

Interview mit Marek Szczepański

Interview, geführt vom 7. April bis 13. Oktober 2024

Marek Szczepański, Dipl.-Psych., geb. 1964, Studium der Philosophie in Lublin/Polen, Studium der Psychologie in Frankfurt a.M., Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut, Körperpsychotherapeut (Ausbildung bei M. Thielen, U. Geuter), jahrelange klinische Tätigkeit, zuletzt explizit als Körperpsychotherapeut, niedergelassen in einer Privatpraxis in Berlin.

Veröffentlichung:

Szczepański, M. & Gödeke-Krebs, P. (in Vorbereitung): *Berührungs-orientierte Psychotherapie. Exportbemühungen.* körper tanz bewegung, Ernst Reinhardt Verlag

P. G.: Wenn Sie sich an Ihre Rolle der Patientin / des Patienten (ev. auch der Teilnehmerin / des Teilnehmers an einer Selbsterfahrungs- oder Fortbildungsgruppe) zurückerinnern - fallen Ihnen diesbezüglich Episoden ein, innerhalb derer konkrete körperliche Berührung „am eigenen Leib“ eine besondere Bedeutung hatten?

M.S.: Ich kann leider nicht widerstehen, am Thema leicht vorbei zu antworten. Ich möchte eine Episode erzählen, die sich während meiner Ausbildungszeit zum Verhaltenstherapeuten ereignete. In einem Seminar haben wir da gerade besprochen, dass körperlicher Kontakt in der Psychotherapie absolut tabu ist. Die Teilnehmer meldeten an, dass das nicht immer einfach ist, keine stützende Geste zu zeigen. Der Dozent, gleichzeitig der Institutsleiter und ein renommierter Fachmann, erklärte, dass man in einem solchen „Notfall“ die

neutralste Stelle am Körper sanft-professionell mit der Hand berühren dürfte. Er zeigte uns die Stelle – ein relativ kleiner oberer, hinterer Bereich des Oberarms – und demonstrierte den professionellen Ablauf einer solchen Geste. Man stelle sich das bitte ein wenig „päpstlich“ vor.

Wenige Tage später saß ich einer jungen, attraktiven, bis dahin recht selbstbewusster Patientin gegenüber, die damit Schwierigkeiten hatte, eine gute, mitfühlende emotionale Anbindung zu sich selbst aufzubauen. Plötzlich, so schien es, wurde ihr zum ersten Mal auf spürende Art und Weise bewusst, welchen Schaden der frühere Missbrauch bei ihr hinterlassen hat. Ihre Haltung brach in sich zusammen, sie senkte den Kopf und fing an, bitterlich zu weinen. Sie war ein Häufchen Elend. Und die Tränen wollten nicht aufhören zu fließen. Es war einer der Momente, in denen man ahnt, was Sozioreflexe bedeuten. Ich konnte es kaum unterdrücken, sie nicht zu umarmen. Das Seminar-Wissen war aber noch präsent. Ich postierte meinen Stuhl seitlich links, leicht hinter ihr und legte meine Hand sanft auf die besagte Stelle.

Die Patientin ergriff augenblicklich mit ihrer rechten Hand meine Hand und krallte sie förmlich hinein. Obwohl sie brav sitzen blieb, schien ihr ganzer Körper sich an meiner Hand festzuhalten. Und, das war für mich das erstaunlichste, für das Weinen gab es kein Halten mehr. Jetzt waren alle Dämme gebrochen. Die Patientin hatte es nicht mehr im Griff. Und sie wollte es nicht mehr im Griff haben. Ich wusste damals noch nicht so viel übers Weinen. Doch alles in mir vermeldete, dass hier ein Urinstinkt am Werk ist und nichts soll das bitte stören. Und es sollte dauern. Zwei Mal musste ich zur Tür, um für spätere Slots bestellte Patienten wegzuschicken. Zwei Mal setzte ich mich wieder hin und legte meine Hand auf ihren oberen, hinteren Oberarm. Und die Tränen flossen und flossen, immer weiter.

Warum mir diese Episode bei dieser Frage einfällt? Hm, ich bin mir nicht sicher. Es könnte etwas damit zu tun haben, dass ich zu der Zeit selbst auf viel zurückgehaltener Trauer saß. Und ich fing an zu verstehen, dass man manchmal nicht Worte, sondern eine Hand braucht, um weiterzukommen.

P. G.: Ich kann Ihnen gut folgen, und derartige Beispiele, wenn „alle Dämme brechen“, sind mir wohlvertraut. Ich wundere mich, dass auch in Ihrem Bereich – den ich nicht kenne – körperliche Berührung, von „Notfällen“ abgesehen – absolutes Tabu ist. Im psychoanalytischen Feld wird in diesem Zusammenhang immer wieder der Begriff „Abstinenz“ bemüht und einer ihrer gegenwärtig wichtigen Vertreter formuliert das Risiko der Berührung so: „Die faktische taktile Berührung ist verzichtbar, denn die Stimme der Analytikerin oder des Analytikers berührt das Körperselbst, die gemeinsame Aufmerksamkeit berührt das Leibliche, das resonante Spüren der leiblichen Gegenübertragung hat eine Wirkung auf das Körperselbst der Analysandin oder des Analysanden. Abstinenz ist in der Arbeit mit leiblichen Konstellationen zentral, weil hier Verletzlichkeit und Gefahr der Retraumatisierung besonders groß sind“ (Leikert 2022, S. 14). In dieser Aussage ist enthalten, dass Berührung mit der Gefahr einer Retraumatisierung in einer besonders verletzlichen Situation einhergehen kann. Leikert hat sicher Recht damit, dass das im Prinzip geschehen *kann*, schüttet aber aus meiner Sicht das Kind mit dem Bade aus. Ihr Beispiel legt aus meiner Sicht ja eher die Vermutung nahe, dass in bestimmten Fällen auch die *Verweigerung einer körperlichen Berührung* retraumatisieren kann.

Wie begründet denn Ihr Dozent dieses Berührungstabu? Ist dieses Tabu tatsächlich auf weite Teile der Verhaltenstherapie generalisierbar?

M.S.: Sie treffen aus meiner Sicht einen wichtigen Punkt. Das Kind wird insofern mit dem Bade ausgeschüttet, als nicht in Betracht gezogen wird, dass beide - die taktile und die sprachvermittelte Berührung – dasselbe vermögen: wirksam behandeln oder eben verletzen, mitunter erneut verletzen.

Die interessante Frage hierzu könnte somit lauten: Unter welchen Bedingungen passieren Verletzungen bei der einen oder anderen Form der Berührung?

Ungeachtet aller anderen Fragen, die sich daraus ergeben (etwa die grundsätzliche Frage nach der Natur der Berührung und wie verändert sich diese durch mediale Vermittlung), möchte ich einen Aspekt herausgreifen. Bei der sehr wichtigen Aufgabe, die verletzende von der nicht-verletzenden Berührung zu unterscheiden, können wir uns oft nur auf unser situatives Erleben verlassen, das achtsame, dialogische Hinspüren. Hier mag der sprachlich-kanalisierte „Remote-Modus“ einige Vorteile aufweisen. Als Körperpsychotherapeut bin ich allerdings geneigt zu postulieren, dass das Sich-Näher-Kommen auch einige Vorteile mit sich bringt. Ein wichtiger Vorteil für das Erkennen der potenziellen Verletzbarkeit durch Berührung ist die bessere Sichtbarkeit der Wirkung. Um es plakativer auszudrücken, das unmittelbare Operieren direkt am spürenden Leib gibt uns mitunter die klarere Orientierung, wo wir uns in den Prozessen befinden.

Und zu Ihrer Frage: wie hat der Dozent das Tabu damals begründet? In meiner Erinnerung hat er es gar nicht begründet. Vielmehr scheint mir, dass ganz im Sinne vom problematischen „risk management“ (vgl. dazu etwa die Ausführungen bei Ofer Zur) implizit und überpauschalisierend vermittelt wurde, dass der Patient eine juristische Gefahrenquelle darstellt. Das Fordern des Verzichts von taktilem Berührung schien mehr im Therapeuten- als Patientenschutz begründet zu liegen.

P. G.: Ist Ihre Erfahrung, dass diese Orientierung am direkt spürenden Leib ausreichend verlässlich ist? Ich denke da im Moment an Patient:innen mit einer Dissoziationsneigung. Meine Frau und ich hatten unlängst ein Fortbildungsseminar geleitet und in diesem Kontext fand die szenische Arbeit mit einem männlichen Teilnehmer statt, der den Versuch wagen wollte, sich von der Gruppe als „Mutterkörper“ tragen zu lassen. Wir arrangierten die Szene in sehr kleinen Schritten, waren als durchaus achtsam und vorsichtig. Es fiel uns auf, dass dieser Mann sich zwar auf die „Übung“ einließ, d. h. die Gruppe fasste ihn am Körper und hob ihn hoch, sich aber nicht wirklich zu entspannen vermochte, sodass wir – als wir es merkten – sie Gruppe aufforderten, seinen Körper wieder auf den sicheren Boden zu legen und dort angekommen vermochte er etwas mehr loszulassen und die Berührungen der anderen auch zu genießen. Später kam er in einer Pause zu uns und erzählte uns von einem absolut traumatischen familiären Hintergrund (Gewalt und Übergriff waren an der Tagesordnung). Wir waren überrascht und fragten uns in der nachfolgenden Leiterreflexion, ob wir womöglich übersehen hatten, dass dieser Mann schon *vor* dem Hochheben seines Körpers durch die Gruppe in einer dissoziativen Verfassung war; ob er nicht einfach die Übung probieren wollte, ohne seine innere Verfassung ausreichend zu beachten und eine Grenze einzuziehen. Tatsächlich stelle sich noch etwas später heraus, dass das „Grenzen-ziehen“ zu seinen Hauptproblemen gehört.

Nun, es war eine Fortbildung, an der jeder Teilnehmer eigenverantwortlich teilnahm, also keine Therapie. Und wir sahen alle Teilnehmer zum ersten Mal. Dennoch hat uns diese Erfahrung etwas nachdenklich gestimmt, denn obwohl wir beide erfahrene Therapeuten sind, haben wir trotzdem womöglich etwas Wichtiges übersehen. Was sind diesbezüglich Ihre Erfahrungen?

M.S.: Ich muss da an einen Patienten denken, den ich im stationären Setting für wenige Sitzungen behandeln durfte. Es war ein gebildeter, gut situierter Mann mittleren Alters, ein Lehrbuch-Familienvater, der seit etlichen Jahren jeden Morgen vor der Arbeit minutenlang „erbrechen“ musste. Die Attacken waren so dramatisch, dass sie immer wieder in heftigen Dämmerzuständen bis hin zu Bewusstseinsverlust mündeten.

Aus der Anamnese wusste ich, dass der Patient über einen Kaiserschnitt zur Welt kam. In einer kleinen szenischen Arbeit habe ich den Griff des Geburtarztes direkt am Patienten nachgespielt (in der perinatalen Supervision habe ich mir zuvor beibringen lassen, welche Technik in den Jahren, in denen der Patient zur Welt kam, üblich war).

Der Effekt war maximal frappierend. Die Reaktionen des Patienten waren hochemotional, und zwar in Abhängigkeit von der Entfernung meiner nach seinem Hals greifenden Hand. In gewisser Entfernung war da ein angstvoll-gebannter Tunnelblick. Eine Armlänge entfernt kam ein hasserfülltes, inneres Beben. In unmittelbarer Nähe, aber noch nicht die Haut berührend, kamen die (wohlbekannten und unkontrollierbaren) Würgereflexe. Und schließlich in dem Moment, in dem meine Hand seinen Hals erreichte, dissoziierte er urplötzlich unter kompletten Verlust der Muskelspannung.

Die Abfolge dieser Reaktionen war frappierend stabil. Sie ließ sich beliebig oft wiederholen. Am spannendsten war jedoch die Reaktion des Patienten. Wie ein Schatzsucher sprang er auf und verkündete aufgeregt: „Das ist es! Wir haben es! Genau das ist es!“

Innerhalb kürzester Zeit – es waren wirklich einige wenige Sitzungen – konnte der Patient erlernen, die „reingreifende Hand“ zu packen und (für den

Therapeuten richtig schmerzhaft) zurückzuweisen. In einer der Nächte hatte er einen Traum, in dem er erkennen konnte, dass er einigen Menschen auf seiner Arbeit die Macht gibt, in ihn „hineinzugreifen“. Er wusste sofort, wer diese Menschen sind und hat beschlossen, sie persönlich darauf anzusprechen und klare Grenzen zu ziehen. Er hat mir später berichten können, dass die Attacken, nachdem er es getan hat, nie wiederkamen.

Technisch gesehen, hat der Fall aus meiner Sicht einige interessante Ebenen, z.B. wie man mit Grenzverletzungen oder dissoziativen Zuständen produktiv arbeiten kann. Ähnlich, wie in dem von Ihnen beschriebenen Fall scheint die Ohnmacht aus früheren Berührungs-Erfahrungen herzurühren. Gleichzeitig demonstriert der Fall ganz gut, mit welchen Chancen und Risiken ein entdeckendes Arbeiten (vgl. Ulfried Geuter, 2019, S. 132 ff.) lebt.

So ganz nebenbei. Es würde mich schon interessieren, was Leikert zu diesem Fall sagen würde. Würde die Arbeit mit Berührung für verzichtbar halten? Würde er auch hier von der Gefahr der Retraumatisierung sprechen wollen?

P. G.: Soweit ich Leikert kenne und verstehe, würde er den Patienten keinesfalls körperlich berühren. Aus unserer Sicht ist das ein krasses Manko und so etwas wie eine vergebene Chance. Ich würde entgegenhalten, dass der „psychoanalytische Raum“ doch ein ganz anderer Handlungsraum ist als der unsrige, gekennzeichnet von eigenen Logiken des Vorgehens, die sich von den unsrigen doch mehr oder weniger stark unterscheiden. Insofern will ein Teil von mir Sebastian Leikert verteidigen, weil er ein erfahrener und durchaus sensibler Therapeut ist, der halt derartige Themenstellungen auf seine eigene Weise angeht. Ob er damit in einer Weise erfolgreich sein kann, wie Sie sehr anschaulich bei Ihrem Patienten beschreiben, vermag ich nicht zu beurteilen, kann es mir allerdings tatsächlich schwer vorstellen! Ich hoffe, dass es eines

Tages eine *objektive* und vergleichende Psychotherapieforschung geben wird (sofern das in unserem Tätigkeitsfeld überhaupt möglich ist), die in der Lage ist, Antworten auf die Frage zu liefern, ob eben körperliche Berührung in bestimmten Fällen verzichtbar ist oder nicht. Im Moment fürchte ich, können wir lediglich Vermutungen anstellen.

Aber Ihr Beispiel ist ja genau eines von denen, die den körperpsychotherapeutischen Zugang so attraktiv machen, weil der Evidenzcharakter des Erfahrenen unglaublich groß ist. Aus meiner eigenen körperpsychotherapeutischen Vorgeschichte kann ich das durchaus bestätigen!

Eine damit verbundene Frage ist die folgende: Aufgrund eben solcher eindrücklichen Erlebnisse habe ich immer wieder (in der Vergangenheit – all dies liegt 30 bis 40 Jahre zurück) die Erfahrung gemacht, dass die Idealisierung des Therapeuten / der Therapeutin sehr stark werden kann. Ihr / ihm wird bzw. wurde die Fähigkeit zugeschrieben, derartiges fast magisch anmutendes Geschehen bewirken zu können. Mein damaliger Lehrtherapeut beispielsweise war aus der Sicht meiner damaligen Kollegen und mir so etwas wie ein „spiritueller Meister“, den man quasi auf einer anderen geistigen Ebenen ansiedelte – er schien über ein Wissen zu verfügen, das sich unserem Zugriff entzog. Heute würde ich sagen, er war so etwas wie ein „Guru“ und nutzte diese Zuschreibung und Idealisierung ganz bewusst, wobei ich das gar nicht im negativen Sinn meine, jedenfalls nicht ausschließlich. Er vermochte auf seine Weise solche von Ihnen beschriebene „Effekte“ ganz regelmäßig „auszulösen“ (meine Beschreibung ist zu funktional, ich weiß, aber ich schreibe einfach mal frisch aus der Feder). Das war ungeheuer beeindruckend! Sehen auch Sie – aus Ihrer Erfahrung heraus – in solchen therapeutischen Zusammenhängen das Risiko der (übermäßigen) Idealisierung des Therapeuten bzw. wie gehen Sie mit solchen Idealisierungen um?

M.S.: Ich muss bei der Frage schon sehr schmunzeln. Ich glaube, es gibt nicht viele Rollen / Figuren, die mir suspekter sind als die der spirituellen Gurus. Und wenn ich das schreibe, dann erschrecke ich gleichzeitig darüber, wie wenig ich dieses Misstrauen bis dato reflektiert habe.

Reflexhaft suche ich die Begründung in meiner Sozialisierung. Ich möchte hier nicht mit biografischen Details langweilen, aber man stelle sich bitte eine Ostblock-Provinz vor, in der spirituelle Empfindungen sich um schwarze Katzen, Oblaten, Beichtstühle, Nationalfahnen oder Parteibücher herum organisieren. Ein gemeinsamer Nenner ist schnell gefunden: keine kritischen Nachfragen, keine Diskussionen, keine Zweifel. Sowohl die damaligen „spirituellen Meister“ als auch die „Follower“, die sich um diese Meister in indifferent wirkenden Kollektiven herum gruppiert haben, haben keine Werbung für potentielle Guru-Ambitionen gemacht. Der sachlich pragmatische Blick auf die Alltagsbewältigung (im Polnischen: „sich durchs Leben kombinieren“) strahlte mehr Attraktivität aus.

Im Westen waren es dann der Joint und die Buddha-Statue, um die herum der kritische Zweifel keine Heimat finden konnte. Der Weg zur Körperpsychotherapie über den Umweg der akademischen Psychologie und der Verhaltenstherapie erlaubt kein erleuchtetes Ankommen, zumindest nicht uneingeschränkt ;-)

Dafür würde ich gerne ein Beispiel erzählen. In einem Workshop zur Sexualität, der ein Teil der KPT-Ausbildung bei Manfred Thielen war, wurden die „ozeanischen Gefühle“ thematisiert. Die von Wilhelm Reich postulierte Hingabe an die sexuellen Berührungen und das Strömen der sexuellen Gefühle, wurde den von Sigmund Freud geäußerten Zweifeln an diesen Gefühlen

gegenübergestellt. Das Zweifeln an sich wurde von Manfred als angstgetrieben gedeutet. Und wenn ich auch hier eigene Logiken des psychoanalytischen Denkens vermute, mein Ostblock-Unbehagen war schnell geweckt. ;-)
Die Körperpsychotherapie erlebe ich nicht als frei von solchen religiös anmutenden Glaubenssätzen. Sich damit zu versöhnen, ist ein schwieriger Prozess.

Auch wenn das nur einen Aspekt Ihrer Frage aufgreift, möchte ich folgendermaßen antworten. Unsere Patienten bringen spirituelle Welten mit. Versucht man die Spiritualität weit zu fassen, dann sind das hochkomplexe subjektive Weltarchitekturen, die das Erleben zu stabilisieren, zu verankern versuchen. Explizite religiöse Überzeugungen sind da wohl nur ein kleiner Teil dessen.

Aus der Berührungsperspektive scheinen diese Architekturen durch spezifische Sensibilitäten/Aufladungen charakterisiert zu sein. In der Psychotherapie betreten wir diese Architekturen, meist als komplette Personen, die mit eigenen Verankerungsentwürfen nicht als neutral wahrgenommen werden. Da passiert unvermeidbar viel Berührungsgeschehen.

Ich untersuche z.B. sehr gerne mit meinen Patienten ihr Betverhalten (definiert als jedwede Interaktion mit „letzten Instanzen“, sei es Götter, Yin-Yang-Symbole oder schwarze Katzen). Mich interessiert dabei weniger die gelebte Praxis, sondern mehr die dramaturgische, theaterkritische Studie der Betvorgänge auf der inneren Bühne. Das kann wunderbar funktionieren und es entsteht ein sehr fundierter, intimer Raum fürs sich Hinterfragen.

Bei einem sehr religiösen Patienten, bei dem ich seine psychosomatischen Beschwerden in der moralischen Last, die er zu tragen schien, begründet sah,

habe ich eine ausgedehnte Skulpturarbeit vorgeschlagen. Wir haben, wie ich glaubte, seinen Gott im Raum aufgebaut und in filigraner Annäherungsarbeit die Beziehungsstränge und -dynamiken erkundet. Er schien sehr emotionalisiert und berührt zu sein. Ich war mit mir und der Arbeit zufrieden.

Doch er kam nie wieder. Beim Gespräch mit der Chefärztin, seiner Bezugstherapeutin, äußerte er Unbehagen darüber, Gott sich so konkret greifbar vorzustellen. Sein Nicht-Wieder-Kommen, sein Aus-Dem-Kontakt-Gehen wollte mir scheinbar etwas über Berührungen beibringen: a) erstens, dass wenn Berührungen spirituell aufgeladen sind, dann ist da wenig Raum für Neutralität, und b) zweitens, dass das womöglich für alle Berührungen postuliert werden kann, sowie c) drittens, wie berührend eine Nicht-Mehr-Berührung sein kann.

P. G.: Interessantes Beispiel! Hängen geblieben bin ich im Zuge Ihrer letzten Antwort aber bei folgendem Satz von Ihnen: *Die Körperpsychotherapie erlebe ich nicht als frei von solchen religiös anmutenden Glaubenssätzen. Sich damit zu versöhnen, ist ein schwieriger Prozess.* Ist das Ihre eigene Erfahrung, auch aus der Arbeit mit Manfred Thielen stammend? Oder aus anderen Erfahrungsbereichen? Können Sie dazu noch mehr sagen Ihre Erfahrungsberichte bzw. Gedanken an den Gegenstand unseres Interviews – körperliche Berührung – heranführen?

M.S.: Ich möchte hierauf etwas anekdotisch, auch mit leichter Feder, antworten. Als Manfred Thielen uns in der Ausbildung die Berührungsarbeit vermitteln wollte, sah er viel Skepsis im Raum. Die „Mundwerker“, an mindestens 150 cm Abstand gewöhnt, schienen überfordert zu sein. Manfred präsentierte eine mögliche Lösung. In einer Einzelarbeit demonstrierte er bei einer Teilnehmerin, die aus seiner Sicht Blockaden im thorakalen Segment hatte, wie man mit Berührung arbeiten kann, ohne den Körper direkt zu berühren. Er legte der

liegenden Teilnehmerin ein Meditationskissen auf die Brust, legte beide Hände auf das Kissen, verlagerte viel von seinem Körpergewicht dorthin und übte in faszinierender Weise Druck, mit einem dynamisch fein abgestimmten Muster, auf die Atembewegungen. Dieser Druck war fein abgestimmt auf die Dynamik und den Gegendruck des Atems.

Zu der Zeit war ich noch sehr beeindruckt von Merlau-Pontys Blindenstock-Beispiel, wonach der Blinde die Welt bekanntlich mit dem Ende des Blindenstocks berührt. Bei der Arbeit von Manfred fragte ich mich, wie definiert man hier die Berührung. Das Meditationskissen schien mir an die Stelle des Blindenstocks zu treten. Doch statt die Berührung präziser zu machen, sollte das Kissen die Berührung maskieren, eher unpräziser machen. Es sollte nur noch der Druck der Berührung und das Spiel mit dem Gegendruck spürbar sein. Und doch war es eine Berührung. Viele neue Fragen schossen mir durch den Kopf. Ist Berührung eigentlich immer durch ein Medium „verfremdet“? Und wenn ja, dann wie? Ist bei Berührung die Kontaktfläche gar nicht so bedeutsam? Spielt Druckdialog eine zentrale Rolle? Und v.a.m.

Einige Monate später war in der Ausbildungsgruppe Konsens, dass wir innerhalb der Gruppe keine Meditationskissen benötigen. Bei einer Einzelarbeit, bei der ich im Fokus stand, fragte mich Manfred nach „schwierigen Stellen im Körper“.

Ich erzählte ihm, dass ich an dem Tag das Gefühl hatte als würde ich im Bauch eine Spannung festhalten. Manfred zögerte nicht lange und bohrte seine Faust richtig tief in meinen Bauch. Es war schmerzhaft und doch antwortete mein Bauch mit Gegendruck. Das Faszinierende war, dass ich augenblicklich „in einen Film“ geriet. Ich imaginierte automatisch eine Person, mit der ich im Spannungsverhältnis stand. Wie im Tunnel konnte ich alles um mich herum

ausblenden und einen Prozess durchlaufen. Am Ende des Prozesses stand eine sich extrem richtig anfühlende versöhnliche Trauer, die von da an etwas für immer markieren sollte.

Meine Begeisterung für die Arbeit mit Berührung war geboren.

In einem anderen Workshop, Monate später, war ich wieder in der Patientenrolle. Manfred erlaubte sich seiner Intuition zu folgen und fing ohne Vorwarnung im zervikalen Bereich zu arbeiten. Er hatte einen anderen männlichen Teilnehmer als Helfer. Manfred instruierte ihn, den Ansatz des oberen Trapezmuskels auf einer Seite „richtig kräftig“ in einen Zangengriff zu packen. Manfred übernahm die andere Seite. Für mich fühlte sich das extrem schmerzhaft an. Während Manfred dort eine Blockade vermutete, hatte ich an der Stelle eigentlich kein schlechtes Gefühl und empfand mich ursprünglich recht entspannt. Doch mit dem Schmerz verkrampfte ich zunehmend und rief nur noch, dass es weh tut. Die beiden Männer haben lange nicht lockergelassen. Die Nachbesprechung der Arbeit fand erst am nächsten Morgen statt. Da hatte ich schon an den Schultern sichtbare Hämatome und in den Trapezmuskeln leichte Zerrungen. Doch die inhaltliche Nachbesprechung stockte. Meine Empfindungen, die ich berichtet habe, schienen die Vorgehensweise in Frage zu stellen. Es gab wenig bis keinen Raum, in dem der Zweifel allen hätte guttun können.

P. G.: Ich knüpfe an folgende Ihrer letzten Bemerkungen an: „Manfred zögerte nicht lange und bohrte seine Faust richtig tief in meinen Bauch. Es war schmerzhaft und doch antwortete mein Bauch mit Gegendruck. Das Faszinierende war, dass ich augenblicklich „in einen Film“ geriet.“ Ich kenne solche Erfahrungen aus meiner eigenen Körperselbsterfahrung durchaus auch. Sie haben mir übrigens sehr geholfen. Dennoch frage ich mich mittlerweile, ob

das Unmittelbare dieses „Eingriffs“- „Manfred zögerte nicht lange“ – doch auch eine problematische Seite hat. Ihre Formulierung lässt ja die Fantasie hochkommen, dass dieser sehr kraftvollen Intervention (die zweifelsfrei auch wirkungsvoll war) kein genügend langer Abstimmungsprozess vorausgegangen ist – oder verstehe ich das falsch? Damit bin ich neuerlich beim „Guru“-Aspekt angelangt. Mir will vorkommen, dass Sie sich vielleicht ähnlich gefühlt haben mögen wie ich mich damals meinem bioenergetischen Lehrtherapeuten gegenüber: Da war eine sehr starke Übertragung (mit idealisierenden Anteilen), und aufgrund dieser Übertragung und auch der Faszination von körperlichen Prozessen habe ich mir solche Prozeduren (wovon ich genügend kenne) einfach gefallen lassen und wäre gar nie auf die Idee gekommen, das Verhalten des Gruppenleiters in Frage zu stellen. Jetzt frage ich bei Ihnen rück: Bin ich mit meinen Bemerkungen nun auf einer Ebene mit Ihnen, oder missverstehe ich Sie?

M.S.: Ich finde es interessant, dass Sie gerade bei der eigentlich wirkungsvollen Intervention das Problematische ansprechen. An dieser Stelle kommt bei mir die dialektische Lust, Manfred ein wenig in Schutz zu nehmen. Bei vielen Vorteilen eines sensibleren Vorgehens würde ich ungerne auf die Möglichkeit von, sagen wir, einem „riskant-provokativem“ Vorgehen verzichten wollen, so zumindest in Abwägung des jeweiligen Einzelfalls. Ich kann mir vorstellen, dass Manfred diese Einschätzung bei mir durchaus vorgenommen hat. Einmal lag er damit irgendwie richtig, einmal, aus meiner Sicht, irgendwie falsch.

Wenn ich Ihre Frage richtig lese, vermuten Sie bei der Arbeit zwischen mir und Manfred eine Falle der Idealisierung. Wenn es so ist, dann muss ich Sie enttäuschen. Meine reale Beziehung zu Manfred hat aus meiner Perspektive alle Kriterien einer negativen Übertragung erfüllt. Er weckte in mir von Anfang an viele alte Geister. Sein reichianischer Stil war mir nicht nur theoretisch, sondern auch sehr konkret-emotional sehr suspekt. Sich von ihm „behandeln“ zu lassen,

hatte für mich immer etwas von einer Behandlung beim Zahnarzt. Den Körper stellt man zur Verfügung - der spürende Leib bleibt kritisch-distanziert.

Vielleicht ist aber meine Arbeit mit Manfred gerade deswegen interessant.

Dass die Faust in meinem Bauch einen solchen Effekt hatte, geht m. E. nicht auf das Konto einer etwaigen Idealisierung. Man könnte fast die These wagen, dass der Erfolg dieses Eingriffs durch meine misstrauische Haltung eher begünstigt war. Der provokative Charakter der Intervention fiel ja auf einen leicht provozierbaren Boden. Hätte ein feiner Abstimmungsprozess im Vorfeld stattgefunden, wäre, so mein Eindruck, nichts von den so spannenden Prozessen passiert.

Und damit komme ich zum Thema Risiko bei der Arbeit mit dem Körper. Ich glaube in Ihren bisherigen Interview-Fragen einen Fokus auf die Risikoabwägung *im Vorfeld* einer Intervention herausgelesen zu haben: Feinheit der Abstimmung, Berücksichtigung der früheren Traumata, Einschätzung der Spätwirkung, Risiken der Idealisierung u. ä. Dies alles ist auch aus meiner Sicht wichtig und nachvollziehbar. In späterer Ausbildung bei Ulfried Geuter habe ich eine sehr behutsame Vorgehensweise, die m. W. mehr in Gindlerschen Tradition steht, sehr schätzen gelernt und mir auch sehr gerne zu eigen gemacht.

Von einer gewissen Faszination fürs Risiko konnte ich mich jedoch nie komplett lösen. Vielleicht ist das der VT-ler in mir, der gelernt hat, dass Therapie zum großen Teil aus der Kunst der Beziehungs-Reparaturen besteht. Reparaturen legen den zeitlichen Fokus auf das Geschehen *im Nachgang* einer Intervention. Nach meiner Erfahrung ist ein Großteil der Patienten bereit, auch im sensiblen und verletzbaren Bereich offen und risikofreudig zu arbeiten. Wenn Sachen schiefgehen, was sie in der Psychotherapie oft tun, beginnt ein spannender Reparatur-Prozess, der - wenn er glückt - im Endeffekt erlaubt, auf einem verbesserten Level weiterzuarbeiten. Gerade in der Körperpsychotherapie

scheinen mir diese Reparatur-Prozesse besonders wichtig zu sein, ohne dass ich hier den Platz für weitere Ausführungen sehe.

Abschließend würde ich gerne den Platz hier aber noch nutzen wollen, um einen Gedanken zu äußern. Bei der Beantwortung Ihrer Fragen merkte ich, dass es mir schwerfällt, den rein taktilen Aspekt von Berührungen für sich stehend herauszugreifen, und zwar unabhängig davon, ob man die Frage der Verzichtbarkeit oder der Nützlichkeit der Berührung verfolgt. Wie anderswo beschrieben (Szczepański & Gödeke-Krebs, in Vorbereitung), möchte ich die Berührungen nicht zwingend an die Taktilität gekoppelt sehen. Das Phänomen der Berührung scheint mir umfassender zu sein. Aus meiner Erfahrung profitiert die praktische Arbeit, wenn man sich an der Berührung orientiert und die Taktilität als nachgeordnet betrachtet. Sie kann sich gut oder schlecht einfügen. Sie komplett zu verbannen, führt zur Beschneidung vieler Optionen. Sie zu sehr herauszustellen, führt zur Gefahr der Atomisierung.

Gerade merke ich, dass eine mereologische Untersuchung des Themas unglaublich komplex wäre. Sie könnte sich aber als spannend erweisen.