de tensions musculaires chroniques, ainsi qu'un mieux aux niveaux de la perception, de l'expression et du contrôle du corps acquis par

le biais de la thérapie permettent au client d'améliorer sa relation à lui-même et à autrui.

Que l'approche thérapeutique soit centrée sur la verbalisation ou sur le corps, le risque d'une dissociation entre mots et corps existe toujours. Que signifie le mot « relation » entre thérapeute et client lorsque le corps et le toucher sont exclus du setting? Et comment tous deux peuvent-ils avoir une relation s'ils échangent trop peu de mots et que la signification du contact physique n'est pas objet du travail thérapeutique? L'opposition principe énergétique / analyse du transfert/contre-transfert aboutit en tout cas à la dichotomie bien connue entre corps et esprit dans le contexte thérapeutique.

Je pense que toute relation se fonde sur un processus d'échange corporel et verbal - conscient ou inconscient. Il est alors important d'élaborer les méthodes psychothérapeutiques de manière telle qu'elles soutiennent l'intégration du corps et du langage et qu'elles contribuent à éliminer les dissociations (chez le thérapeute comme chez le client).

On considère qu'une relation empathique entre thérapeute et client est indispensable à la réussite d'une psychothérapie, quel que soit le courant la fondant sur le plan théorique. En psychothérapie corporelle, ceci implique que : le thérapeute soit attentif au niveau de son propre corps, qu'il soit en mesure de manifester des comportements non-verbaux authentiques, qu'il communique acceptation et soutien au niveau corporel et qu'il soit capable de vibrer avec le client (empathie corporelle). Pour que cet échange corporel ait lieu, il n'est pas absolument nécessaire que les partenaires se touchent. Ce genre de processus se retrouve dans les psychothérapies purement verbales, car la relation ne peut pas exclure le corps. Le son de la voix, l'expression des yeux, l'odeur, la tension du corps, les mouvements, la posture et la mimique font partie du processus psychologique mais aussi énergétique soutenu par l'empathie. La transmission d'aspects non-verbaux entre deux personnes se fait plus rapidement que l'échange verbal. Des aspects corporels du dialogue nous influencent au niveau des aspects inconscients, dissociés et refoulés de la personnalité de notre interlocuteur. Dans ce sens, transfert et contre-transfert sont des phénomènes somatiques. Lorsque la thérapie inclut le corps, ils sont plus intenses, plus complexes et plus directs. Par exemple, le client perçoit le tonus musculaire du thérapeute, la tension et la température de ses mains; il perçoit sa proximité ou sa distance spatiale. Des exigences spécifiques sont donc posées au thérapeute utilisant une méthode corporelle en ce qui concerne sa présence, son conscient et le degré auquel il se sent sûr au niveau du soi corporel. Ces thérapeutes doivent « s'être incorporés ». Il est alors possible d'avoir des contacts corporels sans que ceux-ci soient l'expression des besoins du thérapeute.

Un transfert se produit dans tout processus psychothérapeutique. Dans la relation avec le thérapeute, des événements passés sont revécus ou réactivés. Il en va de même des besoins qui n'ont pas été satisfaits durant l'enfance ou l'adolescence du client. Si-

multanément, une nouvelle relation s'établit dans l'ici-et-maintenant, qui permet de vivre autrement certaines émotions. Cette manière psychanalytique de percevoir le processus relationnel s'applique également à la psychothérapie corporelle. Toutefois, la manière dont les phénomènes de transfert sont gérés est différente: a) D'abord, la seconde encourage plus fortement le transfert en remplaçant l'abstinence par la présence réelle et corporelle du thérapeute. Elle permet une rencontre plus intense dans le contexte du présent de la thérapie et les thérapeute se montrent en tant que personnes réelles. Ils ne « s'abstiennent » par autant puisqu'ils encouragent le mouvement et le contact physique. b) La thérapie corporelle permet d'autre part de cerner les phénomènes de transfert au niveau du corps, d'aider le client à en découvrir la signification - ce qui veut dire : aller avec le corps au lieu de parler du corps et de se contenter d'interprétations situées hors de ce dernier.

Si le processus de transfert est trop verbalisé, la thérapie va s'établir à un niveau cognitif et analyser des expériences passées. Elle ne se centre donc plus sur le présent du processus corporel et empêche souvent que des émotions libératrices soient exprimées. Toute psychothérapie corporelle doit inclure des phases au cours desquelles on se concentre sur des sensations (en position immobile ou provoquées par le mouvement/l'expression) dont on ne parlera que plus tard. Il est important d'accepter que le client se concentre sur son corps pour lui permettre de faire dès expériences qu'il n'exprimera pas simultanément par des mots-, ceci permet de relier corps et parole et souvent d'établir de nouvelles relations entre eux. Dans ce type de processus les transferts se manifestent souvent d'abord comme des sensations corporelles. Ils sont incorporés et doivent être déchiffrés puis verbalisés.

Lorsque la thérapie s'axe sur un processus la première question posée est « que se passe-t-il ici et comment? » et non pas - comme c'est le cas dans les méthodes centrées sur l'interprétation - « que se passe-t-il ici et pourquoi? ». Plusieurs techniques empruntées à la gestalt thérapie, au psychodrame et à l'analyse bioénergétique peuvent être utilisées pour soutenir un processus corporel. Elles sont: concernant la gestalt thérapie, les principes de V « awareness », du renforcement et de l'exagération d'une posture, d'une mimique, de gestes ou de mouvements; concernant le psychodrame, le « miroir » et l'échange de rôles; et concernant l'analyse bioénergétique, des exercices en slow motion permettant de mieux percevoir des parties spécifiques du corps. Toutes ces techniques aident le client à se sensibiliser à son corps, à le percevoir de manière plus différenciée et à progressivement verbaliser ses perceptions - et surtout à faire lui-même ce travail de découverte et à trouver des significations.

Le contre-transfert était considéré par les anciennes approches psychanalytique et bioénergétique comme issu de la biographie du thérapeute et comme un « obstacle » à la thérapie. D'un point de vue plus récent, on considère plutôt les réactions de contre-transfert comme constituant un instrument de per-

ception; le contre-transfert sciait « induit » et pourrait fournir des indications sur le contact établi entre l'inconscient du client et celui du thérapeute. Dans ce sens, il peut aussi être perçu comme un catalyseur et un moteur du processus psychothérapeutique.

Travailler en utilisant le contre-transfert incorporé implique que le corps du thérapeute serve en quelque sorte de canal ou de caisse de résonance et fournisse des indications quant à des sensations, émotions et images du client qui sont inconscientes et ne peuvent pas encore être verbalisées. Il est évident que pour procéder de la sorte, le thérapeute doit être à même d'identifier les éléments associés à sa propre biographie. Il doit aussi porter suffisamment d'attention à ses réactions corporelles et à ses propres « frontières » pour s'assurer qu'il demeure capable de vibrer: des exercices de grounding, de respiration et de voix sont pratiqués avant et après la séance; on utilise aussi l'imaginaire (« mes frontières sont perméables ») pendant les séances, ainsi que le « dévoilement » de la propre résonance somato-émotionnelle et l'utilisation active des réactions de contre-transfert. A ces condi-

tions, la résonance corporelle du thérapeute, le contre-transfert induit peuvent servir d'important instrument thérapeutique.

Quelles sont les implications des contacts physiques thérapeute/client pour le transfert et le contre-transfert? En tant que praticiens de la psychothérapie corporelle, nous ne considérons pas que le « principe d'abstinence » nous interdit ces contacts. Au niveau du travail par le corps, abstinence veut dire attitude de démarcation intérieure, traduite par le corps. Les touchas ne sont pas provocateurs, ils ne représentent pas une invasion, ils sont sensibles et fournissent le soutien et l'espace requis pour que le client puisse percevoir. Ils ne sont pas motivés par les besoins du thérapeute. Du point de vue des psychothérapies corporelles, le toucher fournissant soutien et réaffirmation permet au client de faire une expérience corporelle et émotionnelle qui l'aide à corriger sa perception; il n'en va pas de même des gestes visant à manipuler, à trop vite consoler ou à sexualiser les échanges. L'abstinence s'exprime au niveau de la manière dont les contacts physiques sont utilisés!

Vorbemerkung

Meiner Hinwendung zur Bioenergetischen Analyse in den vergangenen 20 Jahren verdanke ich neben allen anderen Dingen auch die herzlichsten und innigsten körperlichen Beziehungen: zu mir selbst sowie zu anderen Menschen. Aus meiner subjektiven Erfahrung heraus möchte ich deshalb vorwegschicken, dass die Bioenergetische Analyse für mich etwas „Beziehungstiftendes“ hatte. Auch wenn diese Meinung von vielen Kritikern des energetischen Ansatzes dieser körperpsychotherapeutischen Methode nicht geteilt wird (vgl. Geißler, 1994, 1995; Moser, 1994; Berliner, 1989, 1994; Downing, 1996). Die Gefahr der Abspaltung von Worten und Körper besteht sowohl in verbalorientierten wie auch in körperorientierten Verfahren. Was bedeutet „Beziehung“ zwischen Th. und Kl, wenn der Körper bzw. die körperliche Berührung aus der therapeutischen Situation ausgeklammert wird? Und was bedeutet „Beziehung“ zwischen Th. und Kl., wenn zu wenig vermittelnde Worte ausgetauscht werden und die Bedeutung des Körperkontaktes nicht Gegenstand der therapeutischen Arbeit ist? Die Polarisierung in der Diskussion um Bioenergetische Analyse, Psychoanalyse und analytische körperbezogene Psychotherapie (die Gegenüberstellung von energetischem Prinzip vs. Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung) führt m.E. allenfalls wieder zu der altbekannten Leib-Seele-Dichotomie.

Mir geht es um die Integration von psychoanalytischen Konzepten und Erkenntnissen der Objektbeziehungstheorie, der Säuglingsforschung und der Bindungsforschung in die Bioenergetische Analyse (vgl. Campbell, 1994; Downing, 1996; Bödecker, 1996; Clauer, 1997; Kühntopp, 1997; Bartling, 2000), ohne „Vatermord“ begehen zu müssen, d.h. den Ansatz Alexander Lowens über Bord zu werfen.

Die Psychotherapieforschung zeigt bislang, dass - über alle therapeutische Schulen und Techniken hinweg - die *Empathie der TherapeutInnen* der hauptsächlichste Wirkfaktor im therapeutischen Prozess ist (Grawe, 1998). D.h., es gibt keine wirksame Psychotherapie ohne Empathie. Und wie sollte sich Empathie entwickeln ohne Beziehung zwischen Th. und Kl.? Die Voraussetzungen für eine solche Beziehung sind Aufmerksamkeit, Akzeptanz, Echtheit und Empathie der Therapeutinnen.

In der Körperpsychotherapie bedeuten diese Voraussetzungen: die/der Th. sollte körperlich wachsam sein, authentisches non-verbales Verhalten zeigen können, körperlich Akzeptanz und Halt vermitteln und körperlich mitschwingen können (körperlich empathisch sein).

Die Frage ist, ob die Empathie der Th. überhaupt eine rein verbale sein kann oder in jedem Falle ein körperliches Mitschwingen der Th. bedeutet? Ich denke, dass jede Beziehung auf körperlichen und verbalen Austauschprozessen basiert - bewusst oder unbewusst. Und es ist wichtig, psychotherapeutische Methoden daraufhin zu durchleuchten, ob sie bei der Integration von Körper und Sprache in der Therapie hilfreich sind und Spaltungen (bei den Th. und bei den Kl.) heilen helfen.

Und mit dieser Grundannahme befinde ich mich „auf dem Boden“ der Bioenergetischen Analyse der 2. und 3. Generation nach Alexander Lowen. Der Fokus wird in den letzten Jahren mehr verlagert vom „Objekt Patient“, dessen chronische Körperspannungen mit Hilfe körpertherapeutischer Techniken bearbeitet werden, hin zur therapeutischen Beziehung und zum „Subjekt Therapeutin“ (vgl. Schindler, 1996, S. 28 ff). Damit rücken auch die Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung in der Körperpsychotherapie in den Vordergrund (vgl. auch Thema des 2. Europäischen Kon-

gresses für Bioenergetische Analyse im Herbst 1999 in Sitges, „The Body of Relationship“).

1. Körperpsychotherapeutische Sichtweisen zur Übertragung und Gegenübertragung

Es gibt etliche sehr gute Darstellungen zu diesem Thema in der psychoanalytisch-orientierten Literatur (vgl. Mentzos, 1984; Bacal und Newman, 1994; Krause, 1997; Downing, 1996; Schubert, 1997) sowie in der bioenergetisch orientierten Literatur (vgl. Berliner, 1989; Keleman, 1990; Schubert, 1991; Wink-Hilton, 1992; Mahr, 1994; Geißler, 1995; Sollmann, 1995; Lewis, 1996; Heinrich, 1997; Clauer, 1997; Bartling, 2000). Ich habe aus der vielfältigen Literatur die Sichtweisen ausgewählt, die mir geholfen haben, meinen Standpunkt zu klären und einen theoretischen und empirischen Hintergrund für speziell den Aspekt der körperlichen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene zu haben.

Von Anfang an der Begegnung mit unseren Klienten treten wir auch körperlich in Beziehung zueinander. Wir richten unsere ganze körperliche Aufmerksamkeit auf die Person uns gegenüber. Auf dem Wege des körperlichen Dialogs nehmen unbewusste, abgespaltene und verdrängte Persönlichkeitsanteile unseres Gegenübers unmittelbar auf uns Einfluss. Übertragung und Gegenübertragung sind somatische Phänomene. Es sind keine rein psychischen Prozesse (vgl. Keleman, 1990). Damit dieser körperliche Austausch stattfindet, muss keine manuelle Berührung stattfinden. Körperliche Austauschprozesse treten grundsätzlich auch in rein verbalen Psychotherapien auf, weil Beziehung nicht körperlos ist und sein kann. Der Klang der Stimme, Augenausdruck, Geruch, Körperspannung, Bewegungsabläufe, Haltung, Mimik werden auf dem Weg der Empathie, die als psychologischer und auch energetischer Prozess zu sehen ist, unmittelbar übermittelt. Diese Übermittlung von körperlichen Merkmalen unseres Gegenübers geschieht schneller als der verbale Austausch (vgl. Krause, 1997; Heinrich, 1997).

Übertragung wie Gegenübertragung sind bei Einbeziehung des Körpers in die Therapie viel intensiver, komplexer und direkter. Die Kl. spüren z.B., wie ist der Muskeltonus der Th.; Temperatur und Spannung deren Hände, die Wahrnehmung von Distanz, räumlicher Nähe. An KörperpsychotherapeutInnen werden deshalb besondere Anforderungen gestellt in Bezug auf Präsenz, die Bewusstheit und Sicherheit im Bereich des Körper-Selbst. Die Th. selbst müssen „sich verkörpert haben“. Körperkontakt ist sehr wohl sinnvoll und möglich, aber ohne Bedürftigkeit der Th. an die Kl. (vgl. Clauer und Heinrich, 1999)

1.1 Übertragung

In der Beziehung zwischen Th. und Kl. wird zum einen „übertragen“, zum anderen eine neuartige Beziehung hergestellt, die korrigierende emotionale Erfahrungen vermittelt (Mentzos, 1984). Übertragung kann basieren auf

a) realen vergangenen Erlebnissen der Kl., die sie in der Beziehung zum Th. wiedererleben und -beleben;

b) Phantasien über ideale Eltern, die die Kl. als Kind hatten (Wunschvorstellungen, die jetzt auf den Th. gerichtet werden).

Übertragung findet immer im psychotherapeutischen Prozess statt. Das Ausmaß hängt sicherlich auch von der therapeutischen Technik ab, davon, wieviel Begegnung im Hier und Jetzt zugelassen wird (wie sehr die Th. sich als reale Personen zu erkennen geben). Gegen Ende der Therapie werden die Th. in der Regel auch realer gesehen, und die Übertragungen nehmen ab bzw. die Kl. erkennen diese oft selbst. Ob die Übertragung bemerkt und die verschiedenen realen und übertragenen Anteile der Beziehung vom Kl. zum Th. differenziert gesehen werden und es Möglichkeiten der korrigierenden emotionalen Erfahrung gibt, hängt aber auch von der persönlichen Entwicklung der Th. ab: „*Es ist eine generelle Regel, daß der Therapeut den Patienten auf dem Weg zu Selbstentdeckung und Erfüllung nicht weiter bringen kann, als er selbst gekommen ist.*“ (vgl. Lowen, 1993, S. 8).

Die/der Th. muss bereit und fähig sein, Gefühle, Gedanken, Symptome der Kl. auf dem Hintergrund des Beziehungsgeschehens im Therapieprozess zu verstehen. „*Wenn der Patient Symptome entwickelt, die sich aus der Beziehung zum Therapeuten ergeben, hat die Therapie wirklich begonnen, und die Erforschung dieser Symptome öffnet den Weg zu zentralen Fragen.*“ (vgl. Yalom, 1999, S. 141).

Allerdings kann zu viel Verbalisation des Übertragungsgeschehens die Kl. auf eine kognitive Ebene und die Analyse früherer Erfahrungen führen. Dadurch wird der Focus vom Hier und Jetzt des körperlichen Geschehens abgezogen und auch oft ein lösender Ausdruck der Gefühle verhindert. D.h., es muss in der Körperpsychotherapie Phasen geben, in denen ausschließlich gespürt (in Ruhe oder Bewegung/Ausdruck) und erst anschließend gesprochen wird. In diesen Phasen sollten die Th. Körperzentrierung, Körperausdruck oder auch Körperkontakt vermitteln, den Kl. die Erfahrungen damit „lassen“, ohne dabei zu reden und zu analysieren.

Im körperpsychotherapeutischen Prozess tauchen Übertragungen häufig zuerst als Körperempfindung (Sensation) auf, z.B. die Hand der/des Th. wird wahrgenommen als warm/kalt, schwer/leicht, eindringlich/bewahrend, gespannt/entspannt usw. Die Körperempfindungen der Kl. können konträr sein oder synchron zu der körperlichen Qualität, die vom Th. vermittelt wird. Z.B. kann ein leichter Händedruck bereits als eindringlich empfunden werden. Oder eine Kl. kann mir mitteilen, dass sie „zu schwer“ für mich sei, wenn ich sie auffordere, sich an meine Schulter anzulehnen. Die Körperempfindungen können sich auf die körperliche Realität von Th. und Kl. beziehen oder auf Übertragung beruhen. D.h., die Übertragung ist verkörpert und muss entschlüsselt und in Worte gefasst werden. Gefühle, Bilder und Bedeutung entstehen durch den verbalen Austausch. Im Therapieprozess findet eine Sensibilisierung und Differenzierung der Körperwahrnehmungen bei den Kl. statt (Verringerung von Konstriktion und Dissoziation), so dass die Übertragungen identifiziert werden und die korrigierenden emotionalen Erfahrungen geschehen können. Wichtig ist die Verknüpfung von Körper und Wort.

„Die Persönlichkeit eines Individuums kann sich nicht ändern, solange keine entsprechende Veränderung seiner körperlichen Dynamik stattfindet“ (vgl. Lowen, 1993, S. 8). Eine Einstellungsänderung reicht nicht! Verhaltensmuster beruhen auf chronischen Verspannungen der Körpermuskulatur, die *verstanden* und *aufgelöst* werden müssen, damit es zu einer bedeutenden und sinnvollen Veränderung der Persönlichkeit kommt. Dieser Auffassung stimme ich zu. Und im Unterschied zu der Arbeit Lowens an den Muskelblockierungen mit Hilfe entblockierender Techniken und deutenden Worten halte ich einen *prozessorientierten Umgang mit der Übertragung* für sinnvoll (auch im Unterschied zu der deutenden Arbeit in der Psychoanalyse). *Beim prozessorientierten Vorgehen leitet zuallererst die Frage „Was geschieht hier wie?“ und nicht wie beim deutenden Vorgehen „Was geschieht hier warum?“.*

Dabei können uns verschiedene Techniken aus der Gestalttherapie, dem Psychodrama und der bioenergetischen Analyse helfen.

1. Das gestalttherapeutische Prinzip der „awareness“ (der wachen Bewusstheit im Hier und Jetzt). Die Aufforderung, ganz in eine Körperempfindung „hineinzugehen“ und diese zu spüren, detailliert zu beschreiben.
2. Die gestalttherapeutischen Prinzipien der Verstärkung und Übertreibung (einer Haltung, Mimik, Gestik, Körperbewegung), um zu verdeutlichen.
3. Die Psychodrama-Technik des Spiegeins und Rollentauschs, wobei die Th. körperlich Empathie zeigen können und nicht nur verbale Bekundungen des Verständnisses abgeben.
4. Sämtliche Slow-Motion-Übungen aus der Bioenergetischen Analyse, die über bewusst ausgeführtes Anspannen und Loslassen von Muskeln in Zeitlupentempo und mehrfacher Wiederholung die Körperwahrnehmung der Kl. verbessern.

Alle diese Techniken ermöglichen den Kl., ihre Wahrnehmung des Körpers zu sensibilisieren, zu differenzieren, langsam in Worte zu fassen und - vor allem - die Entdeckungen selbst zu machen und die Bedeutungen selbst zu finden. Es ist ein unterstützender Umgang mit Übertragungsphänomenen und keine deutende Überlegenheit der Th.! Außerdem entlastet es die Th., weil sie mit dem Prozess der Kl. gehen können, anstatt es alles schon vorher wissen zu müssen. Und es stärkt das Selbstgefühl und Selbstbewusstsein der Kl., wenn sie sich selbst auf die Spur kommen.

1.2 Gegenübertragung

Grundsätzlich lassen sich „alte“ und „neue“ Auffassungen zum Thema Gegenübertragung unterscheiden (vgl. Schubert, 1997): Die alte Auffassung in der Psychoanalyse und in der Bioenergetischen Analyse sieht die Gegenübertragung als biographischen Anteil der Th. und damit als „*Hindernis der Therapie*“, das durch Eigenanalyse der Th. zu bewältigen ist (vgl. Lowen, 1993). Die neue, erweiterte Auffassung sieht die Gegenübertragung als „*Motor und Katalysator*“ des Therapieprozesses (vgl. Heinrich, 1997) bzw. als „*Kontakt von*

Unbewusst zu Unbewusst“ als Wahrnehmungsinstrument im Sinne einer „*induzierten Gegenübertragung*“ (vgl. Downing, 1996; Schubert, 1997; Bartling, 2000). Die Gegenübertragung kann sich auf verschiedene Aspekte der inneren Welt der Kl. beziehen (vgl. Schubert, 1997, die Racker, 1957, zitiert):

- a) konkordante Gegenübertragung: der Th. identifiziert sich mit dem Kl. oder Teilen seiner abgewehrten Gefühle;
- b) komplementäre Gegenübertragung: der Th. identifiziert sich mit den Übertragungsobjekten des Kl. (sog. Inszenierung, Rollenübernahme).

Beide Arten von Gegenübertragung können schnell aufeinanderfolgen und -wechseln. Als Th. kann ich innerlich pendeln zwischen der Identifizierung mit bestimmten Selbstaspekten der Kl. und der Identifizierung mit den Bezugspersonen. „*Es kann ein Anzeichen für ein Stocken im analytischen Prozeß sein, wenn wir längere Zeit nur in einer der beiden Gegenübertragungsformen verharren, also emotional nur mit dem Patienten oder nur mit seinen Objekten mitschwingen.*“ (vgl. Schubert, 1997, S. 17).

In der körperpsychotherapeutischen Arbeit mit der Gegenübertragung ist es sinnvoll, die (von Downing so genannte) „*induzierte Gegenübertragung*“ (manchmal auch projektive Identifikation genannt) zu nutzen (vgl. Downing, 1996; Clauer und Heinrich, 1999). Damit sind die bei den Th. von den Kl. hervorgerufenen Gefühle und Körperreaktionen gemeint, die den Gefühlen der Kl. als Kind oder dessen Elternteil entsprechen. Es sind *Ergänzungen der Gefühle der Kl.*: Die induzierte Gegenübertragung ist für die Therapie sehr wertvoll, weil die Th. einen „Geschmack“ (Downing) davon bekommen, wie es für die Kl. in früheren Lebensjahren war. Es gibt inzwischen auch erste empirische Hinweise auf den Zusammenhang zwischen früher Beziehungserfahrung (Bindungsmuster nach Ainsworth und Bowlby) von Kl. und unterschiedlichen Modi körperlichen Austausches in der Th.-Kl.-Beziehung (vgl. Bartling, 2000).

Mit der *verkörperten Gegenübertragung* zu arbeiten bedeutet, dass der *Körper der Th. als eine Art Kanal oder Resonanzkörper* fungieren kann und so „*Quelle für neue Erkenntnisse und Einsichten sein kann, die andernfalls im Dunkeln bleiben*“ (Downing, 1996, S. 321). Dabei ist die Atmung der Th. der zentrale Schlüssel, um sie wahrzunehmen. Auch Wärme/Kälteempfindungen sowie Wahrnehmung des inneren Raumes werden von Kl. und Th. synchron wahrgenommen (vgl. Bartling, 2000).

Um als Th. als Resonanzkörper und Kanal wirken zu können, ist es natürlich unabdingbar, *für die eigene Schwingungsfähigkeit zu sorgen*. Das kann ich tun, indem ich körperlich für mich Sorge - vor und nach sowie während der Therapiestunden (die sog. „Instrumentenpflege“):

1. die eigene Atmung und Stimme verbessern; Grounding;
2. mich während der Stunde nicht als „Behälter“ für alle Emotionen der Kl. sehen, sondern eben als durchlässigen „Kanal“ (dazu verhelfen Imaginationen sowie Bewegung, Handlungsänderung);

3. die Gegenübertragung aktiv nutzen und von mir als Th. etwas mitteilen (die „Enthüllung“ meiner emotional-körperlichen Resonanz), s.u.

Die Meinungen über den Umgang mit der Gegenübertragung gehen überwiegend in die Richtung, dass die Th. im Sinne eines Containers die Gefühle halten, aushalten und „still“ verarbeiten (bzw. später vielleicht in der Supervision bearbeiten) sollen. Wobei es nachdenklich macht, dass die Übertragung explizit gemacht werden soll, während die Gegenübertragung das „Geheimnis“ der Th. bleiben muss.

Ich denke, es ist möglich, das im Kontakt Erspürte in beschreibende Worte zu fassen und den Kl. vorsichtig mitzuteilen oder vielleicht auch non-verbal zu spiegeln (die „direkte Enthüllung“). Diese therapeutische Vorgehensweise setzt voraus, dass die Th. ihre eigenen unbewusst körperlich wirksamen Anteile (oralen, sexueller, aggressiver Art) in der Eigenanalyse bearbeitet haben und die Wirkung von körperlicher Übertragung und Gegenübertragung zu beachten gelernt haben. Die *Abgrenzung und Entwirrung eigener biographischer Anteile der Th.* ist Voraussetzung, damit sie sicher über ihren „Elternkörper“ verfügen können. Genauso müssen eine gute Mutter/ein guter Vater abstinent bleiben, dürfen nicht ihre oralen oder genitalen Bedürfnisse an die Kinder herantragen und sollten dennoch mit ihrem Körper sicheren, haltgebenden, Anregung, Rhythmus und Spiel vermittelnden Kontakt anbieten können.

Bestenfalls sind Eltern *emotional und körperlich präsent*, damit Kinder in einem beseelten Körper aufwachen können. Das gilt genauso für Therapeutinnen!

Wenn Eltern nur verbale pädagogische Haltungen einnehmen, sich aber körperlich distanzieren verhalten und abspalten, dann wird das Kind auf die non-verbale Mitteilung reagieren. Es sind die unbewussten Haltungen, das Sein der Eltern, die am stärksten auf die emotionale Entwicklung der Kinder wirken (vgl. Liedloff, 1980). Auch das gilt genauso für Therapeutinnen!

Der körperliche Aspekt der Empathie, das „leibliche Mitschwingen“ (Heisterkamp, 1998), die körperliche Resonanz der Th. sind ein wichtiges Instrument im therapeutischen Prozess. Gleichwohl sind wir aufgrund der Intensität des Mitschwingens, der körperlichen Ergriffenheit in Gefahr. Andererseits haben wir als Körperpsychotherapeuten eine Möglichkeit, innerhalb des therapeutischen Prozesses die auftretenden Spannungen, die Erstarrung, die Ohnmacht usw. in Ausdruck und Bewegung energetisch umzusetzen. D.h., wir lassen uns berühren und bewegen von der Geschichte der Kl., und bewegen uns mit den Kl, sitzen nicht nur auf dem Stuhl, und versuchen, das Schwere nicht nur verbal und gedanklich zu verarbeiten.

So gesehen können die körperlichen Gegenübertragungsreaktionen hilfreich sein zur Problemanalyse, zum Aufspüren von Interventionen, die den körperlichen Impulsen folgen. Die Bewegung kann mir als Th. helfen, mich nicht in dieselbe Ohnmacht zu begeben wie die Kl. Es kann auch stellvertretend für mich als Th. entlastend sein, wenn die Kl. im Ausdrucksverhalten und in der Motorik eine Lösung für ihre Gefühle des

Zorns, der Trauer, der Scham finden (vgl. Heinrich, 1997).

Lowen (1993) äußert sich zum Thema Übertragung und Gegenübertragung ähnlich wie Freud: „*Übertragung existiert überall dort, wo der Patient den Therapeuten nicht als den Menschen sieht, der er in Wirklichkeit ist. Und das gleiche gilt umgekehrt für die Gegenübertragung. Beide Reaktionen stören den therapeutischen Prozeß und verhindern in einigen Fällen die Selbstfindung des Patienten*“ (vgl. Lowen, 1993, S. 319). D.h., er sieht die Gegenübertragung nicht als wichtigen Indikator und Motor des Therapieprozesses, sondern eher als Störfaktor und damit die lebenslange Notwendigkeit für die Therapeuten, mit Hilfe von Eigenanalyse und bioenergetischen Körperübungen die eigenen biographischen Anteile am therapeutischen Geschehen bewusst zu machen und dadurch zu begrenzen. Gleichzeitig beschreibt er an anderer Stelle (wohl nicht explizit als solch ein Phänomen eingestuft) ein schönes Beispiel für eine verkörperte Gegenübertragung, die unter anderem zu der Entwicklung des Atemschemels beigetragen hat: „*Der Patient lag auf einem Bett, entspannte sich und atmete, während ich ihn ermutigte, sich seinem Atem zu überlassen und seinem Körper hinzugeben. Wir sprachen auch über sein Leben und seine Probleme. Aber es geschah nicht viel. Während ich auf einem Stuhl saß und ihn beobachtete, verspürte ich das Bedürfnis, mich über den Stuhl Rücken nach hinten zu lehnen und zu strecken, um tiefer atmen zu können. Da kam mir, daß mein Patient diese Haltung einnehmen sollte. In der Küche der Praxis gab es einen dreistufigen Küchenhocker. Ich rollte eine Decke zusammen und band sie auf dem Hocker fest. Der Patient lag mit seinem Rücken auf dem Hocker, während er seine Arme nach hinten zu einem Stuhl ausstreckte, ...*“ (Lowen, 1993, S. 38).

Dieses Geschehen kann als therapeutische Nutzung der induzierten (körperlichen) Gegenübertragung gesehen werden: Lowen setzt seine körperliche Reaktion auf den Patienten in eine therapeutische Intervention um - allerdings ohne verbale Enthüllung bzw. Erklärung dem Patienten gegenüber, dass er aufgrund seines eigenen emotional-körperlichen Mitschwingens zu diesem Vorschlag kam (vgl. Bartling, 2000).

2. Was bedeutet es für die Übertragung und Gegenübertragung, wenn Th. ihre Kl. körperlich berühren?

Diese Frage ist von den Bioenergetikern der 1. Generation zu selten gestellt worden. Direkte körperliche, d.h. taktile Berührung, die ein wesentliches therapeutisches Agens in der Körperpsychotherapie darstellt, erfordert ein sehr bewusstes Umgehen mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen, da dieser Kontakt die Austauschprozesse beschleunigt und auf die über Sprache nicht zugänglichen Ebenen des Selbst gerichtet wird. D.h., der Zugang zu nicht-sprachlich kodierten Erfahrungen der prädipalen Entwicklungsphase der Kl. wird durch die taktile Berührung seitens des Th. erleichtert (vgl. Downing, 1996). Gleichzeitig tritt die Person der/des Therapeutin(en) als real körperlich er-

fahrbare Person in der Gegenwart für die Klienten mehr in den Vordergrund. Es werden von den Kl. vergangene Erfahrungen und Wünsche projiziert - wie in verbalen Psychotherapien auch. Es kann aber auch leichter eine *emotional-körperlich korrigierende Erfahrung* gemacht werden, dass sich dieser Körperkontakt anders anfühlt als der zu den Personen der Kindheit. Das „Abstinenzprinzip“ ,wie wir es als Körperpsychotherapeuten verstehen, heißt nicht ein Verbot, körperlich Kontakt aufzunehmen. Abstinenz besteht in diesem Sinne in einer inneren und auch körperlich vermittelten Haltung der *Abgegrenztheit*. Die Art der Berührung ist nicht-fordernd, nicht-invasiv, feinfühlig, Halt- und Raumgebend für die Wahrnehmung der Kl. Dabei werden die Kl. angehalten, auf ihre Atmung zu achten und im inneren Kontakt mit Bildern, Körperempfindungen zu sein. Von den Th. wird sowohl Durchlässigkeit (als „Kanal“ wirken zu können) als auch eine klare abgegrenzte Haltung im Kontakt zu Kl. verlangt. Körperliche Berührungen sind dann in dem Sinne „*abstinente Berührungen*“, als sie nicht Manipulation, sexuelle Verführung, Gewalt oder vorschnellen Trost bedeuten, und die Th. ihre eigenen Bedürfnisse da heraushalten (vgl. Clauer und Heinrich, 1999).

Die in der bioenergetischen Analyse früher hauptsächlich bevorzugten Techniken der Charakteranalyse und Widerstandsdeutung sowie der Einsatz widerstandsschwächender Körperinterventionen setzen bei den Klienten eine gewisse Ich-Stärke voraus (ödpale Struktur). Feste massierende Berührung durch die/den Th. kann dann der Auflösung muskulärer Abwehrmechanismen dienen, wenn die Kl. um ihre Grenzen wissen. Für ich-schwache Klienten dagegen ist haltgebende, nährende, wärmende und erspürende Berührung wichtig, um überhaupt eine Struktur und Ich-Grenzen aufzubauen und wahrnehmen zu lernen. Diese Vorgehensweise wurde in der Anfangszeit der Bioenergetischen Analyse oft vernachlässigt mit der Begründung, die Konflikte würden so nicht „durchgearbeitet“ und die Klienten in der Illusion gelassen, dass es Veränderung durch Trost und Wiedergutmachung geben könne.

Grundsätzlich sind Körperinterventionen - ob konfrontativ oder haltgebend - erst sinnvoll und therapeutisch vertretbar, wenn es gelungen ist, eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Th. und Kl. aufzubauen. Beziehung hat eine erdende Wirkung für den therapeutischen Prozess. „*Durch das richtige Behandeln wird das Selbst im Körper gegründet.*“ (vgl. Winnicott, 1958).

Diese Ansicht steht nicht im Widerspruch zu der Auffassung Lowens, dass Erdung (Grounding) vor allem über den Energiefluss in den Beinen und Füßen, den Bodenkontakt einer Person, zu erreichen ist. Nur ist es keine Frage der Grounding-Techniken, ob die Kl. in der therapeutischen Situation wirklich geerdet sein können. Zu wissen, wo man steht, wer man ist, wo man herkommt und in seiner Sexualität verwurzelt zu sein (vgl. Lowen, 1993; Berliner, 1991), erfordert mehr als nur ein Beugen der Knie und langes Stehen in der Bogen- bzw. Elefant-Position. Um die die zweifelsohne stabilisierende und belebende Erfahrung des Energieflusses in Beinen und Füßen und das gute Gefühl des eigenen Standes innerhalb der therapeutischen Situation in das

Selbstgefühl integrieren zu können, bedarf es ganz wesentlich einer bezogenen Reaktion der/des anwesenden Therapeutin(en). Die Kl. müssen sich auf sich selbst und auf ihr Gegenüber beziehen können, während er/sie die Körpersensationen wahrnimmt und versucht, über Sprache mitzuteilen. *Bezogenheit des Th.* meint achtsames Schauen, Hinspüren und Zuhören sowie die Fähigkeit, verbal zu bestätigen und Worte dafür anbieten zu können, die das Erfahrene integrieren (vgl. auch Punkt 1).

„*Wenn wir unseren Patienten helfen wollen, frei zu werden, müssen wir die Dynamik des Selbstaushdrucks verstehen. Das Ich ist integraler Bestandteil des Selbstaushdrucks. Soll ein Gefühlsausdruck das Selbst bestätigen, müssen Geist und Körper dabei immer zusammenwirken. Deswegen hat Weinen oder sogar Schreien keine therapeutische Wirkung, solange wir nicht wissen, warum wir weinen und nicht darüber sprechen können*“ (vgl. Lowen, 1993, S. 74; Hervorhebung von mir).

Lowens Aussagen zeigen, dass er die Bedeutung der Worte bei der Integration von Geist und Körper nicht unterschätzt und nicht einfach auf die kathartische, lösende Kraft des Gefühlsausdrucks setzt.

„*Drückt ein Mensch ein Gefühl sowohl durch Worte als auch durch Töne oder Handlungen aus, ist sein Ich mit dem Gefühl identifiziert. Oft weint ein Patient im Verlauf einer kathartischen Entladung spontan los und sagt dann: „Ich habe mich wohl weinen hören, aber hatte keinen Bezug dazu.“ Wenn wir das Gefühl in Worte kleiden, hilft uns das, diesen Bezug herzustellen.*“ (ebenda, S. 75).

Mit Bezogenheit und Beziehung in diesem Sinne ist gemeint, dass die/der Th. sich mit all seiner körperlich-emotionalen Schwingungsfähigkeit zur Verfügung stellt, um die Integration ungewohnter Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken zu ermöglichen. Das kann bedeuten, dass die Th. als „Container“ (im Sinne Winnicotts) für ungewohnte und angstausslösende Empfindungen der Kl. wirken und vermitteln, dass es alles in Ordnung ist, selbst wenn es den Kl. nicht „ganz geheuer“ ist. Das kann bedeuten, zu vertiefen und zu focussieren in einem Moment, wo die Kl. schnell über die eigenen Wahrnehmungen hinweggehen möchten (vgl. Punkt 1.1). Und es kann bedeuten, die Körpersensationen und -reaktionen sprachlich „anzupassen“, d.h. passende Worte dafür zu finden, die dann erst ermöglichen, das Erfahrene mit Gefühlen und Bildern auf einer komplexeren Ebene zu verknüpfen.

Bevor starke bioenergetische Körperinterventionen eingesetzt werden, müssen die Kl. etwas über ihre Grenzen (Nähe/Distanz zur/zum Th., das Nein-Sagen, die Mitbestimmung im therapeutischen Prozess) gelernt haben. Die Kl. sollten wissen, was Übertragung und Gegenübertragung ist und dass es wichtig ist, auf die Beziehung zur/zum Th. zu achten und darüber zu sprechen.

2.1 *Abstinente Berührungen*

Häufig wird von der Psychoanalyse das Problem der sexuellen Übertragung und Gegenübertragung als Ar-

gument gegen körperliche Berührung in der Psychotherapie angeführt. Berührung könne „Ausagieren“ sexueller Impulse bedeuten. Das kann es, muss es aber nicht. Die psychoanalytische Abstinenzregel, das Berührungsverbot, legt einseitig das Gewicht der Betrachtung auf die verführende, sexualisierende, missbräuchliche Qualität einer körperlichen Beziehung zwischen Th. und Kl.

Zitat von S. Freud aus „Behandlungstechnische Schriften“ von 1911-1915, „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“, S. 229: „*Andererseits ist es eine peinliche Rolle für den Mann, den Abweisenden und Versagenden zu spielen, wenn das Weib um Liebe wirbt, und von einer edlen Frau, die sich zu ihrer Leidenschaft bekennt, geht trotz Neurose und Widerstand ein unvergleichbarer Zauber aus. Nicht das grobsinnliche Verlangen der Patientin stellt die Versuchung her. Dies wirkt ja eher abstoßend und ruft alle Toleranz auf, um es als natürliches Phänomen gelten zu lassen. Die feineren und zielgehemmten Wunschregungen des Weibes sind es vielleicht, die die Gefahr mit sich bringen, Technik und ärztliche Aufgabe über ein schönes Erlebnis zu vergessen.*“

In der bioenergetischen Literatur ist das Problem der sexuellen Übertragung bzw. des Berührens in diesem Zusammenhang vor allem von Mahr (1994), Wink-Hilton (1992), Worm (1992), Lewis (1996), Klopstech (1996) ausführlich diskutiert worden. Alle kommen sie zum Schluss, dass der Verzicht auf Berührung ebenso die Wiederholung traumatischer Erfahrungen bei den Kl. bewirken kann, wie eine Berührung ohne Grenzen und ohne verbale Anerkennung und Bestätigung der Sexualität der Kl. durch die Th. sich traumatisch auswirken kann.

„*Ein körpertherapeutisches Setting, das wegen der Gefahr erotischer und sexueller Besetzung von Berührungen diese grundsätzlich ausschließt, kann zu einer Wiederholung der traumatischen Erfahrungen der Klienten führen.*“ (Mahr, 1994, S. 65). Die Erfahrung, dass Eltern vor der sexuellen Energie eines Kindes zurückschrecken, sich zurückziehen und rigide mit Vermeidung von bestätigenden Worten und körperlichen Gesten reagieren, kann in der therapeutischen Situation durch vermeidende Rigidität in der Haltung der Th. zur Aufrechterhaltung der Angst vor der eigenen Sexualität und der Intimität führen.

Klopstech geht sogar soweit zu sagen, „*daß die Entscheidung des Th. für eine Form der Behandlung von sexuellem Mißbrauch, die den Körper nicht mit einbezieht, unbewußt ein Gegenübertragungsagieren darstellt*“ (vgl. Klopstech, 1996, S. 6).

Ich denke, dass grundsätzlich die Möglichkeit der Berührung nicht ausgeschlossen werden sollte - auch nicht im Falle einer Missbrauchsgeschichte der/des Klientin(en). Es hängt sehr von der Geschichte der Klienten ab, wann und wie im Verlauf des Therapieprozesses berührt werden kann. Die Ausgangssituation kann sein, dass es in der Vergangenheit grenzüberschreitenden Körperkontakt gab und zu wenig Berührung durch Worte. Oder dass es kaum Körperkontakt zwischen Eltern und Kind gab, stattdessen zu viele Worte. Beide Male kann die Folge sein, dass der/die Klient(in) Angst vor

Körperkontakt hat - jedoch aus verschiedenen Gründen. Die Bedeutung der Berührung muss mit den Kl. zusammen erarbeitet werden, es muss Worte darüber geben, die ein Verstehen von Übertragung und Gegenübertragung ermöglichen. Die Psychoanalyse rechtfertigt ihr körperlich abstinentes Vorgehen damit, dass es zu Retraumatisierung und zum Ausagieren der sexuellen Impulse käme. Es sollte demnach Raum geben für eine korrigierende emotionale Erfahrung ohne übergriffige Berührung. Oder für das Durcharbeiten der Trauer über die körperliche Zurückhaltung der Eltern. Aus körperpsychotherapeutischer Sicht ist jedoch diejenige Berührung, die Halt und Bestätigung vermittelt anstatt zu sexualisieren, auch eine korrigierende körperlich-emotionale Erfahrung. Die Abstinenz liegt hier in der Art der Berührung! Körperkontakt ohne verstehende und vermittelnde Worte unterliegt jedoch der Gefahr, traumatische Erfahrungen zu wiederholen oder vorschnell zu trösten und von der Bearbeitung der vergangenen Erfahrung abzulenken.

Literatur

- Bacal H, Newman K (1994) Objektbeziehungstheorien - Brücken zur Selbstpsychologie, frommann-holzboog, Stuttgart Bad Cannstatt
- Bartling C (2000) Verkörperte Gegenübertragung. Körperlicher Austausch und Beziehungserleben in der Therapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück
- Berliner J (1991) Grounding, rooting, enracinement. NIBA Forum: 20-30
- Berliner J (1989) Körperarbeit und Aktivierung der Übertragung. Unveröffentlichtes Manuskript. Norddeutsches Institut f Bioenergetische Analyse e.V.
- Berliner J (1994) Psychoanalyse, Bioenergetische Analyse, analytische körpervermittelte Psychotherapie: Konzepte und Praxis. Ähnlichkeiten, Unterschiede und Besonderheiten. In: Geißler P (Hrsg) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter Lang, Berlin
- Bödecker M (1996) Bindungsqualität und Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. Zum Einfluß frühkindlicher Bindungserfahrungen auf gegenwärtige Beziehungen. Theorie und Forschung, Bd 421 (Psychologie Bd 140). Roderer, Regensburg
- Campbell D (1994) Scham. Forum der Bioenergetischen Analyse 2/94: 73-79
- Clauer J, Heinrich V (1999) Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. Zwischen Berührung und Abstinenz. Psychother Forum 7/2: 75-93
- Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München
- Ehrensperger Th (1996) Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept. Schwabe, Basel
- Freud S (1915) Bemerkungen über die Übertragungsliebe, Behandlungstechnische Schriften 1911-1915. Schriften zur Behandlungstechnik (1975). Fischer, Frankfurt
- Geißler P (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter Lang, Berlin
- Geißler P (1995) Körperinterventionen und Beziehung. Forum der Bioenergetischen Analyse 1/95: 7-29
- Heinrich V (1997) Körperliche Phänomene der Gegenübertragung. Therapeuten als Resonanzkörper. Welche Saiten kommen in Schwingung? Forum der Bioenergetischen Analyse 1/97: 32-41

- Heisterkamp G (1998) Körpersprachlicher Dialog und basales Verstehen im psychotherapeutischen Prozeß. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) Bewegung ins Unbewußte. Brandes und Apsel, Frankfurt, S 129-142
- Hoffmann-Axthelm D (1992) Verführung in Kindheit und Psychotherapie. Transform-Verlag, Oldenburg
- Keleman St (1990) Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung. Kösel, München
- Klopstech A (1996) Das Trauma sexuellen Mißbrauchs: Wo Berührung mißhandelt hat und wie Berührung heilen kann. Forum der Bioenergetischen Analyse 2/96: 1-13
- Krause R (1997) Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd 1: Grundlagen. Kohlhammer, Stuttgart
- Kühntopp J (1997) Mutter-Kind-Interaktion. Eine Videoanalyse der Bezogenheit von Mutter und Kind bei bioenergetischen Körperübungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück
- Lewis R (1996) Vom Orgasmusreflex zur Fähigkeit sexueller Intimität über die erotische Übertragung: „Adoration“ und Grenzen in der Bioenergetischen Analyse. Forum der Bioenergetischen Analyse 2/96: 14-27
- Liedloff J (1980) Auf der Suche nach dem verlorenen Glück. Becksche Reihe, München
- Lowen A (1993) Freude. Die Hingabe an den Körper und das Leben. Kösel, München
- Mahr R (1994) Körperkontakt in der Bioenergetischen Analyse. Forum der Bioenergetischen Analyse 2/94: 65-68
- Mac Neely A, Deldon A (1992) Berührung - Die Geschichte des Körpers in der Psychotherapie. Kösel, München
- Mentzos St (1984) Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Fischer, Frankfurt
- Moser T (1994) Interview mit Tilman Moser. In: Geißler P (Hrsg) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter Lang, Berlin
- Racker H (1978) Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. Ernst Reinhardt, München
- Schindler P (1996) Woher wir kommen - wohin wir gehen: zur Geschichte und Entwicklung der bioenergetischen Analyse. In: Ehrensperger Tri (Hrsg) Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept. Schwabe, Basel, S 19-39
- Schubert U (1997) Zum Konzept der Gegenübertragung. Forum der Bioenergetischen Analyse 1/97: 9-31
- Sollmann U (1991) Körpersprache im/als Dialog. NIBA-Forum 2/91:32-51
- Sollmann U (1995) Im narzißtischen Minenfeld. Körpertherapie zwischen Beziehung und Körperarbeit. Forum der Bioenergetischen Analyse 1/95: 53-72
- Wink-Hilton V (1992) Die Arbeit mit der sexuellen Übertragung. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg) Verführung in Kindheit und Psychotherapie. Transform Verlag, Oldenburg, S 79-89
- Winnicott DW (1958) Primäre Mütterlichkeit. Fischer, Frankfurt/M
- Worm G (1992) Über die Schwierigkeit therapeutischer Beziehung anhand des Schicksals der „Verführungstheorie“. In: Hoffman-Axthelm D (Hrsg) Verführung in Kindheit und Psychotherapie. Transform-Verlag, Oldenburg, S 64-78
- Yalom I (1999) Die Liebe und ihr Henker & andere Geschichten aus der Psychotherapie. btb-Goldmann, München

Korrespondenz: Dr. Vita Heinrich, Humboldtstraße 14a,
D-49074 Osnabrück, Bundesrepublik Deutschland,
Tel. 0541/201155

Dr. rer. nat. Vita Heinrich, Jg. 1955, Dipl.-Psych., Bioenergetische Analytikerin CBT, 7 Jahre Forschung und Lehre an der Universität Osnabrück, Fachgebiete Diagnostik und Entwicklungspsychologie. Lehrbeauftragte für Körperdiagnostik. Seit 12 Jahren Psychotherapeutin in freier Praxis. Arbeitsschwerpunkte: Gegenübertragung, traumatisierte Klienten, Körper und Stimme.