

**Die Rolle der Therapeutin¹
in der Bioenergetischen Analyse Resonanz, Kooperation und
Begreifen²**

Zusammenfassung: Anhand eines kurzen Abrisses der Ursprünge und neueren Entwicklungen in der Bioenergetischen Analyse werden Alexander Lowens Verdienst, den erwachsenen Menschen in Bewegung ins Zentrum der Aufmerksamkeit im Therapieprozess zu stellen, sowie der seit den 90er Jahren zunehmende Fokus auf die therapeutische Beziehung beschrieben. Die Bioenergetische Analyse unterscheidet sich von der relationalen intersubjektiven Psychoanalyse in dem offenen Setting und in der Anwendung bioenergetischer Körper- Interventionen, was die therapeutische Haltung ins konkrete Sich-Miteinander-Bewegen verändert. Wenn wir die klassische »objektive« Fall-orientierte Perspektive aufgeben und Interaktivität voraus setzen, sehen wir uns mit den Klienten in einer verkörperten Beziehung, basierend auf Resonanzphänomenen in geteilter Gegenwart und Kooperation mit aktivierenden, rhythmisch abgestimmten und übenden Aspekten. Diese Perspektive wird anhand eines Beispiels einer körperorientierten ProbeSupervision kritisch diskutiert. Die in dieser Situation unmittelbar wirksamen Resonanzphänomene werden ausführlich geschildert. Das Beziehungsgeschehen im Sinne einer Verwicklung wird aus relationaler körperpsychotherapeutischer Sicht diskutiert.

Schlüsselwörter: Aktivierung; Atmung; Begreifen; Kooperation; Resonanzkörper

Abstract: By outlining the origins and new developments in Bioenergetic Analysis 1 start from Alexander Lowen's merit to put the adult human being in motion into the Center of attention of the therapy process - and then summarize the since the 90ties growing focus on a therapeutic relationship. Bioenergetic Analysis differs from relational intersubjective psychoanalysis in regard to the open setting and in regard to practice of bioenergetic body interventions what changes the therapeutic stance into a concrete moving together. Giving up the classical case oriented perspective and assuming interactivity we find us with our clients in an embodied relationship based on resonance phenomena, shared attention and cooperation with vitalizing, rhythmically attuned and exercising aspects. This approach is discussed by an example of a body oriented probe-Supervision. Instantaneously active resonance phenomena in this Situation are described in detail. The relational process (involvement) is discussed from a relational body psychotherapeutic perspective.

Key Words: activation; breathing; comprehension; cooperation; resonance body

1. Ursprünge und neuere Entwicklungen der Bioenergetischen Analyse

Definition: Bioenergetische Analyse - vom Ursprung her eine energetische Körperpsychotherapie - wird gegenwärtig auch als analytisch-relationale Psychotherapie mit Fokus auf den Körper praktiziert.

Die Erweiterung der Freudschen Psychoanalyse geschah mit Reich über die Hinwendung zum Körper und später bei Lowen über die fundamentale Veränderung des psychoanalytischen und Reichianischen Settings: mit der Entwicklung des Grounding-Konzeptes vom Liegen ins Stehen (Lowen 1996; Pechtl 1980; Ehrensperger 1996; Steinmann 2002; Steckel 2006; Cockburn 2008; Clauer 2009).

Damit waren Reich - sowie Lowen und Kollegen in den 50er Jahren - Pioniere ihrer Zeit, denn die Körperpsychotherapie fand damals keine Mehrheit innerhalb der Psychoanalyse. Im Gegenteil die Veränderung der therapeutischen Vorgehensweise hin zum Stehen und zum Aktiven (Arbeit mit Bewegung und Körperkontakt) sorgte dort für Ablehnung. Während Freud den Augenkontakt und den Realitätsbezug der Patienten zu fürchten schien, umging Lowen in seiner Arbeit die regressive Position des (Still)Liegens und die frühkindlichen Wünsche der Patienten (Cockburn 2008).³

Lowen hatte mit der Betonung des Stehens entwicklungspsychologisch gesehen an das ältere Kleinkind im erwachsenen Patienten angeknüpft, dabei in seinen Interventionen vor allem die Motorik und die non-verbalen

¹ Ich verwende von nun an die Begriffe »Therapeutin« und »Klient« und meine damit beide Geschlechter.

² Erschienen in Geißler, P., Heinrich-Clauer, V. (Hg.) (2009) Psychoanalyse & Körper Nr. 15, 8.Jg., Heft 11, S.

³ »Indem er sich über die Hilflosigkeit des Babys erhebt, nahm Lowen eine profunde strategische Haltung ein, die uns heute beeinflusst. Während dieser Fokus auf das »Stehen« Lowen von seiner terrorisierenden Mutter wegbewegte, führte dies gleichzeitig die Bioenergetische Analyse weg von den frühesten Körper selbst-Erfahrungen in Beziehungen, und damit weg vom primären Boden auf dem »man selbst den anderen einbezieht« (Cockburn 2008, S. 18; Übers. d. Autorin).

expressiven Funktionen (den Affektausdruck) im Blick. Die Bedeutung der Integration von Worten und Körperprozessen hat er jedoch insgesamt nicht unterschätzt:

»Wenn wir unseren Patienten helfen wollen, frei zu werden, müssen wir die Dynamik des Selbstausdrucks verstehen. Das Ich ist integraler Bestandteil des Selbstausdrucks. Soll ein Gefühlsausdruck das Selbst bestätigen, müssen Geist und Körper dabei immer zusammen wirken. Deswegen hat Weinen oder sogar Schreien keine therapeutische Wirkung, solange wir nicht wissen, warum wir weinen und nicht darüber sprechen können« (Lowen 1993, S.74).

Und weiter

»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).

Lowen betonte wie Reich die »funktionale Identität« von körperlichen und seelischen Prozessen. Dieses Konzept der psychosomatischen Einheit der Person verbindet die bioenergetischen Ansätze bei aller Unterschiedlichkeit in der konkreten therapeutischen Arbeit. Über das Gespräch allein wurde keine Heilung erwartet.⁴ Diese Perspektive wird heute fortwährend durch viele Ergebnisse der Neurobiologie, Emotions-, Säuglings- und Bindungsforschung untermauert und weiter spezifiziert (Traue 1998; Oelmann 2003, 2004; Moberg 2003; Stern 1992; Schore 2005; Resneck-Sannes 2008; Lewis 2001; Koemeda-Lutz 2008; Klopstech 2005; Bauer 2007). Lowen selbst hat keine »relationale« Körperpsychotherapie vorgestellt, auch seine Perspektive - wie die der klassischen Psychoanalyse eine Ein-Personen-Psychologie - entsprach als »Affekt-/Energie orientierte und Konflikt orientierte aufdeckende« Körperpsychotherapie einem medizinischen Modell (Geißler 2006, S. 120 und S. 124). Heute kann nicht weiter von dieser Zuordnung ausgegangen werden.⁵

Es gibt zahlreiche Veröffentlichungen, welche die zu der Zeit neueren psychoanalytischen Ansätze als theoretische Basis für die praktische Arbeit herangezogen haben (de Clerck 2008; Lewis 1986, 2008; Helfaer 2008; Conger 2001; Clauer 2003b). Es werden nun theoretische Konzepte adaptiert, die der Verfeinerung der Beschreibung, einer Validierung und Differenzierung bereits existierender Methodologien dienen können. Klopstech hat dieses Anliegen schon früh verfolgt, den Dialog zwischen Psychoanalyse und Bioenergetischer Analyse gesucht (Klopstech 2000, 2002a und b) und bioenergetische Kern-Konzepte um Forschungsergebnisse aus den Neurowissenschaften und der Emotionsforschung bereichert (Klopstech 2004, 2005, 2008). Diagnostik und Intervention weichen nun häufig von der klassischen Vorgehensweise der Lowenianer (Körperlesen, Charakteranalyse, ausschließlicher Fokus beim Klienten-Körper) ab. Stattdessen wird die therapeutische Interaktion mit Konzepten und Begriffen wie »das interaktive Selbst« (Tonella 2000), »Kommunikation zweier limbischer Systeme« (Lewis 2001, 2005), »affektive Beziehung und Körperprozesse« (Buti-Zaccagnini 2008), »Resonanzkörper« (Heinrich-Clauer 1997, 2008), »verkörpertes Begreifen« (Clauer 2008), differenzierter zu beschreiben versucht - und allgemein die Bedeutung der Beziehung für die bioenergetische Arbeit thematisiert (Finlay 1999; Hilton 2003).

Mit aktualisierten modifizierten Konzeptionen und Methodologien arbeitet die Bioenergetische Analyse in Abhängigkeit von der vorliegenden Störung differenziell mit Konflikten, mit Defiziten, mit Traumata⁶ (Tonella 2008a, S. 27f.). Das Bemühen gilt auch der konzeptionellen Differenzierung und Erklärung derjenigen Techniken, die sich bewährt haben und beibehalten werden sollten (Steckel 2006; Clauer 2008, 2009; Berceli 2007; Heinrich-Clauer/Clauer 2006).

Der Fokus liegt inzwischen weniger auf der Charakteranalyse der Klienten als vielmehr auf dem Beziehungsgeschehen - oder auch der Resonanz und der Ko-Kreation im Hier und Jetzt der emotional-körperlichen Interaktion.

Das bis vor 15 Jahren geltende Primat des Energieflusses, der mithilfe von Techniken und Übungen zur Lösung muskulärer Verspannungen und mit dem Ziel expressiver Arbeit an Kern-Affekten in Gang gesetzt werden sollte, hatten häufig die Kritik der analytischen Kollegen herausgefordert (Geißler 1995, 2006). Übungsangebote und Körperarbeit wurden als mechanisches Vermeiden von Selbstbezug des Klienten und der Beziehungsaufnahme zwischen Therapeutin und Klient angesehen; als Bedürfnisbefriedigung und mangelndes Durcharbeiten der negativen Übertragung bemängelt (Worm 2006b, 2007a).

Da solche Einschätzungen trotz aller Weiterentwicklungen der Bioenergetischen Analyse bis heute formuliert werden und sich inzwischen zu einem Klischee entwickelt haben, bleibt die Frage, warum die Abgrenzung weiterhin notwendig ist und das Alte im Bild festgehalten werden muss? Bei genauerem Hinsehen sind die Unterschiede nicht dort, wo sie noch vermutet werden.

Die Vertreter der relationalen intersubjektiven Psychoanalyse stützen sich u. a. auf die Befunde der Boston Change Study Group und beachten die implizit-prozeduralen und unbewussten affektiven Abstimmungsprozesse mit den Klienten, um so den auf Sprache und Sprechen begrenzten Kontakt zwischen Analytiker und Klient zu erweitern (s. IARPP Kolloquium

⁴ »Die Persönlichkeit eines Individuums kann sich nicht ändern, solange keine entsprechende Veränderung seiner körperlichen Dynamik stattfindet« (vgl. Lowen 1993, S. 8).

⁵ »Der Fokus wird mehr verlagert vom »Objekt Patient«, dessen chronische Körperspannungen mit Hilfe körpertherapeutischer Techniken bearbeitet werden, hin zur therapeutischen Beziehung und zum »Subjekt Therapeut« (Schindler 1996, S. 28ff.).

⁶ »In diesem Fall ist eine Arbeitsmethode, die vom Modell des neurotischen Konflikts ausgeht, nicht eine adäquate therapeutische Antwort, weil es nicht um die Lockerung der Ich-Abwehr geht, sondern um einen umfassenden Wiederaufbau des Selbst, d.h. seiner Struktur, seines Funktionierens, seiner Sinngebung und seiner Investitionen« (Tonella 2008b, S. 77).

Knoblauch 2006; Reis 2006).⁷ Damit nähert sich die neuere Psychoanalyse stetig den körperlichen Grundlagen der Beziehung, was sich in einem Interventionsspektrum von der Wahrnehmung der Phänomene bis hin zu handlungs-orientierter Vorgehensweise in der analytischen Körperpsychotherapie darstellt (Geißler/Heisterkamp 2007). Sogar Berührung und Körperkontakt werden gewagt, wenn auch nicht ohne Gefahr der Diffamierung von klassisch psychoanalytischer Seite (Moser 2001). Man könnte auch von einer »Rehabilitation« des Körpers - einem Anschlussversuch der Psychoanalyse an die 30er Jahre sowie an aktuelle Forschung - sprechen. Stellte sich vor zehn Jahren die Frage, was die Körperpsychotherapie von der Psychoanalyse lernen könne (Klopstech 2002a), so ließe sich heute fragen, was die Psychoanalyse von der Körperpsychotherapie lernen und wie die gegenseitige Bereicherung aussehen könnte (Klopstech 2008). Hier scheint es nun anstelle einer jahrzehntelangen Abgrenzung gegen den Körper als unmittelbarem Erfahrungsraum und Agens (nicht nur als Objekt von symbolisierter Betrachtung) eine Annäherung - so etwas wie eine Synergie in dem Integrationsbemühen um non-verbale *und* verbale Beziehungsgestaltung zu geben.

2. Die Rolle der Therapeutin in der Bioenergetischen Analyse: Resonanz - Begreifen - Kooperation

In den analytischen Beziehungstheorien wird die gegenseitige verbale und nonverbale Beeinflussung von Therapeutin und Klient, die gemeinsame Gestaltung der Beziehung im Therapieprozess betont. Der Fokus wird von der abstinenter und deutenden Expertenhaltung auf eine sprachlich dialogische (fragende) Vorgehensweise verlagert. Die interpersonelle Neurowissenschaft dagegen stützt sich noch unmittelbarer auf den Körper als »Verarbeiter und Vermittler von Emotion« (Klopstech 2009).

In Anlehnung daran spricht Lewis im Hinblick auf die Affektabstimmung zwischen Therapeutin und Klient von der »limbischen Resonanz« (Lewis 2001, 2005). Indem direkte körperliche Interventionen im Stehen und in der Bewegung angewendet werden, geht die Bioenergetische Analyse jedoch über Affektabstimmung und das erste Lebensjahr hinaus und arbeitet im Sinne von »Joint attention« (Downing):

»Der gegenseitige Augenkontakt ist für Kinder ab dem 11.-13. Lebensmonat nicht mehr so wichtig, die Umgebung wird exploriert, der eigene Körper übt in Wiederholungen erprobt. Die Fähigkeit zur Aktivität, die Möglichkeit, sich für etwas zu interessieren, ein wenig planvoll zu sein - sind jetzt wesentliche Motive im Bezug zur materiellen und sozialen Umgebung. Insbesondere geht es um praktische Kooperation (eine interpersonelle Fähigkeit). Dabei braucht das Kind die aufmerksame Begleitung, den Rückhalt, die wechselnde emotionale Bezugnahme mit der Elternperson - aber nicht unbedingt jederzeit emotionalen Austausch« (Downing 2008).

Die kooperativen Elemente im therapeutischen Prozess beinhalten eine Vielfalt von üben, Dialog und Handlung inszenierenden oder auch Affekt-Ausdruck fördernden Interventionen auf dem Spektrum zwischen Containment und Katharsis. Anstelle von »Verstehen« sprechen wir von »Begreifen«, um die körperlich-emotionale Verknüpfung der Gedanken im Therapieprozess zu betonen. Die Frage, ob ich als Katalysator des Therapieprozesses die Beziehung oder den Körper⁸ betrachte, erscheint angesichts der neurobiologischen Erkenntnisse und den Ergebnissen der Säuglingsforschung der letzten Jahre künstlich (Bauer 2005; Schore 2003, 2005). Das Körperselbst entwickelt sich in Beziehungen, und auch eine Nicht-Bezugnahme auf den Körper in der therapeutischen Situation ist eine Unterlassungs-Handlung, die sich wiederum körperlich innerhalb der Beziehung auswirken kann. Jedoch kann der Fokus in der therapeutischen Haltung eher auf der sprachlichen oder auf der körperlichen Ebene liegen - oder im Wechsel auf beiden bzw. in der Verknüpfung.

Wir haben es in der Therapie prinzipiell immer auch mit pathologischen Beziehungsphänomenen zu tun, sodass es sich um eine teils asymmetrische - und aus dem Blickwinkel der fachlichen Kompetenz - auch Expertin-Laien-Beziehung handelt. Die Therapeutin hofft, für die non-verbalen Signale eine geschulte, differenzierende, weniger konflikthafte und von Abwehr bestimmte Wahrnehmung gelernt zu haben (Körperkompetenz). Sich als Resonanzkörper und interaktiv zur Verfügung zu stellen und auch auf die Ressourcen der Klienten zu vertrauen, bedeutet andererseits, dass die Therapeutin sich selbst in der Interaktion ein Stück weiterentwickeln muss.

Die für die Therapie erforderliche psychische und körperliche Intimität gelingt nicht ohne eine Hingabe und Bereitschaft, sich emotional-körperlich sowie als handelndes und reflektierendes Gegenüber *nutzen* zu lassen. Dazu sind wir in unserer Liebesfähigkeit gefragt.

2.1 Setting

Aus körperpsychotherapeutischer Sicht drängen sich zum klassischen analytischen Couch-Setting Fragen auf (die durchaus auf Eigenerfahrung beruhen und nicht den entlastenden Halt gebenden Charakter dieses Rahmens in Frage stellen):

⁷ »Die Aufmerksamkeit für die verkörperte Erfahrung des Analytikers und die Beachtung solcher Aktivitätsmuster wie Blick, Gesichtsausdruck, Ton und Rhythmus der Sprache sowie Körperbewegungen beim Analysanden können die ersten subtilen Anzeichen geben, um den Analytiker von seiner komplementären oder konkordanten Identifikation zu befreien, die in einer unbewussten Inszenierung festgehalten ist« (Knoblauch 2006).

⁸ »Der Körper wird sowohl als Ort von unmittelbarer Erfahrung und Gefühl angesehen wie auch als derjenige Ort, der die Lebensgeschichte des Individuums widerspiegelt« (Klopstech 2002a, S. 52 und 2009; Storch et al 2006, S. 15).

Warum sitzen Analytiker hinter dem Klienten am Kopfende? Wie verändert sich das Übertragungsfeld, wenn der Klient - seine Füße auf das Kopfkissen legen oder die ganze Zeit auf dem Bauch liegen würde? Oder wenn die Therapeutin sich an seine Seite setzen würde? Die Begrenzung des Augenkontaktes fördert bei den Klienten die Introjekte, Projektion und Regression. Sie wissen, dass sie angeschaut werden können, ohne diesen Blick kontrollieren zu können - und zwar in Richtung der offenen, weichen Körperseite (Bauch, Brust, Genitalien). Die Begrüßungssituation mit Augenkontakt und Händedruck bleibt - neben der affektiven Färbung der Stimme und dem Geruch der Therapeutin - die einzige körperliche Übertragungsebene. Die Abstimmungsmöglichkeiten sind auf Stimme und Sprache begrenzt. Inkongruenzen der Therapeutin werden nicht so schnell deutlich, wie es bei gemeinsamer Bewegung und Augenkontakt möglich wäre.

Den relationalen Ansatz der Psychoanalyse verstehe ich als Ausweg aus der Beziehungsabstinenz, indem die Wechselseitigkeit der Prozesse postuliert und eine realere Begegnung unter Einnahme einer fragenden Haltung, in der die Therapeutin nicht die Expertin für die Gefühle des Klienten ist, zugelassen wird. Das Dilemma, in einem körperlich abstinenten, deprivierten Couch-Setting oder im Gegenübersitzen die Beziehung nicht real körperlich in all ihren Facetten »wechsel-seitig« gestalten zu können, wird dadurch jedoch auch (noch) nicht gelöst.

Der »Halte-Rahmen« (über Augen, Stimme, Berührung, Erdung) ist in der Bioenergetischen Analyse eingebettet in einen *Interaktionsrahmen zweier bewegter und sich bewegender, sich flexibel abgrenzender Körper*, zwischen Selbstbezug und Bezugnahme auf den anderen. Während der Arbeit sind im konkreten Sinne *vielseitige variable Positionen* möglich: gegenüber Sitzen, nebeneinander Sitzen, Rücken an Rücken sitzen, gegenüber, nebeneinander und hintereinander Stehen, gemeinsame und synchronisierte Bewegungen oder nicht-synchronisierte, individuelle Bewegung im Raum (Klient liegt und Therapeutin sitzt daneben, am Fußende oder am Kopfende, usw.). Diese Positionen formen sich als Teil des therapeutischen Dialoges. Das *verkörperte Beziehungsgeschehen* ist u. a. von der Bewegung und Position beider Personen im Raum abhängig und dadurch deutlich komplexer - und häufig komplizierter zu beschreiben.⁹ Es werden andere innere Bilder evoziert, vermehrt reale und auch korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglicht. Realitätskontakt sowie Autonomie des Klienten (und der Therapeutin) werden in der Bioenergetischen Analyse auf der körperlichen Ebene durch Arbeit im Stehen mit dem Ziel des Grounding angestrebt (Clauer 2009).

Für frühgestörte Klienten kann die Arbeit im Stehen jedoch die Wiederholung einer alten Verlassenheitserfahrung im Sinne von »Ich trage Dich nicht!« bedeuten. Die zu früh geforderte Autonomie könnte als Aufforderung zur Entlastung der Therapeutin gesehen werden, als ein Versuch, sich den Mühen eines Anteil nehmenden Prozesses zu entziehen und eine nahe Beziehung zu meiden. Die Illusion einer »schnellen machbaren Lösung« kann durch Übung und Bewegung gefördert werden. Der Klient kann zu früh mit dem Selbstausdruck der Therapeutin und ihren Bewegungsmöglichkeiten konfrontiert sein, sodass die Gefahr einer Anpassung an ihre Rhythmen und ihre Vitalität besteht. Alle diese »Fallen« des beweglichen, offenen Settings erfordern ein sehr bewusstes Umgehen mit den Phänomenen des Beziehungsgeschehens. Zudem kann der Körperkontakt die Austauschprozesse beschleunigen und auf die über Sprache nicht zugänglichen Ebenen des Selbst von beiden - Therapeutin und Klient - richten (Downing 1996). Von der Therapeutin wird innere Klarheit und eine klar abgegrenzte Haltung im Kontakt zum Klienten verlangt (Steinmann 2002, S. 295), die Fähigkeit zur »abstinenten« Berührung.¹⁰

2.2 Beziehungsangebot

In der Beziehung zu Klienten ist es nicht nur wichtig, was wir sagen und tun, sondern vielmehr von Bedeutung, wie wir interagieren, und wer wir sind.

Wir verstehen uns in der Bioenergetischen Analyse als konkret *körperliches Gegenüber und als Teil einer Begegnung, die auf geteilter Gegenwart beruht, in der die verkörperte Vergangenheit enthalten ist.*

Die therapeutische Haltung ist von der stetigen Aufmerksamkeit für wechselseitige *verkörperte Beziehungsaussagen (Resonanz)* bestimmt. Mimik, Gestik, Körperhaltung, Augenausdruck, Stimme, Atemrhythmen und Körpertonus von Therapeutin und Klient beeinflussen sich gegenseitig (Buti Zaccagnini 2008). Neben den sprachlichen Interaktionen können halt gebende, aktive und aktivierende körperliche Interventionen das Beziehungsangebot in unterschiedliche Richtungen im Sinne einer therapeutischen Funktion verändern: So kann angeleitet, kooperiert, »mitgetanzt«, aufgeklärt, aktiviert, ein Impuls gegeben werden. Es kann die Rolle einer Zeugin eingenommen werden, indem die selbstregulatorischen Prozesse des Klienten ohne aktives Eingreifen wahrgenommen werden. Es gibt eine Kooperation im Gewähren lassen.

Die Therapeutin wird nach Initiierung einer Übung oft »nur noch« als Gegenüber im Sinne einer Zeugin einer wohlthuenden Erfahrung gebraucht bzw. sollte in der Lage sein, Freude und Genuss der Klienten zu teilen. Zeuge zu sein und nicht unmittelbar verbalisierte, körperlich ausgedrückte vitale Erlebnisweisen und Gefühle zu teilen, erfordert von der Therapeutin Containment, Fassungsvermögen, Geduld und körperliches Mitwissen/Mitspüren. Die Sprache würde

⁹ So ist die Mit-Bewegung der Therapeutin im Raum z. B. auch ein echtes Hindernis für die Anfertigung exakter Stundenprotokolle in der Ausführlichkeit, wie sie in der psychoanalytischen Literatur vorliegen. Außerdem regt die Mitbewegung tendenziell eher die rechtshemisphärische Verarbeitung des Interaktionsgeschehens an.

¹⁰ In der bioenergetischen Literatur ist das Problem der sexuellen Übertragung bzw. des Berührens ausführlich diskutiert worden. Der Verzicht auf Berührung in der Therapie könne ebenso die Wiederholung traumatischer Erfahrungen bei den Klienten bewirken wie die übergreifende Berührung (Wink-Hilton 2008; Lewis 1996; Klopstech 1996; Clauer/Heinrich 1999).

den Selbstbezug des Klienten möglicherweise zu früh unterbrechen.

An eine Körperpsychotherapeutin werden spezifische Anforderungen gestellt in Bezug auf Präsenz, die Bewusstheit und Sicherheit im Bereich des Körper-Selbst, sowie ihre Kongruenz bzw. Authentizität. Sie steht mehr zur Disposition, weil Inkongruenzen zwischen gesprochenem Wort und non-verbalen Ausdrucksqualitäten noch auf weiteren Ebenen als der auditiven wahrnehmbar werden (Oelmann 2009). Ihre Glaubwürdigkeit hängt sehr von ihrer eigenen Vitalität ab, denn wie sonst sollte sie eine körperorientierte Aktivität überzeugend vorschlagen und umsetzen? Es ist für den therapeutischen Prozess förderlich, wenn sie sich selbst innerhalb und außerhalb der therapeutischen Situation bewegen mag. Es ist eine Voraussetzung, dass die Therapeutin mit ihrer Haltung emotional und körperlich glaubhaft machen kann, dass sie die Affekte ihrer Klienten nicht nur aushalten sondern auch halten kann. Oder aber geerdet, d. h. realistisch genug ist, um im Einzelfall Grenzen zu setzen, wenn es ihr Fassungsvermögen übersteigt. Nur dann hat die therapeutische Beziehung eine erdende Funktion!

Einem medizinischen Modell folgend bestand früher die Aufgabe darin, den Körper des Klienten zu »lesen«, die Charakterstruktur und ihre Abwehrmechanismen im Körper zu begreifen und daraus eine lösende Intervention zu entwickeln (Lowen 1981). Das Beziehungsgeschehen wurde charakteranalytisch betrachtet - oder gar nicht. Wenn diese Aufgabe nicht gelang, führte es uns in die Arbeit an unserer Gegenübertragung im klassischen Sinne - die biografisch orientierte Eigenanalyse. Lowen hat stets davon gesprochen, dass wir unsere Klienten nicht weiter bringen können, als wir selbst in der Einsicht in unsere eigene Geschichte und in der Lösung von eigenen charakterspezifischen Blockierungen gekommen sind (Lowen 1993, S. 8).

Unsere eigenen biografisch bedingten Verwundbarkeiten prägen unsere affekt-motorischen Schemata, gestalten unsere Resonanzfähigkeit selektiv und beeinflussen die Auswahl und den Modus unserer Interventionen. Demzufolge ist das Beziehungsangebot der Therapeutin immer auch ein subjektives - kein objektives, allein vom »Fall« oder der gewählten Methodik bestimmtes. Aus der Sicht der intersubjektiven Psychoanalyse weist Jaenicke auf diesen Aspekt hin, indem er vom »Grad unserer emotionalen Verfügbarkeit für das jeweilige Individuum« spricht und feststellt:

»Nicht jeder Analytiker wird in der Lage sein, mit den Affekten jedes einzelnen Patienten mitzuschwingen. Tatsächlich beurteilen wir die Analysierbarkeit nicht auf der Basis der Pathologie eines Patienten, sondern vielmehr als intersubjektives Phänomen des >Zueinander-Passens< von Patient und Analytiker« (Jaenicke 2006, S. 29).

Ich möchte noch hinzufügen, dass die emotionale Verfügbarkeit der Therapeutin direkt von ihrer körperlichen Schwingungsfähigkeit abhängt.

2.3 Resonanzkörper

Ich verzichte auf eine ausführliche kritische Darstellung der alten und neueren Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung, da dieses den Rahmen meines Beitrages sprengen würde. Wichtig ist mir darauf hinzuweisen, dass sowohl die intersubjektive Psychoanalyse als auch der von mir favorisierte Ansatz der Körperresonanz die Verwendung dieser alten Begriffe fragwürdig erscheinen lassen und die Phänomene im Beziehungsgeschehen, insbesondere die wechselseitige Beeinflussung, unzulänglich erfassen. Wir nutzen in der Kommunikation mit Kollegen häufig (noch) die Begrifflichkeiten, wohl wissend, dass sie konzeptuell vorbelastet sind, ursprünglich an das Couch-Setting und eine monadische Position der Therapeutin gebunden waren - zudem auch pathologisierende Elemente enthalten. Da Setting, Beziehungsangebot und Interventionen sich von den verbalen Therapien unterscheiden, sind direkte Vergleiche und die Bezugnahme auf identische Begrifflichkeiten nicht unproblematisch. Die Therapeutin ist stets auch für den Klienten beobachtbar körperlich präsent und handelnd, aufgrund der Aktivität beeinflussen sich beide gegenseitig im Sinne einer vielfältigen körperlichen *Resonanzsteigerung*, sodass nicht von einem »Übertragungsgeschehen« im alten Sinne gesprochen werden kann.

Auch in der relationalen Psychoanalyse regen sich Zweifel an einem puristischen Konzept von Übertragung und Gegenübertragung, das vielleicht nicht einmal eine Gültigkeit im Couch-Setting oder im Gegenübersitzen aufweist, wenn man sich auf die Ergebnisse aus der neurobiologischen und der Säuglingsforschung zur Affektregulierung zwischen Kind und Eltern bezieht. Die klassischen Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung werden aufgegeben, da es keine von der Therapeutin unabhängigen Übertragungen der Klienten gibt - und insofern auch keine »reinen« Gegenübertragungen im Sinne einer biografisch gefärbten Antwort der Therapeutin auf die Übertragung (Geißler 2009). Beucke (2008) stellt dazu fest, dass die Vorstellung, Übertragung (und Gegenübertragung) könnten sich ohne Kontamination durch den Analytiker entfalten, eine Illusion sei.¹¹

Downing (1996) beschrieb die den Therapieprozess fördernden Aspekte der von ihm so benannten »induzierten Gegenübertragung«. Damit waren die bei der Therapeutin hervorgerufenen Gefühle und Körperreaktionen gemeint, die den Gefühlen des Klienten als Kind (konkordante Gegenübertragung) oder dessen Elternteil (komplementäre Gegenübertragung) entsprechen. Dabei ist die Atmung der Therapeutin der zentrale Schlüssel, um sie wahrzunehmen. Mit diesem Konzept gab es eine für die körperpsychotherapeutische Arbeit wichtige Differenzierung des

¹¹ »Heute ist in der Selbstpsychologie - unter dem Aspekt der Intersubjektivität - unbestritten, dass sich die Behandlungssituation in einem Kontext entwickelt, an dessen Entstehung und Fortentwicklung Patient und Therapeut in jedem Augenblick beteiligt sind« (Beucke 2008, S. 7). Und zur Fixierung auf eine Perspektive: »Kennzeichen einer Neurose [...] wäre demnach eine Fixierung auf eine bestimmte Perspektive, die immer wieder in entsprechenden Interaktionen aktiviert wird. (Anmerkung: Unter diesem Aspekt trüge auch die rigide Einengung des Th. auf die Anwendung >richtiger<, fallbezogener Interventionen statt einer kontextangemessenen Intervention neurotische Züge.)« (Beucke 2008, S. 9)

Konzeptes für die Beschreibung der Phänomene der verkörperten Interaktion, wenn auch die Begrifflichkeit nicht vollständig neu war (Downing 1996; Clauer 2003b; Heinrich-Clauer 1997, 2005, 2008).¹²

Die rechte Hemisphäre unseres Gehirns ist die neurobiologische Basis für Empathie, sodass diese auch als »Kommunikation von rechter zu rechter Gehirnhälfte« bzw. als »Konversation zweier limbischer Systeme« verstanden werden kann (Lewis 2003). Die Spiegelneuronen erklären teilweise etwas von diesen Beobachtungen, nicht jedoch die ganze Komplexität des Beziehungsgeschehens (Bauer 2005).

Die Ergebnisse der neurobiologischen Erforschung der frühen Mutter-Kind Interaktion durch Schore erhellen jedoch das Resonanz-Konzept:

»Den Kontext einer spezifisch angepassten Interaktion zwischen dem Kind und der Mutter hat man als eine Resonanz zwischen zwei Systemen beschrieben, die durch sich entsprechende Eigenschaften aufeinander eingestimmt sind (Sander, 1991). Wenn ein resonierendes System mit einem benachbarten Objekt synchron vibriert, produziert es die größte und am längsten andauernde Resonanz auf das Objekt, die möglich ist. Resonanz bezieht sich auf den Zustand, in dem ein Objekt oder ein System einem oszillierenden Signal ausgesetzt ist, das eine Frequenz besitzt, die der natürlichen Vibration des Objekts oder des Systems und der resultierenden Verstärkung der natürlichen Vibration gleich oder annähernd gleich ist. Mit anderen Worten, zu einer Verstärkung eines Zustandes kommt es besonders dann, wenn die Frequenz äußerer sensorischer Stimulation mit den genetisch-programmierten endogenen Rhythmen des Organismus übereinstimmt. Die Übertragung emotionaler Information wird daher in resonierenden Kontexten intensiviert. Das bedeutet, dass die resonierende Pflegeperson mehr tut als den Zustand des Säuglings widerspiegeln. Insofern sie vielmehr einen Kontext intersubjektiver Resonanz mitschafft, beschreibt man ihre Rolle als >biologischer Spiegel< (Papoušek und Papoušek, 1979) genauer als die eines >verstärkenden Spiegels« (Schore 2005, S. 403).

Tonella erläutert, welche Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient möglich sind:

»Das bedeutet, (1) dass der Psychotherapeut seine eigenen somato-sensorischen Prozesse benutzt, um diejenigen seines Patienten wahrzunehmen; (2) dass der Psychotherapeut psychobiologisch mit seinem Patienten abgestimmt ist und so zum interaktiven Regulator der Regulationsstörungen des Patienten wird. Schore bestätigt, dass ein guter Psychotherapeut imstande sein muss, seine Präsenz mit der des Patienten abzustimmen und sich auf die Kommunikation zu zentrieren, die seinem eigenen Körper entspringt. Diese interaktiven Prozesse sind das eigentliche Fundament der Körperpsychotherapien und der Ausbildung der Bioenergetischen Therapeuten, die lernen, sich der Informationen, die sie vom Körper des Patienten und von ihrem eigenen Körper erhalten, bewusst zu sein« (Tonella 2008b, S. 64).

Dieser körperliche Dialog kann - und sollte auch nicht - vollständig in Sprache übersetzt werden, denn der Therapieprozess würde unendlich verlangsamt werden, die stetige Mentalisierung und Symbolisierung würde keine Arbeit an frühen vorsprachlichen Erfahrungen ermöglichen.

Das Konzept der *Therapeutin als Resonanzkörper* beschäftigt mich aus der phänomenologischen Perspektive seit mehr als zehn Jahren. Es bezieht sich auf die unbewussten körperlichen Resonanzphänomene, die unmittelbar und schnell (innerhalb von Sekunden bis zwei bis drei Minuten) im Kontakt (ohne taktile Berührung) entstehen und zu bewussten Prozessen des Spürens, Fühlens, Denkens und zu komplexen Bildern führen können.

Augenausdruck, Klang der Stimme, Geruch, Körperspannung, Bewegungsabläufe, Haltung, Mimik werden meist unbewusst, schnell und auch ohne direkten Körperkontakt übermittelt.

Zu Beginn einer bioenergetischen Analyse nutze ich diese Diagnostik anstelle des Körperlesens. Im Erstkontakt bitte ich die Patientin, sich in ihrer gewohnten Körperhaltung in den Raum zu stellen und mir zu erlauben, mich auf allen Seiten daneben zu stellen (im Abstand von vielleicht 20-30 cm in vier verschiedenen Positionen - rechts, links, vorne, hinten). Meine sensorischen Empfindungen, Gefühle und Bilder stellen den ersten Schritt ins Nicht-Sprachliche dar und werden den Klienten behutsam mitgeteilt. Diese Form der Diagnostik kann die Möglichkeit einleiten, Unausgesprochenes, Abgespaltenes, Unbewusstes und Nicht-Bewusstes von Seiten der Klienten zu verbalisieren und mich in meiner Art mitzuschwingen zu zeigen. Indem ich mich als Resonanzkörper zur Verfügung stelle, anstatt mit den Augen zu betrachten und zu zergliedern, verlasse ich auch die klassische (beurteilende und zuordnende) bioenergetische Position (Heinrich Clauer 1997, 2008).

Als Resonanzkörper ermöglichen wir die Spannweite der Resonanzphänomen im Kontakt zu Klienten mit der möglichst freien Atmung und Motilität unserer Muskulatur.

Je größer die Amplitude der Atmung, das Ein- und Ausatemungsvolumen, um so eher ist das volle Spektrum des emotionalen Mitschwingens und lebendige Ausdruck möglich. Die Therapeutin nutzt ihren eigenen Atemrhythmus als Indikator für das Ausmaß und die Richtung der Aufmerksamkeit, als Anzeichen für Stockung oder Belebung des Prozesses beim Klienten. Aber auch andere sensorische Wahrnehmungen, wie z. B. Kälte/Wärme, Schwere/Leichtigkeit, Kontraktion/Ausdehnung, usw. geben propriozeptive Anhaltspunkte für das Geschehen in der Interaktion oder im Klienten. Dies setzt Sicherheit in der Körperwahrnehmung der Therapeutin voraus, ebenso wie die Bereitschaft, die Resonanz verbal oder non-verbal zu offenbaren und dem Klienten somit zur Verfügung zu stellen: als Spiegel, als subjektive Antwort zur Resonanzsteigerung, als Aufforderung zur Erkundung von veränderten Bewegungen und Haltungen oder im Sinne eines emotionalen Halterahmens. So betrachtet kann mein Seufzen und Ausatmen - begleitet von einem weichen

¹² Das Konzept der »projektiven Identifikation« dagegen beinhaltet eine pathologische Perspektive auf die Klienten, da vermutet wird, dass abgewehrte negative Aspekte auf die Therapeutin projiziert werden, die dieser dann ausagiert.

verständnisvollen Blick - bereits die Antwort auf die Schmerzlichkeit einer Erfahrung des Klienten sein, ohne dass ich etwas sage.

Als Therapeutin benötige ich Erdung (Realitätskontakt), Abgrenzungsfähigkeit und viel emotionale Haltekraft (Containment) für die den Klienten nicht bewussten, nicht aushaltbaren Gefühle, vergleichbar einem Resonanzkörper mit lebendiger und beweglicher Außenhülle/Membran.¹³ Die Abgrenzungsfähigkeit hängt - außer von der Wahrnehmung eigener Kraft - wesentlich von der Fähigkeit zur tiefen Atmung ab. Je mehr inneren Raum ich mir durch die Fülle der Einatmung geben kann, desto mehr Spannkraft und Aufrichtung in der Wirbelsäule zeigt mein Körper. Desto deutlicher wird meinem Gegenüber der Personenraum und die Grenze des Kontaktes über Haltung, Stimme und Augenausdruck gezeigt. Die Tonisierung bewirkt, dass ich ausstrahle, von mir in dem Moment überzeugt zu sein und mir selbst Raum gebe. Das nimmt mein Gegenüber ohne Worte wahr, und es wirkt auf mich selbst. Mein Gegenüber hat weniger Chancen, emotional in mich einzudringen.

Das Betonen der Atmung und der Einsatz von Atemtechniken ist ein wichtiges Instrumentarium (Element) in jeder Körperpsychotherapie. Leider nicht häufig genug angewendet auf die Atmung des Therapeuten! (Bei Freud finden wir keinen Hinweis auf die Atmung.)

3. Resonanz und Aktivierung der verkörperten Beziehung in einem Gesprächsetting (Supervision)

3.1 Beispiel: Körperorientierte Supervision

Frau G., eine Kollegin, die sich in der tiefenpsychologischen Fortbildung für die Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin befindet, meldet sich zur Probesupervision. Sie habe eine Gestalttherapie-Ausbildung und sei an einer körperorientierten Supervision interessiert. Ich staune bei der Anmeldung über ihren fundierten beruflichen Hintergrund.

In der ersten Stunde stellt die Kollegin eine Patientin vor, bei der sie nicht wisse, ob sie diese überhaupt in Therapie nehmen solle, weil diese eine fragliche Motivation zeige, denn sie sei vom Arzt geschickt worden und habe ein Rentenbegehren. Ihre Patientin müsse »ja um die Rente fürchten«, wenn sie durch die Psychotherapie gesund werde.

Ich lasse mir von ihr den Verlauf der ersten Stunden, die Symptomatik, den biografischen Hintergrund dieser Patientin schildern. Frau G. sitzt beim Erzählen vorne über gebeugt, den Kopf zwischen die Schultern gezogen, spricht schnell und schaut auf ihre Aufzeichnungen. Sie wirkt auf mich körperlich unsicher zusammengehalten, etwas geduckt, jedoch verbal sehr zielstrebig und gewandt.

Meine Wahrnehmung wird durch ihre Kopfhaltung, die ihres Oberkörpers, die Eile des Sprechens, unseren stets durch Nachblättern im Heft unterbrochenen Augenkontakt, das kurze von unten zu mir Hochschauen, beeinflusst - ich habe den Gesamt-Eindruck von Unsicherheit. Das erstaunt mich und bindet mein Interesse umso mehr.

Während Frau G. über ihre Patientin spricht, werde ich besonders von ihrem Gesichtsausdruck und ihrer Stimme beeinflusst. Obwohl sie mir - rein auf den Fall bezogen - das Beziehungsangebot ihrer Patientin vorstellt und sich mit deren Problemlage beschäftigt, nehme ich einen Widerwillen in ihrem mimischen, gestischen, posturalen und stimmlichen Ausdruck zu einem Zeitpunkt wahr, ah Frau G. noch keine Worte dazu findet, was ihre Gefühle gegenüber der Patientin sind.

Frau G. zieht die Mundwinkel herab, wie wenn sie in etwas Saures oder Bitteres gebissen hätte. Sie seufzt und stöhnt mehrere Male, als sei sie mit einer unlösbaren Aufgabe beschäftigt, deren Lösungsschritte ihr von Anbeginn arg vereitelt würden. Ihre Stimme klingt belastet und klagend. Während sie erzählt, hält sie mehrere Male inne und guckt kurze Momente fragend und Hilfe suchend zu mir.

Mimik, Stimmqualität, Körperhaltung und Energieniveau von Frau G. signalisieren mir nun eine Unlust sowie den Wunsch nach Unterstützung.

Ich bemerke, dass mir beim Zuhören und Hinspüren das Atmen schwer fällt vor allem die Einatmung nicht mehr tief genug geschieht. Ich mag nichts auf nehmen und empfinde Druck hinter meinem Brustbein. Die Supervision beginnt mich anzustrengen, alle Anregung und jedes Interesse weicht aus mir. Auch ich erlebe mich körperlich und in meiner Stimmung, als würde ich vor einer unlösbaren Aufgabe sitzen.

Diesen empathisch geteilten Zustand bezeichne ich als Resonanz und meine Reaktion darauf noch nicht als »Deutung« im klassischen Sinne, da es sich um jene non-verbalen Ausdrucksphänomene handelt, die auch im nicht-klinischen Kontext zum impliziten Wissen von Kommunikationspartnern gehören und unabhängig von pathologisierenden Konzepten (z. B. charakteranalytischen) im Alltagskontakt wahrgenommen und benannt werden könnten. Diese Eigenwahrnehmungen stellen die Grundlage dafür dar, dass und wie ich mich mit Frau G. in Beziehung setze. Ausgehend von der subjektiven körperlichen Bezogenheit zur Supervisorin, verbleibe ich in der angefragten Expertenrolle, indem ich mich in meinen Fragen und Mitteilungen auf ihre innere Welt zu ihrer Patientin beziehe - und nicht schon unserer beider gerade begonnene

¹³ Wenn dieses Halten zu sehr den Charakter von »Aushalten« bekommt, zu wenig Atmung und Pulsation vorhanden sind, so ist dies meiner Meinung nach tendenziell schädigend für Seele und Körper der Therapeutin (Gefahr der Sekundär-Traumatisierung, des Burn-Out) - und auch natürlich schädlich für den Therapieprozess und somit den Klienten (Heinrich-Clauer 2005).

Beziehung thematisiere: Ich frage nicht, ob die Signale der Unlust sich auf mich als Supervisorin beziehen, ob sie bereits mir gegenüber eine Abwehrhaltung eingenommen hat, die ihre Körperhaltung und ihren Gesichtsausdruck derart beeinflusst haben? (Es hätte eine Ad-hoc-Inszenierung einer Mutter-Tochter-Beziehungskonstellation sein können.) Es gab zu dem Zeitpunkt noch keine Beziehungsgeschichte zwischen uns beiden. Eine interpersonelle Deutung hätte Frau G. von ihrer Selbstaufmerksamkeit abgelenkt.

Ich »übersetze« meine Körperempfindungen und die Wahrnehmung ihres nonverbalen Ausdrucks in eine Hypothese und frage, ob Frau G. überhaupt schon einmal daran gedacht hätte, dass sie mit dieser Patientin vielleicht gar nicht arbeiten wolle? Ich schildere ihr, woran meine Aufmerksamkeit während ihrer kurzen Falldarstellung gebunden war und wie ich ihr Gesicht wahrgenommen habe - den Widerwillen um den Mund, die fragenden Augen.

Dabei verwende ich eine vorsichtige sprachliche Formulierung:

»Wenn ich Ihnen zuhören und dabei darauf achte, wie Sie mir den Fall schildern, erlebe ich dass mir beim Zuhören und Hinspüren das Atmen schwer fällt, vor allem die Einatmung nicht mehr tief genug geschieht. Ich mag nichts aufnehmen und empfinde Druck hinter meinem Brustbein. Auch ich erlebe mich körperlich und in meiner Stimmung, als würde ich vor einer unlösbaren Aufgabe sitzen. Und dabei fällt mir auf, dass Ihre Mundwinkel sich beim Erzählen über Ihre Patientin nach unten bewegt haben, Ihre Stimme klagend und genervt klang und Ihre Augen meinen Blick unsicher fragend gesucht haben.

Ich vermittele ihr auch mein Körperempfinden, das mir in erster Linie ein Unlustgefühl und Anstrengung angesichts dieser bevorstehenden therapeutischen Beziehung zwischen ihr und ihrer Patientin anzeigte.

Hier gehe ich direktiv vor und setze voraus, dass unser Arbeitsbündnis bereits mit ihrer ausdrücklichen Anfrage nach körperorientierter Supervision gegeben war. Ich gehe davon aus, dass ich dieses Feedback nicht urteilend, entwertend, beschämend oder streng geäußert habe. Meinen eigenen Gesichts- und Augenausdruck kann ich natürlich nicht wiedergeben. Meine Stimme habe ich vorsichtig und weich in Erinnerung.

Sie schaut auf, lächelt erstaunt, wirkt erleichtert angesichts dieser Erlaubnis für ihr Unlustgefühl der Patientin gegenüber. Nein, das habe sie »noch nicht gewagt«. Aber sie wird unmittelbar lebendiger im Erzählen und fragt nun nach fachlichen Argumenten für so eine Perspektive. Sie geht aus dieser ersten Stunde mit der Absicht, die Zusammenarbeit mit dieser Patientin für sich zu prüfen.

In der darauffolgenden Stunde eröffnet sie mir, dass sie in der Zwischenzeit lange überlegt habe, ob sie die Supervision bei mir überhaupt machen wolle, weil ich ja körperorientiert arbeite und sie gemerkt habe, »wie viel da ins Spiel« komme. Sie erzählt mir, dass es für sie Angst auslösend gewesen sei, als ich ihr Gesicht angesprochen hätte. »Plötzlich erschien alles in einem ganz hellen Licht. Mein Gesicht war ungeschützt.« Diese Erfahrung habe große Zweifel und Ambivalenzen mir gegenüber in ihr ausgelöst.

Ich bin von dem Ausmaß des Zweifels nach dem Verlauf der vorigen Stunde überrascht und fühle mich auf Antrieb wie eine zudringliche und verletzende Person (komplementäre Gegenübertragung im Sinne einer Täterin), die unab-sichtlich zwar, ihr aber dennoch deutlich zu nahe getreten war. In mir gibt es dafür keine bewusste Erinnerung an die Zudringlichkeit in der Situation der Probe-Supervision, aber nun eine Art beschämter Betroffenheit, die sich sicherlich in meinem Gesicht und meiner Stimme abzeichnet. Ich beginne jedoch kein Gespräch über die Scham. Ein Anflug von ärgerlicher Abwehr gegen die Täter-Übertragung taucht auf, indem ich denke, aber sie hat doch so viel Vorerfahrung mit Gestalttherapie? Was hat sie denn da gelernt, wenn so etwas Einfaches wie Gestik und Mimik nicht angesprochen werden darf? Ich fühle mich meiner Arbeitsmöglichkeiten beraubt und auch kontrolliert (Opfer-Gefühl im Sinne einer komplementären Gegenübertragung). Wie sollen wir gemeinsam bioenergetische Perspektiven für den Umgang mit Patienten erarbeiten? Dieser Dialog zwischen meinen verschiedenen inneren Positionen findet kurz statt, und ich entscheide, dass er wohl mit meinem Wunsch nach Bejahung meiner Kompetenz zu tun hat und nicht zu der in dem Moment subjektiv erlebten Realität von Frau G. gehört, da diese sich nicht abwertend zeigt sondern mehr Blickkontakt als in der ersten Stunde wagt. Damit kann ich ihr wieder waches Interesse entgegen bringen.

Körperliche Ausdrucksmerkmale direkt anzusprechen kann (muss aber nicht) intensive Gefühle der Scham und des »Bewertet-Werdens« auslösen. Die Situation führt bei mir zu einer ausführlichen Selbst-Exploration. Ich entscheide mich, einen Teil davon nicht zu offenbaren sowie die damit verbundenen Gefühle zu halten. Meine folgende Frage richtet die Aufmerksamkeit auf ihre Person bzw. ihre Geschichte.

Ich frage sie, ob sie schlechte Erfahrungen mit der Wahrnehmung ihres Gesichtes habe bzw. mit Bemerkungen von anderen Personen darüber? Sie erinnert sofort, dass ihr Vater im betrunkenen Zustand abwertende und gehässige Bemerkungen gemacht habe: »Guck nicht wie ein feiger Hund!« Wenn sie sich der Situation entziehen wollte, habe er gesagt: »Jetzt klemmst Du den Schwanz ein!« Es sei nach der Trennung ihrer Eltern gewesen, als sie 13 Jahre alt war, allein mit ihrem Vater. Es habe keinen Schutz durch ihre Mutter gegeben, da diese abwesend war. Und auch wenn diese dabei gewesen wäre, hätte sie wohl nicht eingegriffen.

Hier wird der Inhalt ihrer Angst deutlich: ich könnte abwertend, gehässig wie der Vater sein oder aber als Mutter nicht genügend Beistand leisten. Da sie aber wieder gekommen ist und die Klärung mit mir sucht, scheint unsere Beziehung sich als tragfähig abzuzeichnen.

Meine emotionale Reaktion ist nun deutlich gefärbt von meiner Vorstellung eines 13-jährigen Mädchens, das sich mit einer derart entwertenden Äußerung über ihre Haltung und ihr Gesicht ohne mütterlichen Beistand konfrontiert sieht und noch nicht einmal der Situation entfliehen darf, ohne dafür noch beleidigt zu werden: Die Wehrlosigkeit, die Scham, das Verlassenheitsgefühl, die versteckte Wut, die unerfüllte Sehnsucht nach Bestätigung des Äußeren bei einer Jugendlichen, wie auch der Wunsch nach einem Glanz im Auge des Vaters- der Versuch, nichts zu fühlen und sich körperlich zusammen zu ziehen und zu ducken, das Gesicht zu verstecken.

Ich teile Frau G. meine assoziierten Bilder mit und spiegle ihr meine damit verbundenen Gefühle, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass sie damals sicherlich einen Beistand ihrer Mutter gegen den verbal feindseligen alkoholisierten Vater benötigt hätte. Sie reagiert mit Tränen in den Augen und wagt längeren Blickkontakt zu mir. Ihre Atmung vertieft sich, nachdem sie seufzen konnte. Sie sagt, sie habe heute noch Schwierigkeiten, ihrer Wahrnehmung zu vertrauen und Grenzen zu setzen. »Darf ich einen Klienten ablehnen und wegschicken?« Selten könne sie sich selber sagen: »ja, ich sehe es richtig.

Mein Interesse für die Geschichte ihres Gesichtes - ihrer ganz besonderen Verletzlichkeit, wenn jemand sie auf ihren

Gesichtsausdruck anspricht -, das ich mit einer deutlichen emotionalen Betroffenheit und Einfühlung in die Situation der 13-jährigen äußere, bringt eine Wende in unseren Kontakt. Frau G. entscheidet sich am Ende der zweiten Supervisionsstunde erleichtert lächelnd für die weitere Supervision.

Diese Kette von Bildern und Vorstellungen entfaltete sich in mir und könnte sowohl als konkordante (induzierte) Gegenübertragung betrachtet werden, als auch - in der emotionalen Ausgestaltung der Bilder - als eine mit meinen eigenen biografischen Erfahrungen gemischte »klassische« Gegenübertragung, (wie es sich anfühlt, vom Vater abgewertet zu werden). Gleichzeitig entwickelt sich eine komplementäre Gegenübertragung, indem ich mich ihr gegenüber - innerlich und in meiner offen gezeigten Haltung - zunehmend mütterlich-unterstützend fühle. Dadurch stoße ich eine korrigierende emotionale Erfahrung an. Auch diese unterstützende Haltung ist sicherlich nicht frei von meinen eigenen Wünschen, als Jugendliche mütterlichen Beistand in einer ähnlichen Weise vergeblich gewünscht zu haben.

Im Nachhinein verstand ich, warum ich - halb bewusst - erstaunt auf die Inkongruenz zwischen ihrer körperlichen Ausstrahlung (gebeugt, etwas hastig, wenig direkter Augenkontakt, leicht unterwürfig wirkend) und ihrer schriftlich vorweg angekündigten professionellen Kompetenz reagiert hatte. Ich konnte es in der ersten Stunde nicht einordnen. Nun sah ich es auf dem Hintergrund ihrer Biografie. Und die intensive Berührung und Rührung von beiden Seiten sowie die anschließend mögliche kognitive und emotionale Klärung der Körper- und szenischen Erinnerungen hinterließen in mir ein fürsorgliches Gefühl, das auch meine Entscheidung für unsere gemeinsame Supervisionsarbeit trägt.

Inzwischen haben wir zehn Stunden Supervision durchgeführt. In dem laufenden Prozess hat Frau G. mir einige Therapiesituationen geschildert, in denen sie mit Beschämung und Entwertung durch Patienten konfrontiert wurde. Und sie hat ihre Verletzlichkeit und mangelnde Fähigkeit, sich unmittelbar zu schützen, thematisiert. Sie ist dankbar dafür, dass dieser biografische Hintergrund deutlich und der Bearbeitung zugänglich werden konnte. Zukünftig können kooperative und aktive bioenergetische Möglichkeiten erkundet werden, vorausgesetzt die Supervisandin wünscht dies (z. B. im Hinblick auf Abgrenzungsfähigkeiten).

Ich wurde als Expertin für körperorientierte Psychotherapie angefragt und klärte das mitgebrachte Material der Supervisandin in der ersten Stunde aus dieser beobachtenden, diagnostischen Experten-Perspektive mit Blick auf die Interaktion zwischen ihr und ihrer Patientin. Die emotionale Qualität dieser Interaktion erschloss sich mir aus der Art, wie ich von Frau G.s Darstellung des Falles berührt wurde. Indem ich meine verkörperte Resonanz auf Frau G. und ihre Patientin für den beginnenden Supervisionsprozess zur Verfügung stellte, förderte ich gleichzeitig eine mutuelle Beziehungskonstellation - einen relationalen Kontext. Die asymmetrische Situation Supervision, der Fokus auf non-verbale Aspekte der Interaktion während der ersten Fallschilderung, meine verbale Enthüllung dieser Wahrnehmungen, lösten bei ihr Körpererinnerungen, Angst und Scham aus, die in szenische Erinnerungen an ein bedeutsames und schmerzliches Thema ihrer Jugend führten. Sie blieben während der Probe-Supervision als geschichtliches Material unbewusst, wurden später aber sehr deutlich erlebt und mir in der folgenden Stunde mitgeteilt. Damit berührte Frau G. wiederum mich. Es war zu einer intensiven Begegnung gekommen.

Mich berühren zu lassen und meine eigenen Körperreaktionen und Bilder zur Verfügung zu stellen, bedeutet auch, eine Beziehung zu beginnen, in der ich zukünftig direkt »zurück« berührt werden kann und geteilte Gegenwart als Beziehungsdiallog beginnen kann.

In der ersten Supervisionsstunde offenbare ich viel von meiner *Resonanz auf Frau G. mit ihrer Patientin* - und nutze diese zur Fall bezogenen Klärung. In der zweiten Stunde führe ich einen ausführlichen inneren Dialog bezüglich *meiner Reaktionen auf Frau G.* Um die unterstützend-mütterliche Haltung beibehalten zu können, offenbare ich diese vorerst nicht. Mir schien die Supervisions-Beziehung noch nicht tragfähig genug zu sein (bzw. zu unterscheiden von der therapeutischen Beziehung), um eine forschende Untersuchung darüber zu beginnen, wie wir uns gegenseitig wahrnehmen. (Eine Intervention, die ansonsten durchaus üblich ist im Rahmen einer bioenergetischen Therapie oder Supervision.) Diese Art, sich als Resonanzkörper für den Supervisionsfall und die Supervisandin zur Verfügung zu stellen, unterscheidet sich von einer abstinenter, technisch auf den Fall zentrierten Arbeitsweise.

Die Thematik, die angerührt wurde - und von ihr in der zweiten Stunde offenbart-, hat einen traumatischen Hintergrund. Demzufolge ging es mir darum, als innere Haltung die Position einer unterstützenden Mutter zu finden, um einen wohlwollenden Supervisionsrahmen anzubieten (eine Entscheidung, die ich in der Situation nicht bewusst, sondern intuitiv getroffen habe und erst im Nachhinein reflektieren kann).

Meine innere Entscheidung, mit Frau G. in der ersten Stunde nach für sie entlastenden und unterstützenden Interventionen bezüglich ihrer anstrengenden Patientin zu suchen, hat mich möglicherweise auf den Weg gebracht, mich als »Mutter« einzubringen, die meint, ihrer jugendlichen Tochter, den »Schubs« für eine Entscheidung geben zu müssen.

»Wir bezweifeln zwar, dass der Gewinn von Einsicht an sich bereits therapeutisch hilfreich ist [...], dass [aber] die Formulierung zutreffender Erklärungen (Deutungen) für den Patienten eine wichtige *Selbstobjekt-Erfahrung* darstellen kann. Insoweit diese Deutungen für das Kind im Patienten Bedeutung und Kohärenz erzeugen, erfüllen sie eine ähnliche Funktion wie die Mutter, wenn sie Erfahrung >benennt< und auf das angeborene Organisationsbedürfnis und -bestreben des Kindes eingeht« (Bacal/Newman 1994, S. 316).

Wenn die therapeutische Funktion aber einzig darin gesehen werde, kontinuierliches und empathisches Verständnis zu zeigen und dieses in Worte zu fassen, werde der Patient sich nicht immer verstanden fühlen. »Der Patient kann diese Haltung sogar so erleben, als ob seine eigenen Wahrnehmungen für ungültig erklärt würden« (ebenda, S. 316).

Kritisch könnte man fragen, ob Frau G. sich durchschaut fühlte und keine Möglichkeit hatte, ihre Unlust selbst und im eigenen Tempo zu entdecken? Mein Vorgehen wäre dann zu schnell, aus der Expertenposition heraus handelnd und evtl. dadurch erschreckend oder beschämend gewesen.

3.2 Diskussion des Handlungsmodells

Im Folgenden beziehe ich mich in der Diskussion meines Vorgehens in den ersten beiden Supervisionsstunden auf die Modelle therapeutischen Handelns nach Martha Stark (Martha Stark 1999; Klopstech 2002, 2005, 2008).

Sie unterscheidet zwischen der Art, wie wir zuhören (»therapists listening stance«), und der Art, wie wir intervenieren (»therapists intervening stance«). Demnach könne es durchaus möglich sein, dass die Therapeutin zwar (im Sinne der Ein-Personen-Psychologie) das Ziel hat, dem Klienten etwas bewusst zu machen, was er vor Kurzem noch nicht von sich selbst wusste, die Art, wie sie die der Interpretation zugrundeliegenden Informationen gewonnen hat, kann jedoch durchaus aus einer relationalen Position heraus geschehen sein, in welcher sie ihren eigenen inneren Reaktionen auf den Klienten stetige Aufmerksamkeit gewidmet habe. Dass diese Resonanz subjektiv »kontaminiert« ist, versteht sich von selbst. Stark spricht anhand eines Beispiels von einer ein-personen-psychologischen Intervention, die von einer zwei-personen-psychologischen therapeutischen Haltung des Zuhörens inspiriert sei (Stark 1999, S. 159).

Meine innere Haltung und deren Mitteilung an die Supervisorin basiert auf einem relationalen Modell, die angewendeten Interventionen könnten dagegen als »Ein-Personen-Psychologie« bezeichnet werden, weil sie vorerst auf die Supervisorin konzentriert bleiben. Ich sage hier absichtlich »könnten« so bezeichnet werden, weil ich in meiner inneren Haltung bereits in Beziehung getreten war und auch die Resonanz offenbare und nicht als Störfaktor sondern als Wirkfaktor nutze. Die Beziehung erhält dadurch zwar authentischen Charakter, beruht aber zu dem Zeitpunkt noch nicht auf einer Gegenseitigkeit und Wechselseitigkeit, wie sie in der Zwei-Personen-Psychologie angestrebt wird. In der Intervention, eine Erlaubnis für eine bislang nicht gewagte Abgrenzung zu entwickeln, bewege ich mich in der Rolle der guten Mutter, die der Tochter Unterstützung für ihr »Nein« bietet, damit wird eine korrektive emotionale Erfahrung im selbstpsychologischen Sinne oder im Sinne der Bindungstheorie Bowlby's angeregt.

Insofern entspricht mein Vorgehen einem »Mischmodell« im Sinne der Unterscheidung therapeutischer Modalitäten nach Martha Stark. »Die Modelle therapeutischen Handelns schließen sich deshalb nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen einander« (Klopstech 2002, S. 64). Das intensive und potenziell konfrontierende Engagement in der therapeutischen Beziehung, das Modell 3 verlangt, kann zu einem bestimmten Zeitpunkt genau die richtige Methode für eine Patientin sein. Dann wiederum gibt es Patientinnen, die erst eine beträchtliche Zeitspanne mit Modell 1 verbringen müssen, um mit den Lebensenergien, die in ihrem Körper stecken, vertraut zu werden und »die Beziehung des Körpers zu sich selbst wieder herzustellen« (ebenda 2002, S. 72).

Für den hier geschilderten Beginn einer Supervisions-Beziehung mit körperorientierter Arbeit bedeutet dies, die Ebene der wechselseitigen und konfrontierenden Arbeit im Sinne eines Beziehungsdialoges erst dann beginnen zu können, wenn es dafür einen Boden in der Beziehung und auch im Kontakt der Supervisorin zu sich selbst gibt. Es handelt sich um eine Gratwanderung zwischen körperorientierter fallbezogener Supervisionsarbeit, Beginn unserer geteilten körperlichen Gegenwart (Resonanz und Kooperation) sowie die Bezugnahme auf das biografische Material der Supervisorin. Dieser Prozess geschieht auf dem Hintergrund meiner eigenen Schwingungsfähigkeit. Einer anderen Person wäre ja vielleicht gar nicht so sehr die Unlust in ihrem Gesicht aufgefallen?

4. Fazit für die Praxis

Die Therapeutin/Supervisorin nutzt die Resonanz ihres Körpers, indem sie sich auf ihre eigene Atmung zentriert und sich somit auf den Klienten/Supervisanden „einstimmt“. Das Begreifen des Prozesses geschieht über Bewusstwerdung der Informationen, welche sie im Hier und Jetzt der Begegnung von ihrem Körper und dem Körper des Klienten/Supervisanden erhält. Die daraus folgenden Interventionen können sprachlich und/oder non-verbal sowohl haltend als auch aktivierend und kooperierend sein und erweitern die therapeutischen Möglichkeiten um den Zugang zu den impliziten Prozessen.

Literatur

- Bacal, H. A., Newman K. M. (1994): Objektbeziehungstheorien - Brücken zur Selbstpsychologie. Frommann-Holzboog (Stuttgart).
- Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hoffmann & Campe (Hamburg).
- Bauer, J. (2007): Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Hoffmann & Campe (Hamburg).
- Berceli, D. (2007): Körperübungen für die Traumaheilung. Norddeutsches Institut für Bioenergetische Analyse, Selbstdruck (Elsfleth).
- Beucke, H. (2008): Intersubjektivität. Die Dekonstruktion der Perspektiven von Patient und Therapeut. Forum Psychoanal 24/1, S. 3-15.
- Buti Zaccagnini, G. (2008): Affektive Beziehungen und Körperprozesse. In: Heinrich Clauer, V. (Hg.), Handbuch Bioenergetische Analyse, Psychosozial (Gießen), S. 151-160.
- Clauer, J. (2003): Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung: Eine Psychotherapie mit Leib und Seele. Psychother Forum 11: S.92-100.
- Clauer, J. (2008): Verkörpertes (leiblich-seelisches) Begreifen: Die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in der Bioenergetischen Analyse. In: Heinrich-Clauer, V. (Hg.), Handbuch Bioenergetische Analyse. Psychosozial (Gießen), S. 383-409.
- Cockburn, G. (2008): Standing on Both Legs: A Bioenergetic Perspective on the Family, Gender Roles and the Development of the Self in the 21st Century, Bioenergetic Analysis, 18, S. 11-26.

- Conger, J. (2001): The Body of Shame: Character and Play. *Bioenergetic Analysis* 12(1), S. 71-85.
- De Clerck, V. (2008): Körper, Beziehung und Übertragung: Die drei Dimensionen der Bioenergetischen Analyse. In: Heinrich-Clauer, V. (Hg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse. Psychosozial* (Gießen), S.179-203.
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel (München) Downing, G. (2008) Vortrag auf der Konferenz der EABP in Paris Nov. 2008 (Mitschrift des Vortrages).
- Ehrensperger, Th. (Hg.)(1996): Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum GroundingKonzept. Schwabe (Basel).
- Finlay, D. (1999): A Relational Approach to Bioenergetics. *Bioenergetic Analysis* 10 (2),35-52.
- Geißler, P. (1995): Körperinterventionen und Beziehung, *Forum Bioenerget. Analyse* 1/95, S. 7-29.
- Geißler, P. (2006): Körperpsychotherapie im Überblick: Historische Wurzeln und gegenwärtige Entwicklungen. *Psychotherapie im Dialog* PID, 2, 7.Jg., S. 119-125.
- Geißler, P., Heisterkamp, G., (Hg.) (2007): Psychoanalyse der Lebens-bewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch. Springer (Wien).
- Geißler, P. (2009): Analytische Körperpsychotherapie. Eine Bestandsaufnahme. *Psychosozial* (Gießen).
- Heinrich, V. (1997): Körperliche Phänomene der Gegenübertragung. *Therapeuten als Resonanzkörper. Welche Saiten kommen in Schwingung?* *Forum Bioenerget Analyse*, 1/97, S. 32-41.
- Heinrich-Clauer, V. (2005): Selbstfürsorge für Psychotherapeuten. Eine körperpsychotherapeutische Perspektive zu einem vernachlässigten Thema. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 5(4), S. 172-181.
- Heinrich-Clauer, V., Clauer, j. (2006): Paararbeit in der Bioenergetischen Analyse. *PID Psychotherapie im Dialog*, 2, 7.Jg., S. 169-173.
- Heinrich-Clauer, V. (Hg.)(2008): *Handbuch Bioenergetische Analyse. Psychosozial* (Gießen).
- Helfaer, P. (2008): Scham im Zusammenhang mit Sexualität und Selbst-Achtung. In: Heinrich-Clauer, V. (Hg), *Handbuch Bioenergetische Analyse, Psychosozial* (Gießen), S. 129-149.
- Hilton, R. (2003): The Importance of Relationship in Bioenergetic Analysis. *Europ.J. of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy* 1(1), S. 32-45.
- Jaenicke, Ch. (2006): Das Risiko der Verbundenheit - Intersubjektivitätstheorie in der Praxis. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Klopstech, A. (1996): Das Trauma sexuellen Mißbrauchs: Wo Berührung misshandelt hat und wie Berührung heilen kann. *Forum Bioenerget Analyse* 2/96, S. 1-13.
- Klopstech, A. (2000): The Bioenergetic Use of a Psychoanalytic Conception of Cure. *Bioenergetic Analysis* 11(1), S. 43-54.
- Klopstech, A. (2002a): Psychoanalyse und körperorientierte Psychotherapie im Dialog. In: Koemeda-Lutz, M. (Hg.), *Körperpsychotherapie - Bioenergetische Konzepte im Wandel*, Schwabe (Basel), S. 49-60.
- Klopstech, A. (2002b): Modelle therapeutischen Handelns: der psychoanalytische und der bioenergetische Weg. In: Koemeda-Lutz, M. (Hg.), *Körperpsychotherapie - Bioenergetische Konzepte im Wandel*, Schwabe (Basel), S. 61-74.
- Klopstech, A. (2004): Im Kontext autonomer und interaktiver Selbstregulation: Katharsis im neuen Kleid. In: Geissler, P. (Hg.): Was ist Selbstregulation? Eine Standortbestimmung. *Psychosozial* (Giessen), S. 95-119.
- Klopstech, A. (2005): Stellen die Neurowissenschaften die Psychotherapie vom Kopf auf die Füße? Neurowissenschaftliche Überlegungen zu klassischen Konzepten der (Körper-)Psychotherapie. *Psychoanalyse & Körper*, 4. Jg., 11, 7, S. 69-108.
- Klopstech, A. (2008): Bioenergetic Analysis and Contemporary Psychotherapy: Further Considerations. *Bioenergetic Analysis*, 18, S. 114-136.
- Knoblauch, St. (2006): Analytic Impasse and The Third: Clinical Implications of Intersubjectivity Theory, Author: Lewis Aron, IARPP-Colloquium Serien: No. 9, 10/30/06 to 11/19/06.
- Koemeda-Lutz, M. (Hg.) (2002): *Körperpsychotherapie - Bioenergetische Konzepte im Wandel*, Schwabe (Basel).
- Koemeda-Lutz, M. (2008): Die relative Bedeutung von Kognition, Affekt und Motorik im psychotherapeutischen Prozess. In: Heinrich-Clauer, V. (Hg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse, Psychosozial* (Gießen), S. 489-510.
- Lewis, R. (1986): Getting the Head to Really Sit an One's Shoulders-A First Step in Grounding the False Self. *Bioenergetic Analysis* 2: S. 56-77.
- Lewis, R. (2001): Projective Identification Revisited: Listening with the limbic system. Unpublished presentation at Mt. Sinai, New York. University Medical System Psychotherapy Conference.
- Lewis, R. (2005): The Anatomy of Empathy, *Bioenergetic Analysis* 15, S. 9-31. Lewis, R. (2008): Der Cephalo Schock als somatische Grundlage für ein Falsches Selbst. In: Heinrich-Clauer, V. (Hg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse. Psychosozial* (Gießen), S. 113-128.
- Lowen, A. (1981): *Körperausdruck und Persönlichkeit: Grundlagen und Praxis der Bioenergetik*. Kösel (München).
- Lowen, A. (1993): *Freude. Die Hingabe an den Körper und das Leben*. Kösel (München).
- Lowen, A. (1996): *Erdung*. In: Ehrensperger, Th. (Hg), *Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept*. Schwabe (Basel), S. 11-17.
- Lowen, A., Lowen, L. (2003): *The Way to Vibrant Health. A Manual of Bioenergetic Exercises*. Bioenergetics Press (Alachua, Fl.).
- Marlock G., Weiss, H. (Hg.) (2006): *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer (Stuttgart).
- Moberg, K. (2003): *The Oxytocin Factor. Tapping the hormone of calm, love and healing*. Da Capo Press (Cambridge,MA).
- Moser, T. (2001): *Berührung auf der Couch. Formen der analytischen Körperpsychotherapie*. Suhrkamp (Frankfurt).
- Oelmann, K. (2003): Energie-Affekt-Beziehung. *Bioenergetische Analyse heute - oder: Von hemmender Angst zu haltendem Vertrauen*. *Forum Bioenerget Analyse* 2/2003, S. 17-31.
- Oelmann, K. (2004): Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse über Primäraffekte und ihre Bedeutung für die Bioenergetische Analyse, *Forum Bioenerget Analyse* 1/2004, S. 79-92.
- Pechtl, W. (1980): Die Therapeutische Beziehung und die Rolle des Therapeuten in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold, H. (Hg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Jungfermann (Paderborn), S. 189-210.
- Petzold, H. (Hg.)(1980): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Jungfermann (Paderborn).
- Reis, B. (2006): Analytic Irrpasse and The Third: Clinical Implications of Intersubjectivity Theory, Author: Lewis Aron, IARPP-Colloquium Series: No. 9, 10/30/06 to 11/19/06.

- Schindler, P. (1996): Woher wir kommen - wohin wir gehen: Zur Geschichte und Entwicklung der Bioenergetischen Analyse, In: Ehrensperger, Th. (Hg.), Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept. Schwabe (Basel), S. 19-39.
- Schore, A. N. (2003): Affect regulation and the repair of the self. Norton & Co. (New York).
- Schore, A.N. (2005): Erkenntnisfortschritte in Neuropsychoanalyse, Bindungstheorie und Traumaforschung: Implikationen für die Selbstpsychologie. Selbstpsychologie 6:S.395-446.
- Stark, M. (1999): Modes of Therapeutic Action: Enhancement of Knowledge, Provision of Experience, And Engagement in Relationship. Jason Aronson (Northvale, New Jersey).
- Steckel, H. (2006): Dynamisches Grounding - Containment und Selbstausdruck. Forum Bioenerg. Analyse 1/2006, S. 34-48.
- Steinmann, H. (2002): Bioenergetische Methoden und Techniken. In: Koemeda-Lutz, M. (Hg.), Körperpsychotherapie - Bioenergetische Konzepte im Wandel, Schwabe (Basel), S. 289-315.
- Stern, D.N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta (Stuttgart)
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., Tschacher, W. (2006): Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Huber (Bern).
- Tonella, G. (2000): The Interactive Self/Le Soi Interactif. Bioenergetic Analysis 11(2), S.25-59.
- Tonella, G. (2008a): Paradigms for Bioenergetic Analysis at the Dawn of the 21th Century, Bioenergetic Analysis, 18, S. 27-59.
- Tonella, G. (2008b): Die Funktionen, Bindungen und Interaktionen des SELBST. In: Heinrich-Clauer (Hg.), Handbuch Bioenergetische Analyse, Psychosozial (Gießen), S.59-112.
- Traue, H. (1998): Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmungen. Spektrum Akademischer Verlag (Heidelberg).
- Wink Hilton, V. (2008): Die Arbeit mit der sexuellen Übertragung. in: Heinrich-Clauer, V. (Hg.), Handbuch Bioenergetische Analyse, Psychosozial (Gießen), S.215-226.
- Worm, G. (2006a): Die Bedeutung des Körpers im Verstehen der Übertragungsprozesse. In: Marlock G., Weiss H. (Hg.), Handbuch der Körperpsychotherapie, Schattauer (Stuttgart), S. 510-516.
- Worm, G. (2006b): Zum Umgang mit dem Körper in der psychotherapeutischen Praxis. Psychotherapie im Dialog PID, 2, 7.Jg., S. 144-150.
- Worm, G. (2007a): »Der Körper lügt nicht« -? Zur Widerstandsanalyse in der körperlichen Interaktion, in: Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hg.), Psychoanalyse der Lebensbewegungen, Springer (Wien), S. 259-289.
- Worm, G. (2007b): Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. In: Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hg.), Psychoanalyse der Lebensbewegungen, Springer (Wien), S. 211-238

Vita Heinrich-Clauer, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Psychotherapeutin, Bioenergetische Analytikerin, Supervisorin, Dozentin. Herausgeberin des Handbuchs Bioenergetische Analyse (Psychosozial-Verlag 2008).
 Adresse: D-49074 Osnabrück, Krahnstr. 17 [E-Mail: vita.heinrich-clauer@osnanet.de](mailto:vita.heinrich-clauer@osnanet.de)