

VOM KÖRPER ZUR INTERAKTION: ZUM DIALOGISCHEN VERSTÄNDNIS DES KÖRPERS

P. Geißler

Vortrag am 2. Münchner Tag für körperorientierte Psychotherapie, 25. November 2000

Schon aus der Wahl der Überschrift ist erkennbar, dass es bei meinem Thema um einen Perspektivenwechsel geht, und ein solcher Perspektivenwechsel hat sich in meinem therapeutischen Werdegang tatsächlich vollzogen. Mein Weg hat mich von der Bioenergetischen Analyse, meiner ersten großen Ausbildung, über die Psychoanalyse hin zu meinem jetzigen therapeutischen Verständnis geführt, und davon soll im ersten Teil meines Beitrags die Rede sein (Teil 1).

Im Kern geht es mir darum, körpertherapeutische Elemente in einen psychoanalytischen Prozess zu integrieren. Im Bestreben, dafür gute Argumente zu finden, bin ich auf die Säuglings- und Kleinkindforschung gestoßen, und der zweite Teil meines Beitrags steht daher im Zeichen dieser neuen Entwicklungspsychologien, wie sie auch genannt werden. Aufgrund dieser Forschung müssen bislang zentrale Konzepte der Psychoanalyse neu überdacht werden, und es findet im Bereich der Psychoanalyse momentan ein sehr interessanter Umbruch – zumindest ansatzweise statt.

So meinte beispielsweise Daniel Stern, Psychoanalytiker und Säuglingsforscher, vor nicht allzu langer Zeit in einem Interview mit „Psychologie heute“: „Es ist Zeit, den Körper wieder in die Psychoanalyse einzuführen“ (Stern, 1999). Dazu möchte ich ein paar Gedankenanstöße äußern – im Rahmen dieser Arbeit nicht mehr als einzelne Bruchstücke - und Überlegungen über mögliche Anwendungen der Säuglings- und Kleinkindforschung für Theorie und therapeutische Praxis anstellen (Teil 2). In einem dritten Abschnitt äußere ich mich zu Mikrovideoanalysen der frühen Kind-Eltern-Interaktion (Teil 3).

Zu meiner Person: Ich arbeite seit über 20 Jahren als Psychotherapeut – zum einen in Wien, also in einer Großstadtpraxis, wo ich v.a. Langzeittherapien mache und in der Regel ein vorselektiertes Klientel zu sehen bekomme; zum anderen arbeite ich in einer psychotherapeutischen Landpraxis am Stadtrand von Wien, und hier arbeite ich in der Regel mit Patienten, die mir von Ärzten geschickt werden, die von Psychotherapie kaum etwas wissen und ihr oft skeptisch gegenüberstehen – ich bin für sie der „Psychiater“, zu dem sie eigentlich gar nicht wollen. Mit diesem sehr anderen Klientel arbeite in unterschiedlichen Settings - einzeln, in Paaren, mit Familien, mit Kindern, mit Jugendlichen, und das Methodische hat dabei einen ganz anderen Stellenwert als

in der Wiener Praxis. Häufig handelt es sich dabei mehr um Beratung als um Therapie. Die in der vorliegenden Arbeit angestellten Überlegungen gelten daher ganz überwiegend für analytische Langzeittherapien.

Teil 1: Von der Bioenergetischen Analyse über die Psychoanalyse zur analytischen Körperpsychotherapie

Zunächst zur *Bioenergetischen Analyse*, meinem therapeutischen Ursprung. Wichtige Eckpunkte in meiner Ausbildung vor 20 Jahren waren:

1. Die Theorie der Charakterstrukturen – einer Kategorisierung der körperlichen Erscheinungsform mit dazugehörigen Erlebens-, Ausdrucks- und Verhaltensweisen – im Sinne von Überlebens- und Bewältigungsstrategien, die sich als jeweils bestmöglicher Kompromiss zwischen phasenspezifischen Bedürfnissen des Individuums und den Anforderungen der Umgebung herausgebildet haben.

Lowen, der Begründer der Bioenergetischen Analyse, hat Reichs Idee der funktionellen Identität von Körper und Psyche aufgegriffen und diese mit einem Entwicklungsmodell verknüpft. Daraus ist das Charakterstrukturmodell entstanden, und so geht es beispielsweise bei der schizoiden Struktur um eine sehr frühe Zurückweisung des Grundrechts zu existieren, was zu einem massiven Kontaktrückzug führt. Auf der körperlichen Ebene drückt sich dieser in schweren Muskelverspannungen aus – Zwerchfellkontraktion, Verspannung an der Schädelbasis, Gelenkblockierungen, Spaltungstendenzen im Körper und insgesamt fragmentierter Körpergesamtausdruck in Haltung und Bewegung. Im psychischen Bereich imponiert eine schwere Kontaktstörung und eine Überbetonung der inneren Welt der Gedanken und Fantasien, die nach Durchlaufen der ödipalen Phase durch die kompensatorische Illusion zementiert wird: „Mein Geist ist alles.“

2. Das Körperbild: Es ging in der Bioenergetischen Analyse um den realen Körper mit seinen Muskelverspannungen, Muskelblockaden, um Atmung, um Bewegung, um körperliche Haltungen und Haltungsmuster, und es ging um einen energetischen Körper, also Energieflüsse, von innen nach außen, von oben nach unten, und von links nach rechts und umgekehrt.
3. Der therapeutische Ansatz in der Bioenergetischen Analyse – zumindest in der Ausbildung, die ich erhalten habe – bestand darin, die eigenen charakterlichen Dispositionen in das Zentrum der eigenen Wahrnehmung und Aufmerksamkeit zu rücken. Technisch gesehen spielten dabei einerseits Spürübungen eine Rolle. Es ging um subtiles und feines Erspüren körperlicher Signale, um Atemveränderungen, um feine Bewegungen in verschiedenen Körpersegmenten, theoretisch gesprochen

um eine schrittweise Differenzierung des Körperselbst durch den Prozess der Wahrnehmung. Ein zweiter therapeutischer Ansatz bestand in sehr unterschiedlichen Übungen, die den Zweck hatten, die Atemfunktion in den Fokus der Wahrnehmung zu bekommen und die Atmung zu verändern, zu vertiefen, um damit das Erleben von Affekten zu begünstigen. Ein dritter technischer Aspekt bestand in der direkten Bearbeitung muskulärer Blockaden. Der Therapeut diagnostizierte diese durch den Vorgang des „Körperlesens“, und dann gab es manuelle Druckpunkttechniken und direkte Arbeit am Körper (Streß-Techniken), um diese Blockierungen zu überwinden, was im positiven Fall dazu führte, dass sich entweder ein sehr intensives körperliches Erleben (z.B. unwillkürliches Muskelzittern) oder ein Durchbruch von Affekten und damit verknüpften seelischen Erfahrungen einstellte (z.B. dass affektgeladene Erinnerungen an frühe Szenen auftauchten). Ich denke, Herr Sollmann wird Ihnen heute darüber mehr berichten.

4. Orientierendes Prinzip all der Erfahrungen, die ich damals in meiner Lehranalyse, aber viel auch in Gruppen gemacht habe, waren die Charakterstrukturen. Wenn auch in meiner Lehrtherapie viel gesprochen wurde, so war doch die Körperarbeit im Zentrum des therapeutischen Vorgehens, nicht unbedingt zeitlich gesehen, aber von der Wertigkeit her. „Psychotherapiestunden, in denen Patienten geweint haben oder offen ärgerlich geworden sind, in denen die Angst vor jemandem greifbar im Raum stand..., empfand ich als „gute“ Stunden“, sagt auch Margit Koemeda-Lutz (1996), eine Schweizer Bioenergetikerin. Widerstandsarbeit fand statt, häufig auf der körperlichen Ebene – die muskulären Blockierungen wurden gleichgesetzt mit Widerstand und wurde auf dieser Ebene durchgearbeitet.
5. Der Veränderungsprozess bestand im Erlernen und Erspüren alternativer Haltungs- und Bewegungsmöglichkeiten sowie in einer Differenzierung der Körperwahrnehmung. All dies hat mir damals geholfen, mein körperliches Erleben zu verfeinern und einen Zugang zu intensiven gefühlsmäßigen Erfahrungen zu bekommen. Weniger geholfen hat mir dieser Ansatz darin, meine Beziehungen zu anderen Menschen zu verbessern und zu verstehen, aber dies war ja auch nie explizites Ziel dieser Therapie gewesen. Sehr zugespitzt und vielleicht auch übertrieben würde ich heute sagen: Ich habe damals viel gespürt und wenig verstanden. Ein differenziertes Verstehen-Wollen war in meinen Bioenergetikerkreisen – jedenfalls damals - nicht sehr beliebt und wurde häufig abwertend als „Kopfigkeit“ angetan.

Trotzdem war die Beziehung zu meinem Therapeuten natürlich ausschlaggebend dafür, wie ich sie erlebte - wie in jeder Therapie. Nur

wird dieser Umstand in der Bioenergetischen Analyse weder in Theorie noch Praxis meiner Meinung nach ausreichend thematisiert. Meine Bioenergetische Lehranalyse war, rückblickend gesehen, eine Therapie im Rückenwind einer lange Zeit idealisierenden und später überwiegend positiven Übertragung auf den Therapeuten, bestand aber nicht im Durcharbeiten dieser Beziehung an sich. Die positive Beziehung zu meinem Therapeuten ermöglichte es mir, mich wirklich einzulassen und an tief verschüttete Gefühle herankommen. Sie stärkte auch meinen Narzissmus im Sinne eines gutes Selbst-Bewußtsein im körperlich-affektiven Bereich.

Anmerken möchte ich, dass es in der Bioenergetischen Analyse – so sehe ich das heute – eine Objekterfahrung gibt, die jener der psychoanalytischen Objekterfahrung gegenübersteht. In der Psychoanalyse ist der Therapeut häufig als konturiertes Gegenüber gemeint – als jemand, auf den man eine konflikthafte Übertragungsdynamik projiziert und sie mit und an ihm durcharbeitet. In der Bioenergetischen Analyse erlebte ich meinen Therapeuten oft eher als Hintergrundobjekt und nicht als konturiertes Gegenüber – als Hintergrundobjekt, das erst dann in den Vordergrund trat, wenn sich eine Störung im therapeutischen Prozess einstellte. Beide Objekterfahrungen sind wichtig und berechtigt, sie sprechen aber m.E. unterschiedliche Erfahrungsbereiche an. Darüber aber später noch mehr.

Nun zur *Psychoanalyse*. Wichtige Gesichtspunkte in der Psychoanalyse sind

- Die Idee des unbewussten, die Idee unbewusster konflikthafter Dynamik
- Übertragung und Gegenübertragung – die Beziehung im Hier und Jetzt
- Der Schwerpunkt nicht auf dem Körper, sondern auf Beziehungen und v.a. auch auf verinnerlichten Beziehungen, die die seelische Struktur ausmachen (in der Objektbeziehungstheorie)
- Die Fantasie- und die Vorstellungsebene: verinnerlichte, überwiegend unbewusste Vorstellungen von sich selbst (Selbstrepräsentanz), von anderen (Objektrepräsentanzen)
- Die Technik des verbalen Aufschlüsselns unbewusster Aspekte der Übertragung, wobei der Analytiker mit Deutungen und Interpretationen behilflich ist; ein wichtiger Teil dabei sind auch Deutungen von Abwehrvorgängen – Verdrängung, Abspaltung, Verleugnung, Verkehrung ins Gegenteil usw., also verbale Widerstandsarbeit
- Idealtypisches Therapieziel ist die Auflösung der Übertragung des Patienten auf den Therapeuten, der Veränderungsansatz besteht darin, die vorhandenen Übertragungsmuster zu erkennen und damit

infantile Beziehungsformen zugunsten reiferer Beziehungsweisen aufzugeben.

Die Begegnung mit dem psychoanalytischen Modell änderte meine Sichtweise des therapeutischen Geschehens grundlegend. Als mein therapeutisches Vorgehen im Laufe der Zeit immer psychoanalytischer wurde, und als mir die Bedeutung der Übertragung für den Gesamtprozess langsam klar wurde, bezog ich den Körper in aktiver Form immer weniger ein, denn: jede aktive Intervention des Therapeuten hat ja auch eine Übertragungsbedeutung, und um die vielen subtilen Facetten der Übertragung und Gegenübertragung zu verstehen, bedarf es einfach viel Zeit und viel an verbaler Bearbeitung.

Die Beziehungsanalyse ist eine Art verbale Mikroanalyse feinsten Beziehungsfacetten und als solche ein sehr differenziertes Vorgehen. Sie erfordert viel Zeit, lässt aber weniger Raum für aktive Interventionen. Zusätzlich sorgte ein psychoanalytisches strenges Über-Ich, das ich im Laufe meiner Idealisierung der Psychoanalyse unmerklich introjiziert hatte, dafür, dass ich im geschützten Bereich des Sprechens verblieb und jede Form von Handlung als potentiell störendes Moment, als „Agieren“ ansah. Agieren konnte man höchstens zulassen, keinesfalls aber durfte man es als Therapeut aktiv anzetteln. Dieses psychoanalytische Über-Ich hat wohl mit den noch immer existierenden triebtheoretischen Vorstellungen zu tun, denen zufolge die Triebe gefährlich und die Bedürfnisse des Patienten unersättlich sind und man sich davor nur durch eine therapeutische Haltung von Abstinenz und Neutralität schützen kann.

Ausgehend von einer solchen therapeutischen Einstellung ist es kaum möglich, körperliche Arbeit über die Miteinbeziehung von Körperwahrnehmungen hinaus durchzuführen. Die Psychoanalyse sieht sich selbst trotzdem nicht als körperlose Therapieform. Beim 2. Wiener Symposium "Psychoanalyse und Körper" vor zwei Monaten hat der Psychoanalytiker und Exbioenergetiker Hansjörg Pfannschmidt pointiert gesagt, dass Psychoanalyse für ihn *die* Körpertherapie schlechthin sei. Gemeint hat er damit, dass man durch eine starke Zentrierung auf das Hier und Jetzt durch Ansprechen aller Sinne des Patienten den Körper auf einer sinnlichen Ebene sehr stark einbeziehen kann, auch ohne physische Berührung, und er hat das am Beispiel erotischer Übertragungssituationen eindrucksvoll gezeigt. Sicherlich spielt auch in der Theorie der Psychoanalyse der Körper eine wichtige Rolle. Denken Sie an die Triebtheorie mit den erogenen Zonen, an den Konversionsbegriff (unakzeptable seelische, meist sexuelle Vorstellungen werden ins Körperliche übersetzt) und an die Strukturtheorie, anlässlich deren Freud eindeutig sagte: das Ich ist vor allem ein körperliches (Freud, 1923, Das Ich und das Es).

Zusammenfassend: Es bestehen fundamentale Unterschiede zwischen Psychoanalyse und Bioenergetischer Analyse – in der Theoriebildung, im

Setting, in der Technik, im Menschenbild. Die Frage daher: Lassen sich Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse überhaupt verbinden? Gibt es eine gemeinsame Schnittmenge? Und falls ja, wie kann diese Verbindung bzw. Überschneidung aussehen und beschrieben werden?

Bevor ich mich dazu konkret äußere, möchte ich zunächst einige grundsätzliche Gedanken zur Idee, Unterschiedliches zu integrieren, vorbringen:

1. In der Praxis wird von vielen Kollegen sicher vieles integriert. Viele Bioenergetiker der zweiten Generation beziehen mittlerweile tiefenpsychologische, v.a. objektbeziehungstheoretische Gedanken mit ein; und eine wachsende Zahl an Psychoanalytikern greift auf erlebnisaktivierende, auch körperbezogene Techniken zurück – vorwiegend aus pragmatischen Gründen; allerdings wird in Analytikerkreisen davon öffentlich weniger gern gesprochen.
2. Ich denke, eine gewisse Integration ist berechtigt und sinnvoll. Ich bin zwar gegen einen unsystematischen Eklektizismus, ich bin aber für eine experimentierfreudige therapeutische Haltung – am ehesten im Sinne eines systematisch-kritischen Eklektizismus – der also eine Reflexion der zusammengeführten Elemente und deren Bedeutung im therapeutischen Prozess einschließt. In einer längeren Perspektive ist sicher der Versuch interessant und wichtig, die Integration körperbezogener Elemente in eine psychoanalytische Therapie theoretisch und methodisch zu fassen. Erste Versuche in diese Richtung existieren – wie bei George Downing (1996) – jedoch ist dieser Prozess noch sehr in Entwicklung begriffen.
3. Entschieden vertrete ich die Position, dass die Verschiedenheit von Methoden wichtig und sinnvoll ist. Ich bin gegen eine Einheitstheorie von Psychotherapie, wie Grawe sie vielleicht im Auge hat. Gerade die Verschiedenheit methodischer Ansätze halte ich für sehr befruchtend.
4. Wenn ich mich für den Versuch einer Integration des Körpers in eine psychoanalytische Therapie stark mache, versuche ich nicht eine Quadratur des Kreises. Ich bin mir dessen bewusst, dass es immer Grenzen gibt und auch geben muss – es gibt keine Methode, die alles kann, es gibt Indikationsbereiche, es gibt Kontraindikationen. Und es gibt Grenzen, die durch den Menschen, der die Methode praktiziert, vorgegeben sind. Diese Betrachtung rückt die Subjektivität des Therapeuten stärker in den Mittelpunkt als die ausgeübte Methode, und die Psychotherapieforschung scheint sich derzeit in diese Richtung auch zu bewegen.
5. Von der Nomenklatur her halte ich es für günstig, den von mir vertretenen

therapeutischen Ansatz nicht als Psychoanalyse zu bezeichnen. Psychoanalyse ist für mich sehr mit einer klaren Abgrenzung gegenüber Handlung und Berührung verknüpft, sowie mit einem bestimmten Setting und auch Menschenbild, und gerade im Hinblick auf einen methodischen Pluralismus plädiere ich für eine eigene Nomenklatur - ich nenne mein jetziges Vorgehen – wie andere Kollegen auch - analytische Körperpsychotherapie.

Nun konkreter zur angesprochenen Integration körperbezogener Elemente in eine psychoanalytische Therapie. Jede Integration soll einen Gewinn bringen, sie hat aber auch ihren Preis. Über den Gewinn der Einbeziehung der körperlichen Ebene ist viel gesprochen und geschrieben worden. Über den Preis, den man bezahlt, wenn man Neues in eine schon bestehende Methode integriert, wird weniger gesprochen, daher äußere ich mich hier ausführlicher. Was ist also der Preis, den man in Kauf nehmen muss, wenn man den Körper in eine psychoanalytische Therapie mit einbezieht und das Setting hin zu körperbezogenen Interventionen – Handlung, Berührung – öffnet?

Wenn man analytisch orientiert, d.h. mit dem Schwerpunkt der Reflexion des Beziehungsprozesses arbeitet, schränkt sich der Spielraum handlungsbezogener Interventionen ein, denn jede körperliche Intervention, Übung hat sofort eine mögliche Übertragungsbedeutung, die man – will man psychoanalytisch orientiert arbeiten - zumindest im Auge behalten muss.

Wichtig ist die Unterscheidung der Arbeit ”in der Übertragung”, bei der die Übertragungsspannung kontinuierlich aufrechterhalten wird und der Therapeut das gesamte Material, das der Patient bringt - Träume, äußere Ereignisse, körperliche Empfindungen, Einfälle - konsequent im Hinblick auf die gegenwärtigen ”Hier-und-Jetzt”-Beziehung hin untersucht und interpretiert. Davon zu unterscheiden ist eine Arbeit ”an der Übertragung”, z.B. in Rollenspielform, in szenischer Arbeit oder der Arbeit mit symbolischen Objekten.

Alle analytische Ansätze zielen ja auf die Bearbeitung innerer Repräsentanzen ab, und auf eine Bearbeitung der Beziehung zum Therapeuten als Übertragungsfigur. Das gilt auch für die analytische Körperpsychotherapie, auch wenn die Arbeit nicht ausschließlich immer *in der Übertragung* stattfinden muss. Entscheidender Bezugspunkt aller Interventionen bleibt ja deren Bedeutung im Hinblick auf die therapeutische Beziehung als Übertragungsbeziehung.

Bioenergetische Übungen, z.B. das „Longing“, wären daher Beziehungsbearbeitungen ”an der Übertragung”, und weil sie auf einer Selbst- oder Kontaktebene direktiv angeleitet werden, stellen sie schon durch dieses

Arrangement den Übertragungsgesichtspunkt in den Hintergrund.
Übungsmässige Beziehungsangebote in der Bioenergetischen Analyse bleiben in der Regel als Übernahme vorübergehender Rollen definiert und damit begrenzt.

Der Preis für jede Form von therapeutischer Aktivität besteht also darin, dass der Spielraum für das Analysieren-Können der vielen feinen Facetten von Übertragungen zumindest potentiell eingegrenzt wird. Das Risiko der Sexualisierung durch Berührung spielt in der praktischen Arbeit keine besondere Rolle, obwohl es in Analytikerkreisen häufig auch als Gegenargument gegen jede Form der Berührung verwendet wird, z.B. von Thea Bauriedl. Jeder der körpertherapeutisch arbeitet, kann dies bestätigen (vgl. dazu auch Downing, 1996).

Ausgangspunkt für körper- oder handlungsbezogene Interventionen ist – zumindest wie ich arbeite - in der Regel ein bestimmter Aspekt der Beziehung, die sich zwischen Patient und Therapeut spontan in der Gesprächssituation herstellt. Insofern ist das beschriebene Vorgehen keines, das vom Körper ausgeht, sondern von der Beziehung, also ein analytisches, wobei Körperbeobachtungen insbesondere im Bereich des nonverbalen Signalaustausches natürlich eine große Rolle spielen (vgl. dazu auch Scharff, 1998).

Zusätzlich zu (überwiegenden) Phasen des Sprechens treten bewusst hergestellte Passagen gestisch-bewegungsmässigen Handelns hinzu, die Berührung miteinschliessen können. Wenn auch in der manifesten Gestalt einer Aktion, so ist dieses Handeln von der Struktur her primär ein Probehandeln, nach dem Motto: Schauen wir, was geschieht, wenn ...

Wichtig ist mir auch folgendes: *Ich* als Therapeut gestalte die Interaktion mit dem Patienten durch meine Person, aber auch schon durch meine Settingvorgaben, mit. Übertragung ist keine Einbahnstraße, sie ist ein interaktionelles Geschehen.

Ein interaktioneller Übertragungsbegriff stellt die Idee in den Vordergrund, dass beide Beziehungspartner die gegenwärtige Beziehung aktiv gestalten. Voraussetzung für eine therapeutische Szene ist also das Vorhandensein reziproker und komplementärer Reaktionen beim jeweiligen Gegenüber. Entgegen dem alten Übertragungsbegriff, nach dem Übertragung v.a. eine Projektion der Fantasien des Patienten auf den Therapeuten darstellt, und sich daraus ergibt, dass der Therapeut durch Abstinenz und Neutralität die Fantasien des Patienten allmählich erkennt und deutet, müssen wir heute sagen: die Aktionsbereitschaft des Therapeuten ist ein wesentlicher Bestandteil der gemeinsam aufgebauten Szene, und auch ein scheinbares Nicht-Tun ist ein spezifische Form des Handelns. Es ist eben nicht möglich, nicht zu

kommunizieren, und es ist nicht möglich, nicht zu handeln.

Diese Betrachtungsweise stellt nicht nur einen Paradigmenwechsel gegenüber der alten Sichtweise von Übertragung dar, sondern öffnet auch das Feld für eine neue Form des Methodendiskurses. Der Psychoanalytiker Siegfried Bettighofer meinte dazu am zweiten Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“ - Zitat: „Neutralität und Abstinenz bedeuten dann nicht mehr, dass ich z.B. nicht berühren darf, sondern dass ich mir über mein Motiv zu berühren bewusst bin und im Auge behalte, was das szenisch bedeuten könnte.... Es geht dann nicht mehr pro und contra diese Methode, sondern die Fragestellung heißt: Was inszeniere ich mit dem Patienten, wenn ich so mit ihm arbeite, wie ich es gerade tue?“

Interaktion ist ein handlungsnaher Begriff. Folgende Differenzierung betrachte ich als Argument für den bedeutsamen Stellenwert der Handlungsebene in der Therapie: die Unterscheidung zwischen einem dynamischen und einem prozeduralen Unterbewussten.

1. Dynamisches Unterbewusstsein: Geht von einer primär konflikthaften Psyche und einem Instanzenkonflikt aus. Im klassischen Fall ist damit ein intrapsychischer Konflikt gemeint, z.B. trifft ein sexueller Impuls auf ein strenges Über-Ich, und das Ich antwortet mit Verdrängung. Oder es geht um aggressive Impulse. Dabei ist ein körperliches Geschehen natürlich parallel möglich. Z.B. wird ein unterdrückter aggressiver Impuls in der Übertragung durch Atemverflachung und eine Anspannung in Kiefer und Becken abgewehrt.
2. Prozedurales Unterbewusstsein: Es ist dies eine Art Handlungswissen, das sich im Gedächtnis ausbildet, lange bevor die Fähigkeit zur Symbolisierung vorhanden ist. Es geht dabei nicht um unbewusste Konflikte zwischen Impulsen und deren Bewältigung durch Abwehrmechanismen, es geht vielmehr um die Speicherung eines Beziehungswissens, das auf der Ebene von Handlungsdialogen vermittelt wird, wie sie v.a. im ersten Lebensjahr zu nahezu 100% stattfinden. Derartige Interaktionsmuster werden im Baby mental repräsentiert, jedoch in einem eigenen Gedächtnisspeicher.

Die entsprechenden Repräsentationen - Daniel Stern (1992) nennt sie Rigs - werden nur teilweise symbolisch überlagert und bilden den Grundstock unseres nonverbalen Beziehungswissens. Prozedurale Erfahrungen spielen m.E. in den Körpertherapien eine wichtige Rolle – prozedurale Erfahrungen brauchen, um eine gewisse Prägnanz zu bekommen, ein eigenes, offenes Setting und, um den Erfahrungsraum für körperliches Erleben – den „Körperraum“ – zu öffnen, eine

Präsenz des Therapeuten, im Rahmen dessen dieser zumindest über weite Strecken als Hintergrundobjekt fungiert, als Begleiter der körperlichen Prozesse.

Es geht bei prozeduralen Erfahrungen – zusammenfassend – um körperliche oder körpernahe Vorgängen, oft schwer verbalisierbar sind, vom Erleben her eher global sind. Prozedurales Wissen regelt den hintergründigen Affektaustausch, regelt Nähe und Distanz. Es ist das Fundament, auf dem die Übermittlung sprachlicher Botschaften erst Sinn macht.

Ich komme nochmals auf meine anfänglich eingeführte Gegenüberstellung von Bioenergetik auf der einen und Psychoanalyse auf der anderen Seite zurück. Beide Methoden suchen auf ihre eigene Weise einen Weg in tiefere Schichten, ins Unterbewusste: die Bioenergetische Analyse über körperliche Vorgänge, die Psychoanalyse über die Kraft von Worten und die Beziehungsanalyse. Was ist nun die gemeinsame Schnittmenge zwischen dem Körperpol in körperorientierten Therapien auf der einen und der analytischen Beziehungstherapie auf der anderen Seite?

Ich meine, eine wichtige gemeinsame Schnittmenge ist die *Interaktion* im therapeutischen Prozess. Als nonverbale, körperliche Interaktion ist sie ein Teil dessen, was den bioenergetischen Therapeuten ebenso interessiert, auch wenn sein Fokus letztlich mehr im Bereich des affektiv-energetischen Ausdrucks liegt und nicht so sehr im kommunikativ-dialogischen Aspekt. Für den Psychoanalytiker ist die Interaktion im Bereich von Übertragung und Gegenübertragung das Kernstück der Behandlung,

Interaktion im therapeutischen Prozess erscheint mir also *die* entscheidende Schnittstelle, die sowohl das Beziehungselement aus dem psychoanalytischen Bereich – Übertragung und Gegenübertragung – in sich enthält, als auch potentiell ein körper- und handlungsbezogenes Moment. Das Körperkonzept in einer solchen Sichtweise ist aber dann nicht mehr ein energetisches Körperkonzept. Wir brauchen ein Körperkonzept, das eben genau diese Beziehungsdimension besser fasst: den *dialogischen Körper*.

Interaktion ist übrigens auch eine wichtige Schnittstelle zwischen anderen psychotherapeutischen Disziplinen. Vor einiger Zeit standen sich die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie noch ziemlich diametral gegenüber. Die Psychoanalyse war vollständig auf mentale Repräsentationen konzentriert und lehnte das manifeste Verhalten ab. Genau umgekehrt die Verhaltenstherapie: einzig das beobachtbare Verhalten zählte, ein Unbewusstes dahinter zu vermuten schien absurd. Mittlerweile existieren zahlreiche Vermittlungsversuche zwischen diesen Positionen, und auch hier steht die Interaktion als gemeinsamer Interessensbereich im Vordergrund.

Schließlich steht die Interaktion auch im Mittelpunkt der Säuglings- und Kleinkindforschung. Der menschliche Säugling ist - im Unterschied zu Primatensäuglingen - der einzige, der eine ungeheure soziale Kompetenz von Geburt an mitbringt. Bewegungsmäßig ein Spätentwickler, ist er im kommunikativen Bereich ein ausgesprochener Frühentwickler. Er ist ein sozial-kommunikativ kompetenter Säugling.

Teil 2: Die neuen Entwicklungspsychologien

Die methodischen Wege, auf denen sich Entwicklungspsychologen und Psychotherapeuten dem Verständnis der frühen Interaktion, der frühen Beziehungserfahrungen annähern, sind diametral entgegengesetzt. Auf der einen Seite – der Seite der Psychotherapeuten (insbesondere Psychoanalytiker) - ist es ein retrospektiver, rekonstruierender, hermeneutischer Verstehensprozess, in dem Patient und Therapeut in einer Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung mit Hilfe von Erinnerungen, Träumen, Beziehungsmustern und ihren Interpretationen in Erlebnisschichten zurückdringen, die sie den frühen Erfahrungen zuordnen. Auf der anderen Seite geht es um empirische Analyse von Verhaltensbeobachtungen unter einfachen, möglichst kontrollierbaren Bedingungen, die auf Erklärung, Voraussage und Vorbeugung ausgerichtet sind (vgl. dazu Papousek, M., 1989).

So sprechen Psychoanalytiker vom rekonstruierten Säugling, der dem beobachteten Säugling der Entwicklungspsychologen gegenübersteht. Zu dieser Gegenüberstellung gehört außerdem, dass sich die Entwicklungsforscher mehr mit alltäglichen Ereignissen beschäftigen und Lernprozesse bei niedrigem oder mittlerem Spannungsniveau im Auge haben (Low-tension-learning). Die Psychoanalyse hingegen ist stillschweigend oft von intensiven Momenten im Leben des Säuglings ausgegangen (High-tension-learning). Zudem spielt in der klassischen psychoanalytischen Sichtweise folgende Auffassung eine Rolle: *Pathologisches Erleben im Erwachsenenleben sei rückführbar auf normale und phasenspezifische Vorgänge im Kindesalter*. Aus der Perspektive der modernen Säuglings- und Kleinkindforschung ist diese Behauptung so sicher nicht mehr haltbar.

Gerade die Säuglings- und Kleinkindforschung macht deutlich, dass das, was uns beim Erwachsenen als Pathologie begegnet, bereits in der Kindheit auf pathologische Interaktionen zurückzuführen ist. Dazu kommt, dass nicht nur die frühkindlichen Phasen für die seelische Entwicklung prägend sind, sondern auch spätere Lebensphasen – ein Umstand, auf den Hilarion Petzold immer wieder schon hingewiesen hat.

Was kann uns das Studium der frühen Interaktion lehren?

A) Die Säuglingsbeobachtung zeigt Vorformen der Neurosenentwicklung „in statu nascendi“. Dabei sind reale Ereignisse von großer Bedeutung und nicht so sehr – worauf sich die Psychoanalyse immer gern gestützt hat – frühkindliche Phantasien. Aufgrund der Fähigkeiten, die der Säugling mitbringt, kann er das erstaunlich gut – hingegen entsteht die Fähigkeit zu fantasieren vermutlich erst gegen Beginn des 2. Lebensjahres. Konzepte, die sich auf diese frühen Fantasien stützen (gute und böse Brust, etc.) sind somit unwahrscheinlich geworden.

B) Die Kind-Eltern-Interaktion hilft uns, das Normale besser zu erfassen. Wir Therapeuten sind Experten in Sachen Verstehen aller Art von Psychopathologie, während wir für positive Aspekte des Seelenlebens noch nicht einmal eine sachgerechte Nomenklatur haben. Ein psychischer Gesundheitsbegriff ist im allgemeinen schwieriger zu definieren, und hier hilft uns die Säuglings- und Kleinkindforschung, uns mit diesen fundamentalen Themen – normalen und auch positiven Phänomenen - künftig genauer beschäftigen müssen – wie Aufrichtigkeit, Mut, Freude, Interesse, Küssen etc. Günter Heisterkamp, ein analytischer Körperpsychotherapeut, hat sich mit dem Thema Freude in letzter Zeit beschäftigt.

C) Beide Interaktionspartner gestalten das Beziehungsfeld. Dass die Mutter/der Vater in der Gestaltung des frühen Geschehens wichtig ist, wussten wir schon immer. Jetzt wissen wir auch, dass der Säugling eine Menge angeborener Kompetenzen und auch Temperamenteigenschaften mitbringt, mit deren Hilfe er vom ersten Tag an die Beziehung mitgestaltet. Er ist erstaunlich aktiv, wenn man sich Videos genauer ansieht. Von einem passiven Säugling, einer autistischen Phase, wie sie die Psychoanalytikerin Margret Mahler unterstellt hat, kann keine Rede sein. Der Säugling erweist sich als sozial kompetent, anpassungsfähig und kommunikationsfreudig. Und er verfügt von Anfang an auch die Fähigkeit, zu mehreren Personen in Beziehung zu treten – das zeigen Untersuchungen v.a. der Schweizerin Elisabeth Fivaz-Depeursinge (1998) sehr deutlich. Er lebt also nicht ausschließlich in einer Dualunion, sondern kann, wenn das Umfeld ihn entsprechend unterstützt, früh triadische und wahrscheinlich auch polyadische Beziehungen eingehen.

D) Mit der Betonung der Aktivität wandelt sich eine Vorstellung, die man über das Baby bisher hatte: die Vorstellung des Erlebens eines Paradieses, des satten Säuglings, der selig an der Brust der Mutter in den Schlaf sinkt. Um mit Martin Dornes zu sprechen: Dieses Paradies ist also kein Ort mehr, an dem Milch und Honig in den Säugling fließen, sondern einer, an dem zwei Subjekte Milch und Honig austauschen und sich über diesen Austausch kontinuierlich miteinander verständigen (Dornes, 2000).

E) Der Säugling braucht durchschnittlich einfühlsame Eltern und nicht perfekte

Wesen. Es reicht, wenn die Eltern "genügend gut" im Sinne Balints sind. Im Gegenteil: totale und ununterbrochene Abstimmung würde ihm das Gefühl von Individualität eher rauben als sie fördern. Eine gewisse "optimale Frustration" ist entwicklungsfördernd. Immer wieder kommt es, wenn man sich Videos ansieht, zu Brüchen („dyscoordination“) in der Baby-Eltern-Interaktion, und diese Brüche sind normal. Entscheidend ist nun das elterliche Ausmaß an Fähigkeit, den Kontakt wiederherzustellen („repair“). Je besser es den Eltern gelingt, Kontaktbrüche wieder zu reparieren, umso günstiger und gesünder ist dies für das Kind.

Die Anwendung für den psychotherapeutischen Prozess liegt auf der Hand: Wir dürfen Empathiefehler machen, und können davon ausgehen, dass unsere eigenen Grenzen, die der Patient wahrnimmt, sehr realitätsfördernd für ihn sein können. Der Patient darf also Frustrationen erleben, sie stellen sich automatisch ein, je realer er den Therapeuten erleben kann. Es ist nicht notwendig, ihm immer wieder positiv-korrigierende Erfahrungen vermitteln zu wollen. Ich bin skeptisch gegenüber Therapieformen oder Therapeuten, die das Element der positiven Korrektur oder der besseren Beelterung sehr betonen. Gute Erfahrungen vermitteln sich dem Patienten auf ganz unaufdringliche Weise – sie zu betonen, hat m.E. eher mit narzisstischen Bedürfnissen des Therapeuten zu tun.

Ich fasse zusammen. Die frühe Interaktion im vorsprachlichen Bereich bildet das Fundament für alle späteren Beziehungserfahrungen, sie ist *das* basale Urgestein der Erfahrung. Nicht alles davon wird symbolisiert bzw. ist symbolisierungsfähig, nur ein kleiner Teil davon kann mit Hilfe der Sprache erfasst werden. Daher plädiere ich für therapeutische Zugänge, die vom Setting her interaktiv-dialogische Prozesse auf allen Ebenen ermöglichen – ich bin für eine multimodale therapeutische Einstellung, wobei jeder Therapeut eigene Fähigkeiten und Neigungen mitbringt und gemeinsam mit dem Patienten herausfinden sollte, welcher Zugangsmodus für ihn am besten passt. Die Sprache hat dabei den Stellenwert eines Werkzeugs, um die Erfahrungen des Patienten in der Therapie für den Ernstfall der Realität außerhalb der Therapiesituation besser brauchbar zu machen.

Teil 3: Mikrovideoanalysen

In Anlehnung an George Downing (2000) möchte ich am Beginn auf eine wichtige Unterscheidung hinweisen. Wir haben es im folgenden mit drei an sich separaten Wissensbereichen zu tun, die man voneinander differenzieren sollte:

1. mit der Säuglingsforschung selbst, d.h. den Forschungs-Settings sowie deren Zusammenfassung in einem theoretischen Rahmen, wie das von Stern, Lichtenberg oder Dornes schon gemacht worden ist

2. mit den konkreten, auf Video beobachtbaren Interaktionen, also dem Bereich kontrollierter Beobachtung, bei dem es darum geht, die Augen zu trainieren, um bestimmte Interaktionsmuster zu erkennen und Abweichungen davon identifizieren zu können

3. mit dem Bereich der Anwendung von Bereich 1 und 2 auf die Arbeit mit erwachsenen Patienten, bei der sich Spuren früher Interaktionen im Verhaltensbereich zeigen, sich in der Übertragung inszenieren, sich in Schlüsselszenarien manifestieren oder im Rahmen einer Körperregression als Kinogramm plötzlich auftauchen - welche Konzepte können wir dafür finden, welche Schlussfolgerungen können wir anstellen.

Es geht, mit anderen Worten, nicht um eine 1:1-Umsetzung der Studien über die frühe Interaktion auf die Interaktion in Therapiesituationen. Therapie ist ein eigenes Setting, erwachsene Patienten sind keine Babies, auch wenn sie vielleicht manches Mal auf Erlebensbereiche regredieren, die den ganz frühen Bereichen ähneln mögen.

Im folgenden beschäftige ich mich hauptsächlich mit dem zweiten Wissensbereich und gebe kurze Hinweise auf den dritten.

Wenn wir Videos der frühen Kind-Eltern-Interaktion ansehen, dann passieren verschiedene Dinge, einige, die wir sehen, andere, die wir nicht sehen. Was wir sehen, ist das beobachtbare Verhalten, wir sehen zwei Körper, die miteinander etwas tun, miteinander in Beziehung stehen. Wir sehen einen *Dialog zweier Körper*. Interessanterweise achtet man in Forschungs-Settings der frühen Kind-Eltern-Interaktion auf all die vielen Aspekte, wie wir sie – die Körpertherapeuten unter uns - aus diversen Übungen in körpertherapeutischen Settings, v.a. Gruppensettings, schon kennen, wie z.B.:

Körperliche Distanz zwischen den Partnern

Gibt es Annäherung oder Rückzug?

In welcher Geschwindigkeit gehen Veränderungen vonstatten?

Wie sind Becken und Schultern orientiert - gibt es Richtungswechsel?

Lässt sich eine volle frontale Orientierung auf den anderen beobachten?

Lässt sich eine Änderung von der frontalen Orientierung beobachten?

Wie ist der Kopf orientiert, welchen Blickwinkel nimmt der Betreffende ein?

Lässt sich eine Veränderung der Kopforientierung beobachten, in Richtung vis-a-vis oder weg von dieser?

Stellt sich eine Abwendung zur Seite ein - mit oder ohne gesenktem/gehobenen Kopf?

In welche Richtung blicken die Augen?

Gibt es wechselseitigen Blickkontakt?

Welche Gesichtsausdrücke lassen sich jeweils feststellen?

Wie ist Tonfall und Lautstärke der Stimme?

An welchen Körperstellen findet Berührung statt?

Gibt es Berührungsmuster?

Wie gesagt: Vieles davon kommt Körpertherapeuten recht vertraut vor.

Dann schließen wir aus den Videos auf Vorgänge, die wir nicht direkt sehen können. Wir schließen auf basale Motive in der Interaktion, auf Interaktionsbereitschaften, die sich z.B. in einem Näherrücken oder einem Aufnehmen von Blickkontakt ausdrücken können. Wir achten auf Signale wie z.B. Initiieren einer Interaktion, Intensitäten erhöhen oder vermindern, positive oder negative Aktionstendenzen signalisieren, vertrauliche oder aggressive Tendenzen signalisieren etc.

Und dann versuchen wir - dies ist ein tiefenpsychologischer Zugang - eine Idee davon zu bekommen, welche Repräsentanzen die Mutter im Handlungsdialog mit dem Säugling aktivieren könnte. Vorstellungen der Eltern kommen v.a. bei unstimmgigen Verhaltensweisen der Eltern ins Spiel und können aus dem manifesten Verhalten heraus erahnt werden (genau geklärt werden können sie in einem therapeutischen Setting). Eine mögliche diesbezügliche Frage wäre: die Mutter/der Vater behandelt das Baby/Kind so, als ob

es ein unlebendiges Spielzeug wäre

es jemand wäre, bei dem man vorsichtig sein müsste, es anzugreifen

es jemand wäre, der oder das keine Grenzen kennt

es jemand wäre, das außer der Befriedigung von Grundbedürfnissen keinerlei soziale Aktivitäten setzen würde

es jemand wäre, das keinen Schmerz empfindet (nicht wenige Kinderärzte glauben das immer noch!)

Es geht also dabei um die Frage: Welche inneren, unbewussten Vorstellungen haben die Eltern, was bringen sie davon mit und tragen es in die Interaktion ein. Dies ist etwas, was in einer Therapiesituation allmählich erhellt werden kann. Aufgrund kurzer Videoaufnahmen, wie ich sie hier zeige, kann man - wenn überhaupt - nur sehr vorsichtig auf mögliche Repräsentanzen der Eltern schließen.

Ich möchte im Rahmen dieser Arbeit nicht auf komplizierte philosophische Argumente eingehen (vgl. dazu Stern, 1992), sondern davon ausgehen: Es gibt seelische und mentale Vorgänge, die im Kind vor sich gehen und sich in der beobachtbaren Interaktion widerspiegeln.

Zum Video-Setting: Ich kenne die Familien, die ich filme, in der Regel nicht,

habe von ihnen durch Bekannte oder Kollegen erfahren, und die Eltern erklärten sich erstens bereit sich filmen zu lassen und zweitens die Aufnahmen für didaktische Zwecke in Kollegenkreisen zur Verfügung zu stellen. Ich filme meistens in der Wohnung der jeweiligen Familie, häufig zwischen 15 und 20 Minuten. Meine Bitte an die Eltern besteht darin, in eine Spielinteraktion hineinzugehen, wie sie es mit ihrem Kind gewohnt sind, also etwas ganz Alltägliches zu tun. Da ich die Familie nicht kenne, habe ich nur ganz wenige Informationen, die mir die Eltern in dem Gespräch, das ich vor der Aufnahme führe, geben.

1. Video: Gabriel

Gabriel ist der 13 Monate alt. Als ich ihn mit seiner Mutter filme, ist er etwas müde und erschöpft, weil er nicht ganz fit ist. Er zahnt und ist verkühlt, und die Mutter versucht, ihn zu beruhigen und abzulenken.

Ich weiß über die Mutter und Gabriel sonst kaum etwas. Die Mutter ist Juristin und Sozialarbeiterin, Gabriel ist ihr zweites Kind. Über Gabriel sagte sie in dem Gespräch, bevor wir mit dem Video begannen, dass sie versuche, ihn gerade abzustillen, was nicht leicht sei, weil Gabriel sehr an ihr hänge - nicht nur jetzt, sondern überhaupt.

Zur Situation, dass Gabriel etwas krank ist: Es ist dies eine Situation, die im Leben eines kleinen Kindes sehr oft vorkommt, also gewissermaßen typisch ist. Jeder, der selbst Kinder hat, weiß wie oft Kinder Verkühlungen haben können, besonders wenn sie zahnend. Über diese kindlichen Zustände - also leichtes Kranksein und wie die Eltern damit umgehen - ist übrigens bisher wenig geforscht worden – man hat sich bisher aus verständlichen Gründen mehr auf Kinder im gesunden Zustand konzentriert. Die Kinder kommen also in einigermaßen gesundem Zustand in die Kliniken, wo man sie in experimentelle Settings einbindet. Bestimmte Muster, wie Kind und Mutter miteinander umgehen, sind dabei jedoch gut erkennbar, und sie spielen sich im Leben des Kindes oft ab. Man kann also davon ausgehen, dass es sich dabei um repräsentative Interaktionsmuster handelt.

Erste Episode - Gabriel interessiert sich für die Kamera

Gabriels affektiver Zustand: Sie sehen es an seinem Gesichtsausdruck: er ist weinerlich, raunzig, hat Zahnweh, ist nicht ganz ausgeschlafen. Aber er interessiert sich einen Moment für die Kamera. Diese Situation ist ja neu für ihn, und sie weckt sein Interesse.

Wie reagiert seine Mutter auf Gabriels Interesse für die Kamera?

Man sieht hier in der Anfangseinstellung, dass sie Gabriels Interesse für die Kamera - aus welchen Gründen auch immer - nicht teilt. Sie sieht Gabriel unverwandt an. Das "warum" lassen wir hier einmal absichtlich beiseite.

Worum geht es hier? Wir haben es hier mit etwas zu tun, was in der Säuglings- und Kleinkindforschung "*Joint focus*" genannt wird. Das gemeinsame Teilen eines Fokus ist eine von mehreren Voraussetzungen (neben „Beteiligung“, „Rollenbewusstheit“ und „Affekt Abstimmung“, vgl. Fivaz-Depeursinge, 1998) für einen Zustand gelingender affektiver Kommunikation. Die Fähigkeit zur gemeinsamen Aufmerksamkeit kommt mit ca. 8 Monaten so wirklich in Gang, Gabriel ist dazu längst in der Lage, aber seine Mutter ergreift diese Möglichkeit, die eine gute Chance zur Verbesserung seines affektiven Zustandes hätte, hier nicht. In dieser Anfangssequenz hat sie einen anderen Fokus, und man sieht in der folgenden Zeitlupeneinstellung, dass die beiden in ihren Motiven und Bewegungen alles andere als synchron sind.

Es passiert hier etwas sehr Interessantes: die beiden haben einen anscheinend ganz gegensätzlichen Rhythmus, was die Zuwendung zur Kamera betrifft. Wenn Gabriel zur Kamera sieht, schaut ihn seine Mutter an, und wenn Gabriel sich ihr zuwendet, dann schaut *sie* in die Kamera, und noch einmal.

Welche Bedeutung hat diese anfängliche Interaktion, in der sich Gabriel und seine Mutter nicht finden? Gabriels Mutter lässt eine gute Chance aus, Gabriel wirkungsvoll abzulenken bzw. mit ihm ein Erlebnis in positivem Affektzustand zu teilen. Sie hätte hier die Möglichkeit, sein Interesse zu kommentieren - schau, wer ist denn da! Oh, was macht der Mann hier? Aber weder kommentiert sie sein Interesse, noch ist sie von der Körperhaltung und Bewegung her mit ihm auf einer Linie, also ausgerichtet auf die Kamera.

Gabriel landet auch in der Folge, als sie seine Körperhaltung verändert, nicht bei ihr, sondern sucht sich ein äußeres Objekt, das ihn interessiert. In dieser ersten kurzen Szene, die nur ein paar Sekunden gedauert hat, konnten die beiden nicht zu einer gemeinsamen Interaktion finden, der Gabriels affektiven Zustand verbessert hätte. Auch der wohlgemeinte Kuss, der dann kommt, kann die Situation nicht verändern - ein Kuss ist in einem solchen Zustand nicht das, was Gabriel braucht, was ihn beruhigt.

Die Folge ist, dass Gabriels Grundstimmung, die ohnehin labil ist, sich nicht verbessert. Gabriel wendet sich daher ab, sucht woanders Ablenkung. Die Mutter lässt sich aber nicht irritieren, sie bemüht sich weiterhin, probiert etwas anderes aus.

Nächste Sequenz - Gabriel findet ein neues Objekt, das ihn interessiert

Gabriel hat ein neues Objekt gefunden, das ihn voll interessiert, das sieht man an seiner Körperhaltung - volle Ausrichtung auf das Objekt, das hier im Video nicht sichtbar ist (auch ich habe beim Filmen aus dieser Position nicht gesehen, um was es sich handelte). Er wendet sich also von ihr ab - Downing würde dies ein affektmotorisches Differenzierungsschema nennen, und sie sind häufig ein kritischer Bereich im Verhalten der Eltern. Wie antwortet seine Mutter?

Die Mutter akzeptiert zunächst Gabriels Wegbewegung. Aber dann: Die Mutter bringt, wie man sieht, ihr Gesicht in seinen Fokus. Das ist an sich eine problematische Geste, denn sie bringt sich damit in seinen Fokus, obwohl er mit seinem Fokus ganz woanders ist. In diesem Kontext, wo es darum geht, Gabriel irgendwie abzulenken, ist es aber vielleicht gar nicht so eine schlechte Idee. Denn: In diesem Kontext scheint es deutlich zu sein, dass die Mutter Gabriel beruhigen will, und dass ihr Bemühen, dies zu erreichen, nachvollziehbar ist. Sie lenkt ihn also ab, oder versucht es jedenfalls, indem sie sich selbst zu seinem Fokus macht.

Nächste Sequenz – Gabriel beschäftigt sich mit einem Gegenstand

Gabriel ist mit einem Gegenstand beschäftigt. Von der Grundstimmung her ist er aber weiterhin unruhig und raunzig, also unzufrieden. Wieder hat die Mutter seine Wegbewegung akzeptiert, das war gut. Die Mutter ist präsent, sieht was er tut, sie teilt die Aufmerksamkeit mit ihm, die beiden haben einen "joint focus". Dieser Teil des Zusammenspiels stimmt.

Aber was hier zusätzlich möglich wäre, das wären verbal begleitende Botschaften. Z.B. "Schau, was für ein schönes Auto", o.a., mit einer Stimmmodulation, die die Affektlage langsam in Richtung mehr positiv verschieben würde. Stattdessen sagt Gabriels Mutter "hallo" - und die Implikation von "hallo" ist eine andere.

Gabriel ist daher weiterhin raunzig, unzufrieden, die beiden kommen anscheinend auf dieser physischen Ebene der wechselseitigen Regulierung nicht besonders gut klar – zumindest nicht unter den gegebenen Bedingungen, d.h. der Erkrankung Gabriels und vielleicht auch der Videosituation. Hören Sie aber auch die Stimme der Mutter: sie nicht unbedingt eine weiche, erregungssenkende Charakteristik.

Man hat auch den Eindruck, die Mutter stellt keine bequeme Ausgangsposition für sich selbst her, um aus dieser heraus für Gabriel das Beste zu tun. Sie ist in Rückenlage, und wahrscheinlich körperlich selbst angespannt. Durch die Anspannung der Mutter ist diese in ihrer Fähigkeit, eine optimale Situation herzustellen, sicher beeinträchtigt. Downing sieht in der Fähigkeit, sich räumlich und zeitlich zu organisieren, eine eigene Kategorie von Handlungsschemata –

“space and time structuring schemas”. Eltern unterscheiden sich gerade in dieser Fähigkeit sehr stark voneinander.

Die Versuche, Gabriel durch Streicheln am Rücken und durch Küsse zu beruhigen sind sicherlich gut gemeint, aber auch sie scheitern.

Nächste Sequenz – Mutter schaut Gabriel erwartungsvoll an

Die Mutter ist offensichtlich unsicher bei dem, was sie tut, was Gabriel braucht. Es gelingt ihr nicht, ihn wirkungsvoll zu beruhigen. Sie schaut ihn nun an, als erwarte sie eine Klärung von ihm. Das kann Gabriel natürlich nicht liefern. Es ist, wie wenn sie von ihm ein eindeutiges Signal erwarten würde, was los ist, was er will, wie wenn sie dies in seinem Ausdruck lesen wollen würde. Auch dies hat natürlich keinen positiven Effekt auf Gabriel, er bleibt quengelig.

Diese Mutter ist insgesamt sehr bemüht, und trotz der Videosituation und trotz Gabriels schlechter Laune versucht sie immer wieder, etwas zu tun. Das ist sehr positiv. Gabriel gibt viele akustische Signale von sich. Sie antwortet darauf mit eher kurzen verbalen Botschaften, von eher flacher affektiver Qualität. Sie versucht sehr wohl Gabriel immer wieder zu helfen, aber die Art und Weise, wie sie es versucht, ist begrenzt erfolgreich. Was dieser Mutter nicht zur Verfügung steht, ist ihre Stimme in einer anderen, mehr auf Gabriels Vokalisationen abgestimmten Weise zu benutzen. Solche Laute hätten eine hohe Chance, ihn zu beruhigen - sie wären ein besseres affektives Echo.

In einem ersten Schritt würde man durch Nachahmen seiner Laute sich sozusagen einen Eintritt in seine Gefühlslage verschaffen. Gabriel würde das bemerken, er würde dies als positives Gespiegelt-Werden auffassen. In einem zweiten Schritt könnte die Mutter versuchen, durch subtiles Senken der Lautfrequenz Gabriels Zustand allmählich nach unten hin zu regulieren, was im allgemeinen eine hohe Chance der Beruhigung bietet. An sich ist ein solches mütterliches Verhalten spezifisch für das Säuglingsalter, es hätte aber auch hier gute Chancen, Gabriels Erregung zu senken.

Nächste Sequenz – Angebot eines Spiels

Deutlich ist schon hier, dass es dieser Mutter - jedenfalls in dieser Situation - schwerer fällt, Gabriel auf dem Wege des physischen Kontakts und der vokalen Abstimmung gefühlsmäßig zu erreichen. Die Mutter hat nun eine andere Idee, und diese ist nicht so schlecht: sie bietet ein Spiel an.

Die Mutter übernimmt in dieser Situation die Führung. Dabei sagt sie verbal kommentierend: wollen *wir* das spielen. Das ist nicht ganz korrekt, denn in diesem Moment ist sie es, die klar die Führung übernimmt, und passender wäre

daher z.B. ein Satz wie: *Ich* möchte das jetzt mit dir spielen.

Gabriel lässt sich auf dieses Spiel ein. Obwohl seine körperliche Position nicht sehr bequem zu sein scheint, richtet er seine Aufmerksamkeit auf das Spiel, d.h. auch er gibt sich Mühe. Sein Fuß deutet vielleicht an, dass er nicht vollständig dabei ist bzw. dass ein Teil in ihm noch frustriert ist. Aber der größere Teil von ihm ist kooperativ.

Nicht uninteressant ist, was die Mutter in der Szene für ein Spiel anbietet: es ist ein Spiel, bei dem Gabriel sich bemühen soll, Bauklötzchen in das richtige Loch hineinzuschieben. Also ein Leistungsspiel - vielleicht nicht unbedingt die allerbeste Idee bei einem etwas kranken Kind, aber es funktioniert: Gabriel ist interessiert. Gabriel verhält sich kooperativ.

Man sieht, diese Mutter ist auch nicht besonders kompetent in dem, was Downing Raum-und-Zeit-organisierende Körperstrategien nennt. Das sieht man an den eingenommenen Körperhaltung und am gemeinsamen Timing. Hier liegt nicht der stärkste Teil dieser Mutter. Daher bleibt ihre Fähigkeit, Gabriels Stimmungszustand positiv zu regulieren, begrenzt.

Nächste Sequenz – Mutter gibt Gabriel ein Bauklötzchen

Wir sehen nun etwas, was Downing ein Verbindungsschema nennt - die Mutter gibt Gabriel einen Baustein. Jemandem etwas zu geben, ist ein fundamentales Verbindungsschema. Interessant ist hier ihre begleitende Vokalisation: ein plötzliches und brüskes "da". Auch dieses "da" ist etwas, was einen eher ansteigenden Erregungsfluss hervorruft, in dieser so labilen Situation wäre ein ruhiges "da", begleitet von einer langsamen Geste, eher geeignet, Gabriel weiter zu beruhigen.

Trotzdem hat sie damit Erfolg - zumindest zunächst; dann aber lehnt er sich zurück, er ist nicht zufrieden, er wirft den Stein wieder weg. Es scheint, als wolle er sich jetzt nicht bemühen, den Stein in das Loch hineinzukriegen. Er wendet sich weg von der Spielsituation, seine Mutter richtet sich auf, dann nimmt sie ihn hoch. Und sie kommentiert wieder mit einem "oje", das wiederum nicht eine beruhigende, sondern vielleicht eher eine tadelnd-kritische Qualität in sich birgt, und dabei geht sie körperlich auf Distanz. Für Gabriel wirkt dies wahrscheinlich irritierend, möglicherweise kennt er sich jetzt nicht aus, was seine Mutter von ihm will.

Nächste Sequenz – Mutter ändert Gabriels Körperhaltung

Gabriel richtet sich frustriert auf. Intuitiv hilft ihm nun die Mutter in eine körperlich bessere Position, seine Körperhaltung zuvor war nicht so günstig.

Wieder hat sie Erfolg. Er konzentriert sich aufs Spielzeug. Er scheint sich zu beruhigen, nimmt das Spielzeug, kooperiert. Er versucht das Richtige zu tun. Er hat nun auch Rückenunterstützung, und diese bessere Körperhaltung ist wie ein Fundament, wodurch Gabriel seine Arme besser benutzen kann. Und er zeigt Interesse. Er nimmt die Bausteine, versucht den gelben Stein ins Loch reinzutun, wirkt nicht mehr so frustriert wie zuvor. Seine Stimmung hat sich anscheinend gebessert.

Nun tut die Mutter etwas Ausgezeichnetes. Sie sagt: "Super!" Ihre Stimme wirkt nun lebendig, sie hat eine positive und bestätigende Qualität. Auch das Timing ist gut, sie sagt dies kurz nach Gabriels motorischer Aktivität.

Bilanz

Man kann aus den bisherigen Sequenzen – sicher ein wenig spekulativ - schlussfolgern, dass diese Mutter besser umgehen kann mit Bereichen, die erst später im Leben des Kindes auftauchen - also konkretes Spiel, wahrscheinlich auch Sprache. Wo diese Mutter nicht so sicher ist, das ist der direkte Körperkontakt und der Gebrauch ihrer Stimme, der wenig moduliert wirkt. Die frühe, körperlich-stimmliche Regulation, ist bei ihr weniger gut ausgebildet. Daher werden Gabriel und sie bessere Möglichkeiten haben, in der verbal geteilten Aufmerksamkeit gemeinsam lustvolle und positive Erfahrungen zu machen - und nicht so sehr in der frühen physischen Welt der unmittelbaren Körperkontakte, des Kernselbst-Empfindens. Prognostisch bedeutet dies, dass die gegenseitige Abstimmung zwischen ihnen besser wird, je älter Gabriel wird, weil er dann immer mehr in die Welt hineinwächst, in der seine Mutter gut kann.

Man kann auch sagen: es liegt hier sicher nicht ein optimales Anstimmungs- und Interaktionsmuster vor, doch gelingt es dieser Mutter immer wieder, dyskoordinierte Zustände zu reparieren. Die Repair-Quote ist also insgesamt befriedigend, was uns zeigt, dass es sich hier im großen und ganzen um eine normale Interaktion handelt. Diese Mutter ist sicher genügend gut, beide haben gemeinsam genügend Erfolg miteinander. Positiv ist besonders zu vermerken, dass die Mutter es sogar in der für sie ungewohnten Videosituation schafft, Gabriel immer wieder zu beruhigen.

Die Fähigkeit, ein Kind zu beruhigen, entspricht einer spezifischen Gruppe affektmotorischer Schemata. Beruhigende Aktivitäten werden im Leben des Kindes viele tausende Male gemacht. Und daher kann man davon ausgehen, dass es sich dabei um ein Muster handelt, das auch gewisse Weise innerlich repräsentiert wird - als ein Rig. Die spezifische Interaktion, wie Gabriel und seine Mutter in für ihn unlustvollen Zuständen umgehen, wird im Sinne eines Rigs abstrakt mental abgespeichert. Gabriel wird aller Voraussicht nach in die Richtung gehen, dass er - wenn er sich beruhigen will - mehr nach außen geht,

in konkrete Handlungen, vielleicht auch in Leistungssituationen, und nicht so sehr die Beruhigung in sich selbst, durch Zentrierung auf sich selbst, oder durch Körperkontakt mit anderen sucht. Er wird voraussichtlich später in seinem Körper nicht so gut ruhen, weil er gemeinsam mit seiner Mutter dieses basale Fundament nicht so gut entwickeln konnte.

Da seine Mutter leistungsmäßiges Verhalten zu fördern scheint und in diesem Bereich positiv-affektiv reagiert, besteht bei Gabriel die Chance, dass er sich auf der Leistungsebene Befriedigung künftig verschaffen kann.

Noch etwas kann man sagen: die Mutter ist mit ihrem Kopf an Gabriel immer wieder sehr nah dran - auch wenn von ihm kein spezielles Signal ausgeht, dass er Nähe möchte. *Sie* ist diejenige, die diese Nähe immer wieder herstellt. Wenn sie meinte, Gabriel sei an sie fixiert, würde ich eher umgekehrt sagen: die Videos zeigen, *sie ist an ihn fixiert*.

Video 2: Jeremy

Jeremy ist 22 Monate alt, seine Mutter ist verheiratet ist mit einem Nigerianer. Jeremys Mutter erwähnte vor dem Video, dass sie mit Jeremy gerade in einer schwierigen Phase sein. Es gebe immer wieder Machtkämpfe, und sie sei in ihren Abgrenzungen ziemlich strikt, denn wenn ihm den kleinen Finger reicht, dann nimmt er gleich die ganze Hand. Das Video zeigt, wie Jeremy und seine Mutter in einen Machtkampf geraten, und wie dieser sich anbahnt. Im folgenden beschäftige ich mich damit, wie sich dieser Machtkampf anbahnt.

Die im Video dargestellte Szene hat mit einem Spielflugzeug zu tun, an dem Jeremy interessiert ist, den die Mutter aber ihm nicht überlassen möchte. Sie sagte ja: es sei ihr wichtig sich strikt abzugrenzen, ihm ja nicht den kleinen Finger zu reichen.

Jeremy ist am Flieger interessiert, er freut sich, macht eine Vokalisation. Er steigt in seiner Vokalisation an, signalisiert mit seiner Stimme ansteigende Erregung, Vorfreude; die Mutter hingegen kann auf akustischer Ebene dieser Erregungskurve nicht folgen - schon hier deutet sich an, dass es möglicherweise um einen Mangel an "affect attunement" seitens der Mutter geht.

Die Mutter ist hier sichtlich daran interessiert, den Flieger zusammenzubauen, also die Flügel anzustecken - sie ist weniger an Jeremys Gefühlszustand interessiert. Diese Mutter gibt sehr wenig affektives Echo - z.B.: schau, wie interessant! Wir könnten mit dem Flieger das und das ... machen! In ihrem Stimmausdruck wirkt sie eher flach und mechanisch; vielleicht auch erschöpft.

Anstatt irgendein gemeinsames Spiel mit dem Flieger zu erfinden, nimmt sie Jeremy den Flieger weg, und zwar ohne Vorbereitung. Jeremy reagiert daraufhin enttäuscht, einerseits weil der Flieger weg ist, aber auch weil das gemeinsame Tun nun unterbrochen ist, weil die Mutter ihrem eigenen Programm folgt, ohne sich auf Jeremy abzustimmen oder zumindest mit ihm zu verhandeln.

Mit 22 Monaten - so alt ist Jeremy - könnte man mit ihm bereits verhandeln. Denn für Kinder ist es genauso wichtig zu lernen, dass Mütter eigene Wünsche haben, und dass man um Bedürfnisse verhandeln kann. Leider ist diese Mutter hier dazu nicht in der Lage. Sie hängt den Flieger einfach auf, ihr Gesicht ist affektlos, auch Jeremy sieht nicht gerade freundlich aus. Der Keim zum späteren Machtkampf wird bereits hier gesät.

Insgesamt wirkt sie in ihren Handlungen relativ didaktisch, hingegen kann sie eher nicht so gut eine positive Atmosphäre schaffen. Trotzdem hat diese Mutter eine Menge positiver Fähigkeiten zur Verfügung, wie wir noch sehen werden, z.B.: eine positive beschreibende Sprache für eigene Aktivitäten, eine Bereitschaft ihm Dinge zu zeigen, ein Bemühen neue Angebote zu machen.

Die Mutter hat nun die Idee, sich mit Jeremy mit einem Buch zu beschäftigen. Jeremy ist kooperativ. Er bleibt sitzen, als sie das Buch holt. Trotzdem ist das Flugzeug noch nicht vergessen: er sagt aber nur mehr "Flugzeug" anstatt zu rebellieren. Die Mutter schaut zum Flieger hin, sie erkennt, dass Jeremys Interesse wieder dorthin geht, gibt aber wieder keine affektive Unterstützung. Z.B. könnte sie sagen: Schau, ein Flieger in den Wolken! Oder sie könnte auf die Fantasieebene gehen und eine Geschichte über das Flugzeug erfinden. Aber auch diese symbolische Fantasieebene ist ihr vermutlich wenig zugänglich.

Angestrengt und etwas genervt wirkt diese Mutter, ohne Spaß, wenig Zufriedenheit mit sich selbst strahlt sie aus. Diese Stimmung überträgt sich auf Jeremy. Eine kurze Weile ist er kooperativ, dann reagiert auch er unwillig und genervt. Ein weiterer Schritt in Richtung einer Eskalation ist getan.

Das Manko besteht hier darin, dass Jeremys Gefühle wenig anerkannt werden. Z.B. könnte man sagen: Leider können wir mit dem Flieger nicht spielen, schade auf eine solche Weise würde man sich mit Jeremys Affekten verbinden. Diese Mutter aber handelt eher so, wie wenn sie Jeremy Wünsche entwerten würde.

Wünsche sind aber im Zentrum von Autonomiebestrebungen, und da Jeremys Mutter sich nicht mit seinen Wünschen auseinandersetzt, kommt es später zur Zuspitzung. Wichtig wäre es daher, zunächst seine Wünsche zu bestätigen, sie wertzuschätzen. Da seine Mutter das nicht tut, ist Jeremy voll von gemischten Gefühlen, seine Enttäuschung wird zunehmend mehr mobilisiert. Seine

Protestbereitschaft wächst, der vorhandene Spielraum, ihn umzustimmen, wird geringer und geringer. Der Verhandlungsspielraum, den die Mutter eröffnen kann, ist ohnehin gering.

Bilanz:

Im Vergleich zu Gabriel und seiner Mutter ist das Verhältnis von "dyscoordination" und "repair" mehr in Richtung "dyscoordination" verschoben, also mehr im pathologischen Bereich. Jeremy muss viele Enttäuschungen ertragen, und diese sammeln sich in ihm und erzeugen zunehmende Wut. Gemeinsam mit dem vorigen Video ist, dass auch Jeremy immer wieder bemüht ist kooperativ zu sein, und dass sich auch die Mutter abmüht, allerdings mit weniger Erfolg als Gabriels Mutter.

Zur Prognose – wieder ein bisschen spekulativ: Jeremy wird sich möglicherweise mit seiner Mutter identifizieren, Enttäuschung und Wut in sich ansammeln, aber - wenn er in seinem Protest nicht erfolgreich ist - diese Gefühle abspalten und verdrängen und vielleicht ähnlich trocken und mechanisch werden wie seine Mutter. Aber wir wissen nichts über den Einfluss des Vaters, und überhaupt müssen wir feststellen, dass Entwicklungen sehr komplex und schwierig voraussagbar sind und dass auch spätere Lebensabschnitte bedeutsame Wendungen mit sich bringen können.

Was braucht ein Baby von seinen Eltern:

- Einfache, kontrastreiche, gut abgrenzbare Verhaltenseinheiten
- Häufige Wiederholungen von Verhalten, die das Kind womöglich durch eigenen Aktivitäten voraussagbar auslösen kann (Kontingenzerfahrungen)
- Ein kompensatorisches Ausgleichen noch mangelhaft entwickelter motorischer Fähigkeiten

Eltern sollten darüberhinaus (ebenso wie Therapeuten!) in der Lage sein, Unsicherheit, Angst und Unstimmigkeit zu ertragen – je mehr sie dies können, umso besser. Eine Elternfigur, die darin kompetent ist, kann das Baby, das sie anfangs noch nicht wirklich kennt, Schritt für Schritt wirklich zu *ihrem* Baby zu machen – für den Therapeuten gilt das gleiche mit seinem Patienten.

Petzold (1993) fasst wesentliche „Parenting“-Funktionen zusammen. Eltern sollen folgendes können:

1. sich auf die emotionale Lage des Kindes einstimmen
2. mimische und vokale affektive Botschaften austauschen
3. Gefühle und innere Zustände mit affektiver Intonation differenziert benennen
4. Umstimmen von Affekten des Unwohlseins in Richtung positiver

Gefühlslagen

5. Fördern von Kommunikationsvielfalt in komplexen sozialen Situationen
6. Vermitteln von Sicherheit durch Gewährleisten schützender Inselerfahrungen
7. Bereitstellen stimulierender Angebote durch Spiel, Experimentieren, Wahrnehmung- und Erfahrungsmöglichkeiten mit allen Sinnen
8. Hilfe bei der kognitiven Strukturierung von Situationen
9. Ermöglichen empathischer Verhaltensweisen von Seiten des Kindes zum Erwachsenen im Sinne mutueller Empathie
10. Aushandeln von Grenzen in der Kommunikation, damit der potentielle Raum (Winnicott) zugleich Freiraum und Struktur, Explorationsmöglichkeit und Sicherheit bietet

All diese Verhaltensweisen kommen bis zu einem gewissen Grad auch in der Therapiesituation – allerdings nicht im Sinne einer 1:1-Übersetzung. Ein Beispiel aus meiner psychotherapeutischen Landpraxis: Durch Beachtung der stimmlichen Modulation kann man den Affektzustand des Patienten bewusst verändern, auch ohne dies anzusprechen. So kann man durch gezielten Einsatz der eigenen Stimme z.B. bei depressiven Patienten die Affektlage in Richtung mehr Vitalität anheben, oder bei Angstpatienten die Erregung gezielt herunterregulieren. Auf diese Weise manipulierte ich den Affektzustand des Patienten, was mir unter den gegebenen Umständen oft durchaus sinnvoll erscheint.

Sowohl in der Eltern-Kind- als auch in der Therapeut-Patient-Interaktion entstehen dadurch bei genügend vielen Wiederholungen innere Repräsentanzen, die dann dazu beitragen, die psychische Struktur des Patienten in positiver Weise zu verändern.

Ich möchte mit einer Metapher schließen: im Falle von gelingender Therapie wird die positive Interaktion mit dem Therapeuten ein Teil der inneren Repräsentanzenwelt des Patienten. Der Therapeut wird, wie Kernberg (1992) es ausdrückt, ein „Freund im inneren Wald des Herzens“ des Patienten.

Literatur

- Dornes, M. (2000): Die emotionale Welt des Kindes. Fischer, Frankfurt/M.
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. Kösel, München
- Downing, G. (2000): The preverbal foundations of adult sexuality. Vortrag, gehalten am 2. Wiener Symposium Psychoanalyse und Körper, Sept. 2000, Mitschrift, beim Autor
- Fivaz-Depeursinge, E. (1998): Gestische und mimische Interaktion in der primären Dreiecksbeziehung. Therapeutische Implikationen. In: Geißler, P.,

- Rückert, K. (Hg.): Psychoanalyse und Körper. Psychosozial, Heft 74, S. 33-43
- Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. Gesammelte Werke, Bd. XIII, Fischer-Verlag, Frankfurt, S. 235-289
- Kernberg, O. (1992) Narzissmus. Vortrag, gehalten in Salzburg, Audiocassette, beim Autor
- Koemeda-Lutz, M. (1996): Emotionen als Beweggrund: Bausteine zu einer bioenergetischen Affekttheorie. In: Ehrensperger, T. (Hg.): Zwischen Himmel und Erde. Körper und Seele, Band 5, Schwabe, Basel, S. 143-163
- Papousek, M. (1989): Die Bedeutung früher Erfahrung. Frühe Kommunikation des Säuglings mit seiner Umwelt. Vortrag im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen, auf Audiocassette
- Petzold, H. (1993) (Hg.): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung – Bd. 1. Die Herausforderung der Längsschnittforschung. Junfermann, Paderborn
- Scharff, J. (1998): Der „Erfahrungsraum“ der Psychoanalyse und der „Erfahrungsraum“ bei inszenierender Interaktion: ein erster Vergleich. In: Geißler, P., Rückert, K. (Hg.): Psychoanalyse und Körper. Psychosozial, Heft 74, S. 45-5
- Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett, München
- Stern, D. (1999): Interview mit Daniel Stern, in: Geuter, U.: Freie Assoziationen auf der Couch. Eine Psychotherapie, die berührt. In: Süddeutsche Zeitung, 20.10.1999