

Interview mit Ulfried Geuter

Interview, geführt von 13. März bis 23. April 2024

Ulfried Geuter, geb. 1950, Prof. Dr., Studium der Psychologie, Germanistik und Philosophie in Bonn, Tätigkeit in Forschung und Lehre als wissenschaftlicher Assistent und in einem Forschungsprojekt am Psychologischen Institut der Freien Universität Berlin; 1982 Promotion, 1994 Habilitation in Psychologie

Seit 1984 psychotherapeutische Weiterbildung, zunächst in Gesprächspsychotherapie, dann in Körperpsychotherapie am Institut für Integrative Biodynamik, Göttingen, und in Psychoanalyse am Institut für Psychotherapie, Berlin

1984–2009 Tätigkeit als Wissenschaftsjournalist für Rundfunk und Presse, 1986–1988 u. a. als Reporter in Brasilien

Seit 1989 bis heute Psychotherapeut in freier Praxis in Berlin; 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut; eingetragen als Psychotherapeut im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin für tiefenpsychologisch fundierte und für analytische Psychotherapie

Von 1995 als 2004 Privatdozent an der Freien Universität Berlin, dort Lehre in Körperpsychotherapie; 1996 & 1998 Lehrbeauftragter und Gastprofessor für Körperbezogene Psychotherapie an der Universität Innsbruck; 2005 & 2006 Lehrbeauftragter für Körperpsychotherapie im Studiengang Motologie der Universität Marburg; 2021 Dozent für Körperpsychotherapie im

Masterstudiengang Clinical Psychology der Maltepe University Istanbul

Seit 2000 in der psychotherapeutischen Weiterbildung tätig, u.a. bei den Lindauer Psychotherapiewochen; mehrere Jahre Dozent und Lehrtherapeut am Institut für Psychologische Therapie und Beratung, Berlin; Lehrtherapeut,

Lehranalytiker, Supervisor und Dozent am Institut für Psychotherapie, Potsdam;
Leitung des Instituts für körperpsychotherapeutische Weiterbildung, Berlin
2010 Ernennung zum a.pl. Professor an der Universität Marburg; von 2010-2023
dort Lehre in Körperpsychotherapie im Masterstudiengang Motologie und
Psychomotorik
2002–2005 Mitherausgeber der Zeitschrift Psychoanalyse und Körper; seit 2013
Mitherausgeber von körper-tanz-bewegung

Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie

Veröffentlichungen:

2023: Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis.
Springer (2. Aufl.)

2019: Praxis Körperpsychotherapie. 10 Prinzipien der Arbeit im therapeutischen
Prozess. Springer

P. G.: Wenn Du Dich in der Rolle des Patienten (ev. auch des Teilnehmers in
einer Selbsterfahrungsgruppe) zurückerinnerst - fallen Dir dazu Episoden ein, in
denen Du konkrete körperliche Berührung "am eigenen Leib" erlebst hast?

Falls dem so ist: Kannst Du bitte drei solche Episoden aus Deiner
Eigenerfahrung in der Rolle des Patienten möglichst genau und detailreich
schildern?

U. G.: Eine erste Schlüsselerfahrung in meiner ersten Therapiegruppe war eine
Erfahrung mit Berührung. Ich war damals sehr depressiv, bekam in der Gruppe
nichts heraus. Alle anderen hatten sich mitgeteilt oder vor der Gruppe mit der
Therapeutin „gearbeitet“, wie das hieß, nur ich nicht. Die Therapeutin sagte in

einer Stunde, nun sei Zeit für mich. Ich lag in der Mitte und bekam weiter kein Wort heraus, sah nur graue Vorhänge, wie in einem Zustand leichter Dissoziation. Sie berührte dann sanft mit einer Fingerkuppe mein Brustbein. Offensichtlich hatte sie mitbekommen, wie eingeschnürt ich dort war. Als Folge dieser sanften Berührung begann ich nach Luft zu ringen und bekam Atemkrämpfe. In einem langen Prozess erlebte ich wieder, wie ich bei meiner Geburt fast erstickt wäre. Ein Erstickungskampf folgte dem nächsten, ohne dass ich das stoppen konnte. In einem sehr schmerzhaften autonomen Prozess, auf den ich keinen Zugriff hatte und dem ich nur innerlich zuschauen konnte, durchlebte ich diese traumatische Erfahrung. Danach war ich so erschöpft wie selten im Leben. Aber am nächsten Tag fühlte ich mich so befreit in der Brust, dass ich auf der Straße anfang zu singen. Das alles geschah aufgrund einer kleinen Berührung.

Die Therapeutin sagte am Ende der Stunde, ich hätte wohl die Nabelschnur um den Hals gehabt. Meine Mutter bestätigte es mir am Telefon. Ich hatte das bis dahin nicht gewusst. Der Arzt hätte mich in den Geburtskanal zurückgeschoben und gedreht, um die Schnur abzuwickeln, da ich beim Herausgleiten gewürgt wurde. Daher waren bei diesem Geburtserleben auch meine Beine wie tot. Denn hätte ich mich, wie es Babys bei der Geburt normalerweise tun, von der Gebärmutterwand abgestoßen, hätte ich mich selbst gewürgt.

Das war wirklich eine sehr eindrückliche Erfahrung und ich kann keine zweite Erfahrung mit Berührung benennen, die ähnlich eindrücklich war.

Mir fällt allerdings etwas aus meiner Physiotherapie ein, was ich vielleicht zwei Jahre danach erlebte. Nachdem die Therapeutin in einer langen Behandlung schmerzhaft meine verspannte Muskulatur gelockert hatte, musste ich bitterlich

über die Trennung von meiner ersten Freundin weinen, Tränen, die ich viele Jahre zuvor in einem Akt des Aufstands gegen meine Gefühle unterdrückt hatte.

Jetzt kommt noch eine Erinnerung: an die erste Gruppe mit meinem körperpsychotherapeutischen Ausbilder. In der Gruppe kämpften zwei Männer miteinander. Sie waren unerbittlich, keiner wollte nachgeben und verlieren. Ich wurde ganz traurig. Neben mir stand der Ausbilder. Er spürte das, legte den Arm um mich und dann liefen uns beiden die Tränen.

P. G.: Wie ist es Dir dabei ergangen, diese Erinnerungen abzurufen? Ein Hintergrund dieser Frage ist der Versuch mir vorzustellen, wie solche Erfahrungen, die ja sehr lange zurückliegen, sich in der Wiedervergegenwärtigung anfühlen. So wie damals? Weitgehend lebendig wie seinerzeit? Oder doch irgendwie anders? Und der *Prozess* des Erinnerns selbst? Wie hast Du ihn erlebt? Ist dabei irgendeine Form seelischer „Arbeit“ zu tun? Sind diese Erinnerungen gut verfügbar? Ist Dir in all dem etwas aufgefallen?

U. G.: Diese Erinnerungen sind gut verfügbar, aber sie sind nicht mehr emotional geladen. Das heißt, wenn ich mich daran erinnere, dann kann ich sie ohne großen Affekt erzählen.

Die genannten drei Situationen liegen um die vierzig Jahre zurück. Damals war es ein jahrelanger Prozess, mich durch viel körperpsychotherapeutische und funktionelle körperliche Arbeit von den großen Spannungen zu befreien, die ich mit mir herumtrug. Ich kann mich noch gut an das Gefühl eines Eisenrings um meine Brust erinnern, der mich in emotional schwierigen Situationen einschnürte und mir die Luft nahm. Wenn ich das gerade sage, kommt eine weitere Erinnerung an eine Situation aus einer damaligen Trennung hoch, in der ich nachts von meinem eigenen Schrei mit einem Gefühl eines Eingepresstseins

in der Brust wach wurde. Glücklicherweise kenne ich so etwas seit Langem nicht mehr, aber in milder Form kann es unter Belastung sich wieder melden. Ich kann mich also lebendig an diese Situationen erinnern, aber das ist nicht schwierig. Es ist wie nach der guten Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung: Diese Erinnerungen sind Geschichten geworden, von denen ich erzählen kann.

P. G.: Verstehe! Im Hinblick auf Erfahrungen mit körperlicher Berührung: Hat sich das Erleben dieser Berührung(en) im Nachhinein Deiner Einschätzung nach irgendwie verändert oder fühlt es sich immer gleich an wie seinerzeit? Ich frage deswegen, weil sich Erinnerungen generell nachträglich verändern können (aus unterschiedlichen Gründen); die Frage aber, ob bzw. inwieweit das bei Berührungserinnerungen, die ja so sehr im impliziten Bereich gelagert sind, auch der Fall sein kann, beschäftigt mich.

U. G.: Das ist kaum zu beantworten. Ich kann ja nur heute sagen, wie es aus der Erinnerung heraus ist. Und wie es sich meiner Erinnerung zufolge damals angefühlt hat. Aber ich kann die Fingerkuppe der Therapeutin auf meinem Brustbein heute nicht mehr fühlen, sondern nur erinnern, wie die Therapeutin es tat und welcher ungeheuer intensive autonom ablaufende Prozess dadurch angestoßen wurde. Oder ich erinnere, welche Auswirkung die Behandlung meiner Physiotherapeutin auf mich hatte und wie ich anschließend da lag und weinte. Ich weiß noch, wie schmerzhaft die Behandlung vorher war, aber ich kann nicht ein Gefühl zu ihrer Berührung abrufen.

Was ich als Gefühl besser abrufen kann, sind Erinnerungen an Berührungen anderer als Psychotherapeut.

P. G.: Ich selbst kann dazu Folgendes sagen: Wie Du vermutlich weißt, habe ich der Bioenergetischen Analyse, wie ich sie damals, das waren die 80er und 90er Jahre in Österreich, ambivalent in Erinnerung. Anfangs war da eine große Idealisierung, die mit meinem Lehrtherapeuten zu tun hatte. In der Bioenergetik erlebte ich in emotionaler Hinsicht den großen Durchbruch, und in dieser Hinsicht waren Berührungserfahrungen entscheidend. Sie waren nicht der einzige Faktor für diesen Durchbruch, aber sie waren wichtig und ohne sie wäre mein innerer Öffnungsprozess wohl nicht so gelaufen. Ich hatte ja vor der Bioenergetik bereits vier Jahre lang intensive Erfahrungen mit etlichen anderen Methoden. Die negativen Erfahrungen hatten viel mit gewissen Guru-Attitüden meines Lehrtherapeuten zu tun, im Kontext einer Ausbildungssituation, und mit Vereinsdynamiken, die sehr oft eine ganz schwierige Sache sind, wie ich mittlerweile weiß. Es hat mich Jahre an weiterer Therapie gekostet, um einen guten inneren Abstand zur Person meines Lehrtherapeuten zu bekommen, *weil* eben dieser Guru-Faktor so stark war. Ich weiß, aus vielen Gesprächen mit Kollegen, dass das nicht nur *mein* Problem mit ihm war, auch wenn ich von meiner Person her sicher zu den ganzen Verwicklungen von damals beigetragen habe. Ich bin ihm heute aber dankbar und blicke auf bestimmte Teile dieser Erfahrung gern zurück.

Worauf will ich hinaus: Von der sich durchaus wandelnden Beziehung zu meinem Lehrtherapeuten blieb die Berührungserfahrung *unberührt!* Seine haltenden Hände hatte und habe ich *immer* in Erinnerung, und zwar in der gleichen positiven Weise, und genau dieser Umstand bringt mich zum Nachdenken. Obwohl die Beziehung zu ihm großen Veränderungen unterworfen war, war es das Berührungserleben *nicht*. Das war ein Teil meiner Schwierigkeit und der sehr langen Dauer des Loslösungsprozesses von ihm. Es war schwierig, ihn mal so richtig in Reinform zu hassen, wenn ich das jetzt mal überspitzt formuliere, weil ich eben von diesem Aspekt, der direkt körperlich „unter die

Haut“ ging, nicht loskam. Bestimmten Missbrauchsoffern könnte es ähnlich gehen, vermute ich.

So war meine Frage an Dich zu verstehen. Dein Erfahrungshintergrund ist womöglich ein ganz anderer. Ein österreichischer Kollege von mir, der den gleichen Prozess durchgemacht hat, hat es übrigens ganz ähnlich erlebt und beschrieben wie ich. So denke ich, eine Intensität, vermittelt durch unmittelbare körperliche Berührung, kann Segen und Fluch zugleich sein, je nachdem wie sich der Beziehungsverlauf gestaltet. Du kriegst sie aber nicht mehr ganz aus dem Kopf. In dieser Hinsicht haben Psychoanalytiker, finde ich, durchaus Recht, wenn sie sich dahingehend äußern, wie z. B. kürzlich erst Sebastian Leikert: „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 diesem Zitat wird meiner Ansicht nach ein Punkt richtig angesprochen, nämlich die große Verletzlichkeit und die Gefahr einer Retraumatisierung. Dass das Abstinenzgebot jedoch mit dem Berühungsverbot gekoppelt wird, sehe ich überhaupt nicht so, mal abgesehen davon, dass Analytiker oftmals gar nicht zwischen verschiedenen Formen von Berührung unterscheiden, wie Du das beispielsweise in Deinen Büchern sehr differenziert tust.

Ist all dies für Dich nachvollziehbar? Hast Du dazu etwas anzumerken?

U. G.: Das ist nachvollziehbar und zugleich spannend. Ich habe mit meiner ersten Therapeutin, die diese Geburtserfahrung auslöste, etwas Ähnliches erlebt. Sie war auch eine Bioenergetikerin. Eine Stunde mit ihr erlebte ich als völligen Bruch. In dieser Stunde war ich sehr verzweifelt und voller Schwäche in meiner Depressivität, und sie wollte meine Aggression wecken und forderte mich auf, mit den Füßen aufzustampfen, während ich mit dem Rücken auf dem Boden lag. Aber meine Beine waren wie Pudding, ohne Kraft, ich konnte nicht aufstampfen, die Beine folgten keinem Befehl. Ich habe das gesagt, doch sie blieb bei ihrem Ansinnen, bis sie mich schließlich anbrüllte, ich solle endlich aufstampfen. In dieser Stunde verlor ich das Vertrauen in sie. Ich konnte nicht mehr zu ihr hingehen und brach in der nächsten Stunde die Therapie ab, denn es war mit ihr nicht zu besprechen. Aber ich fühlte mich ganz schlecht mit meinem Abbruch. Viel später sprach ich mit einer Kollegin darüber und sie eröffnete mir eine neue Sicht auf die Situation. Sie sagte: du hast die Kraft gehabt, dich aus einer ungunstigen Beziehung zu befreien, darüber kannst du froh sein. Wenn ich an dieses reframing denke, dann atme ich jetzt richtig auf. Heute würde ich sagen, diese Therapeutin wollte mir mit Macht ihr therapeutisches Vorgehen aufdrücken. Sie wollte meine Aggression haben, die ich überhaupt nicht spürte. Und im Nachhinein empfinde ich sie als aggressiv, wenn ich mir ihren Blick und ihre Körperhaltung dabei vor Augen rufe.

Das ist vielleicht etwas Ähnliches wie das Guru-Verhalten, von dem du berichtest. Denn sie war offensichtlich ganz von sich überzeugt. Aber wie auch du aus deiner Erfahrung sagst, ist die Situation, in der sie mich vorsichtig am Brustbein berührte, davon unberührt. Da hat sie eine tiefe, belastende Lebenserfahrung mit ihrer Fingerkuppe berührt und dadurch eine, das kann ich wirklich sagen, für mein weiteres Leben entscheidende Öffnung und Befreiung angestoßen. Dafür kann ich heute noch uneingeschränkt dankbar sein, auch wenn ich ihr späteres Verhalten, das zu meinem Therapieabbruch führte, im

Nachhinein furchtbar und unprofessionell finde und vermute, dass sie eigene Machtbedürfnisse ausgelebt hat. Ich habe aber anders als du nicht lange gebraucht, um mich von ihr zu lösen. Ich wusste, das geht nicht mehr mit ihr, und dann war Schluss. Nur war ich dann mit meinen Problemen wieder allein. Denn das war vor meiner Therapieausbildung in einer therapeutischen Gruppe. Sie war nur meine Therapeutin, keine Ausbilderin.

Aber nochmal zu meiner Erfahrung mit ihrer Berührung. Sie widerspricht dem, was du von Sebastian Leikert zitierst. Diese intensive Geburtserfahrung hätte niemals durch Worte allein ausgelöst werden können. Ich denke, Leikert hat überhaupt nicht Recht, wenn er meint, die taktile Berührung sei verzichtbar. So etwas, glaube ich, kann man nur schreiben, wenn man nicht von Erfahrungen mit körperlicher Berührung in der Therapie ausgeht, sondern von einem voreingenommenen Verständnis davon, was man in einer Therapie „darf“ und was nicht. Der Säugling in mir wurde berührt, und den erreicht man nicht durch „gemeinsame Aufmerksamkeit“. Natürlich kann Berührung retraumatisieren, aber ein Abstinenzgebot, das sich nicht als eine Haltung, sondern als eine Verhaltensregel versteht, als ein Verbot zu berühren, und das damit einhergehende Verhalten können genauso gut retraumatisieren.

Dabei denke ich an eine Patientin mit einem schweren Geburtstrauma und sehr schweren Lebensproblemen, mit der ich Jahre nach der Therapie noch einmal telefonierte. Sie sagte mir sinngemäß: Das Wichtige war, dass Sie immer in gleicher Weise für mich da waren, womit ich auch immer ankam und in welcher Verfassung ich auch war– das über 300 Stunden. Und sie fügte hinzu: Aber es waren auch Ihre Hände. Ohne die Berührung durch meine Hände wäre sie nicht so weitergekommen wie sie weitergekommen sei. Ich hatte ihr oft den Kopf gehalten. Wenn es ihr schlecht ging, habe sie sich an eine Stunde erinnert, wo ich sie in meinen Armen getragen hätte und sie das Gefühl gehabt hätte, endlich

in den Armen ihrer Mutter angekommen zu sein, die sie als Frühchen im Brutkasten vermisst hatte und mit der es später immer so schwierig war. Mit dieser Erinnerung habe sie sich dann beruhigen können. Das war eines der schönsten Feedbacks, das ich bekommen habe.

Aber da fällt mir noch eines ein. Eine Patientin, die in einer Phase der Therapie hochsuizidal war und öfter kurz davorstand, sich wirklich umzubringen, sagte mir am Ende der Therapie, es hätte ihr geholfen am Leben zu bleiben, weil sie gespürt hätte, dass ich mir wirklich gewünscht hätte, dass sie lebt. Und das hätte sie gespürt, wenn und wie ich sie in dieser ganz schwierigen Zeit am Ende der Stunde umarmt hätte. Wäre ich der Sichtweise von Sebastian Leikert gefolgt, hätte ich das nicht tun dürfen und ihr damit in ihrer existenziellen Not ein Erfahren von Bindung, Verbundenheit verweigert, das ich ihr geben konnte.

P. G.: Das sind schöne Beispiele dafür, auf welcher tiefer, existenzieller Ebene körperliche Berührung wirksam sein kann – und dass diese Wirksamkeit im Kern auch nicht zerstört wird, auch wenn sich die therapeutische Beziehung gar nicht so günstig entwickelt. In dieser Hinsicht ist die Berührungserfahrung vielleicht die tiefstmögliche, die man sich vorstellen kann...

Findest Du, dass sich dieses Besondere des konkreten körperlichen Kontakts irgendwie schon in der empirischen Berührungs- bzw. Haptikforschung abbildet? Mein Eindruck – aus meiner bisherigen Kenntnis der Literatur – ist, dass dieses Forschungsfeld eher noch am Anfang steht, auch wegen des „Kodierungsproblems“, auf das George Downing ja immer wieder hinweist. Besonders interessant finde ich einen Befund von Martin Grunwald, der in seinem Buch „Homo hapticus“ herausarbeitet, dass man aufgrund der vielfältigen und zahlreichen Selbstberührungen des Embryos im Mutterleib davon auszugehen hat, dass das Neugeborene mit einem auf diesen Erfahrungen

gründenden *Körperschema* zur Welt kommt (damit anscheinend verbunden auch einer Vorstellung von „Raum“). Ich vermute, dieser Befund – sofern er sich durch weitere Forschung bestätigen lässt – könnte künftig einen tiefgreifenden Einfluss auf unser Verständnis von Berührung und Selbstberührung und deren Einfluss auf die psychische Entwicklung haben – vielleicht stehen wir vor einem neuen Paradigma wie im Gefolge des Einflusses der Säuglingsforschung vor mehreren Jahrzehnten? Viele Psychoanalytiker gehen davon aus, dass sich eine Selbstrepräsentanz erst im Zuge von „Objektbeziehungen“ entwickelt, durch Spiegelungsprozesse beispielsweise – ob sich diese Annahme halten lässt?

Du kennst aber aufgrund Deiner Publikationen den diesbezüglichen Forschungsstand vermutlich viel besser als ich – was können wir Deiner Ansicht nach bisher gesichert sagen und welche Fragen können wir bisher nicht beantworten? Ich meine jetzt, aus der Perspektive der empirischen Forschung, nicht so sehr aus der klinischen Erfahrung.

U. G.: Da bin ich leider überfragt. Ich habe auch das Buch von Martin Grunwald gelesen, bin aber nicht weiter mit der Haptik-Forschung vertraut. Aus der Pränatalforschung wissen wir, dass sich der Bezug zum eigenen Körper und zum Körper des anderen schon im Mutterleib entwickelt. Das weiß eigentlich auch jede Schwangere. Die Forschung hängt hier wie weite Teile der Embodimentforschung der Lebenserfahrung hinterher, auch unserer Erfahrung als Therapeuten. Wenn ein Fötus mit der Nabelschnur spielt, gegen die Wand der Gebärmutter tritt, seinen Zwilling berührt oder am Daumen lutscht, nimmt er Kontakt auf und formt dabei das Gefühl eines Körperselbst in seinem Bezug zu sich selbst und zu einem Nicht-Selbst. In der Sprache der Psychoanalyse könnte man sagen, dass es schon im Mutterleib Objektbeziehungen gibt und sich Selbstrepräsentanzen entwickeln. Wobei der Begriff Selbstrepräsentanz sehr kognitivistisch ist. Wenn man von „Repräsentanz“ spricht, hat man die

Vorstellung, dass es da draußen einen Körper gibt, der da drinnen mental „repräsentiert“ wird und dadurch erst sozusagen bei einem ist. Der Begriff der Repräsentanz steht insofern in einer cartesischen, dualistischen Tradition. Die phänomenologische Theorie geht demgegenüber davon aus, dass wir eine unmittelbare Wahrnehmung unserer selbst haben, aber nicht als eine mentale Abbildung, und auch eine unmittelbare Wahrnehmung der anderen. Das ist jetzt ein Schlenker.

Das, was du als erstes angesprochen hast, die existentielle Ebene von körperlicher Berührung, ist in empirischer Forschung nicht abzubilden, sofern man sie als naturwissenschaftliche Forschung versteht. Denn hier geht es um kommunikative, zwischenmenschliche Phänomene. Würdest du mir die gleiche Frage stellen, wenn es um das Erleben tiefer Verbundenheit in der körperlichen Berührung zweier Liebender geht? Solche Phänomene können wir benennen und beschreiben, wir können empirische Forschung betreiben, wenn wir Menschen danach befragen, aber wir können sie nicht objektivistisch erforschen. Wenn du jetzt deine Hand in meine legen würdest oder umgekehrt, könnten wir beide beschreiben, was in uns und im Verhältnis zum anderen passiert. Aber das sind subjektive Phänomene, die natürlich mit der Objektivität von Berührung wie dem Kontakt unserer Hautflächen zu tun haben, aber aus dieser Objektivität heraus niemals verstanden werden können. Und in der Psychotherapie haben wir es immer mit Subjektivität zu tun. Bei der Berührung mit dem, was jemand dabei erlebt, wie es auf jemanden wirkt.

P. G.: Ich gebe Dir in grundsätzlicher Hinsicht natürlich Recht! Es sind zwei sehr unterschiedliche Zugänge zu dem, was wir „Wirklichkeit“ nennen könnten oder auch anders. Gleichzeitig würde ich meinen, dass sich diese zwei Zugänge in all ihrer Unterschiedlichkeit gegenseitig „beleuchten“ können, was tatsächlich ja auch passiert. Ohne die empirische, naturwissenschaftlich fundierte

Säuglingsforschung wäre es wohl kaum (oder ev. sehr viel später) zu diesem „intersubjective turn“ gekommen, der ja auch Teile der Psychoanalyse voll erfasst hat. Trotzdem sind all dem Grenzen gesetzt, da stimme ich überein mit Dir!

Ich selbst bin ein Verfechter der Position, dass wir uns die Grundlagenwissenschaften unbedingt zunutze machen müssen, um unser Verständnis all der Prozesse, mit denen wir es zu tun haben, zu erweitern. Daher lade ich auf meine Tagungen auch immer wieder Forscher aus unterschiedlichen Bereichen ein. Ich habe einiges Wissen sammeln können in evolutionsbiologischen Sichtweisen, aufgrund einer Freundschaft, die sich mit einem Primatenforscher über all die Jahre entwickelt hat. Die vielen Diskussionen, die wir hatten, waren sehr befruchtend, und auch hier zeigte sich, dass unsere Herangehensweisen doch sehr unterschiedlich sein können. Um ein Beispiel zu sagen: Es gibt eine Gruppe von Primatenforschern und Evolutionsbiologen, die in Frage stellt, ob es etwas wie „Bindung“, was für uns vollkommen selbstverständlich zu sein scheint, tatsächlich gibt! Es sind lauter kluge Leute, die so etwas sagen, aber ihr Zugang ist eben völlig anders als unserer; hat mich sehr viel zum Nachdenken bewegt!

Ich würde gerne folgenden Eindruck mit Dir teilen: Aus eigenen Erfahrungen mit Bioenergetik würde ich sagen, dass emotionale Spitzenerfahrungen für mich sehr wichtig waren – sie haben wohl implizit und dauerhaft das Verhältnis zwischen Impuls und Abwehr verschoben und mir auch die Angst vor Spitzenaffekten genommen. Zugleich weiß ich, „wie es sich anfühlen“ kann, wenn man sich an der Grenze zwischen Kontrolle und Kontrollverlust fühlt.

Es gibt aber Kollegen, die eher zur Ansicht neigen, dass emotionales Lernen in einer „affektiven Mittellage“ durchaus angemessen und auch ausreichend sein

kann und die daher ihr therapeutisches Handeln darauf ausrichten, in dieser Mittellage auch zu verbleiben.

Gibt es dieser Hinsicht – vielleicht aus dem Feld der Wirksamkeitsforschung – Deines Wissens Belege für meine Erfahrung? Wie stehst Du selbst zu affektiven Spitzenerfahrungen in einem psychotherapeutischen Geschehen? Daniel Stern hat sie ja schon als „Begegnungsmomente“ in theoretischer Hinsicht konzeptualisiert, aber in einem körpertherapeutischen Zusammenhang meine ich noch viel stärkere, emotional sehr stark „geladene“ und sich unmittelbar körperliche ausdrückende Erfahrungen (wie z. B. heftiges Schluchzen).

Was meinst Du dazu?

U. G. Spitzenaffektmomente ereignen sich, sie können sich ereignen, unabhängig davon, wie man therapeutisch arbeitet. Die Dynamik dieser Momente kann sich unabhängig von unserem Zutun entfalten. Dazu muss ich nur an manche geladenen Situationen in der Therapie während der Maßnahmen gegen die Corona-Pandemie denken. Aber wir können solche Momente auch durch affektinduzierende Methoden befördern. Wir sollten nur in der Kritik an diesen Methoden nicht das Kind mit dem Bade ausschütten. Kathartische Momente können zu viel sein und sie können sehr förderlich sein. Entscheidend für das emotionale Lernen ist nicht die Intensität des Affektes, sondern die Fähigkeit, einen Affekt durchleben und verarbeiten zu können. Heftiges Verliebtsein ist auch ein Spitzenaffekt, und es kann einen glücklich oder unglücklich machen.

Die „affektive Mittellage“ ist nicht etwas, in dem wir in der Therapie dauernd verweilen müssen. Emotionales Lernen ist im *window of tolerance* möglich. Das heißt: Der Affekt darf nicht so hoch sein, dass er nicht mehr verarbeitet werden

kann, wie bei einer traumatischen Erfahrung, die dann durch Dissoziation bewältigt wird, und er darf nicht so niedrig sein, dass die für ein emotionales Lernen notwendige emotionale Beteiligung fehlt.

Kontrollverlust kann hilfreich sein, wenn ein heilsamer autonomer Prozess in Gang gekommen ist. Das war in der ersten von mir berichteten Erfahrung so: Damals konnte ich dem Prozess nur zuschauen. Die Erstickungskrämpfe waren so schmerzhaft, dass ich sie anhalten wollte, aber das ging nicht. Ich hatte keine Kontrolle darüber. Ich konnte nur innerlich zusehen, doch ich habe dabei mitbekommen, dass die Therapeutin eine Sicherheit hatte zu wissen, was gerade geschieht und was zu tun ist. Sie steuerte den Prozess und das gab mir darin Halt.

Etwas anderes ist es, die Kontrolle über die eigenen Gefühle zu verlieren, zum Beispiel wenn jemand eine Impuls- und/oder Affektkontrollstörung hat. Dann müssen wir therapeutisch daran arbeiten, die Fähigkeit zur Kontrolle der eigenen Impulse und Affekte zu stärken.

Das wurde in der wilden Zeit der Körperpsychotherapie, aus denen deine Erfahrung mit deinem Ausbilder und meine mit meiner ersten Therapeutin stammen, oft nicht gesehen. Und dann waren einzelne von Affekten überflutet, die sie nicht steuern konnten. Das passiert auch heute noch, wenn Körperpsychotherapeuten in Gruppen mit heftig provozierenden Methoden arbeiten, ohne zu wissen, welche Probleme die Menschen in ihrer Gruppe haben, ob sie zum Beispiel mit ihren Methoden traumatische Erfahrungen triggern. Die Ablehnung mancher Psychoanalytiker gegenüber der Körperpsychotherapie und ihre Warnungen vor unseren Methoden haben viel mit solchen Entgrenzungen zu tun.

Aber wenn jemand heftig schluchzt, wie du sagst, ist das keine Entgrenzung, sondern ein intensiv durchlebtes Gefühl. Und solche Gefühle können in der Therapie oft umkippen, wenn zum Beispiel in einer Trauer eine neue Kraft oder eine Wut wach wird oder gemerkt wird, wie Trost und Halt möglich sind.

Was deinen ersten Punkt angeht: Ich bin auch unbedingt dafür, Grundlagenwissenschaften zu studieren, zum Beispiel Neurowissenschaften oder Evolutionsbiologie. In meinem Grundlagenbuch zur Körperpsychotherapie habe ich das ja auch versucht. Randolph Nesse zeigt zum Beispiel, dass es evolutionsbiologisch betrachtet gute Gründe für schlechte Gefühle gibt. Wenn wir das wissen, können wir Emotionen besser verstehen. Das heißt aber nicht, dass wir emotionale Störungen aus diesem Wissen heraus auch therapeutisch besser behandeln können. Denn Psychotherapie ist ein kommunikativer Prozess. Um ihn fruchtbar zu machen, brauchen wir ein Wissen darüber, wie wir für Patienten den Prozess der Kommunikation miteinander und mit sich selbst fruchtbar gestalten können. Dabei hilft uns die Naturwissenschaft nicht. Der intersubjective turn in der Psychoanalyse ist, glaube ich, auch nicht durch naturwissenschaftliches Wissen ausgelöst worden, sondern durch eine Abkehr von einer therapeutischen Haltung des neutralen, quasi naturwissenschaftlichen Beobachtens zu einer Haltung der Begegnung und der Kommunikation, wie sie die Humanistische Psychotherapie schon seit Langem pflegte. Daniel Stern hat das Verständnis der therapeutischen Beziehung aus der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie beerbt, und sein Buch über den Gegenwartsmoment steckt voller Gestalttherapie, ohne dass er das sagt. Dieser Wandel hat sicher mehr mit gesellschaftlichen Veränderungen hin zu mehr egalitären Formen des zwischenmenschlichen Umgangs zu tun als mit den Erkenntnissen der Naturwissenschaft.

Ich vermute, dass diese Veränderungen auch einen anderen Blick auf Kinder und die frühkindliche Interaktion erzeugt haben. Denke nur daran, dass in den

1950er Jahren Neugeborene noch ohne Narkose operiert wurden, weil man unterstellte, sie spürten keinen Schmerz. Dass sich das änderte, hatte nicht etwas mit wissenschaftlicher Forschung zu tun, sondern mit einer anderen empathischen Einstellung in unserer Kultur. Die Säuglingsforschung hat seit den 1980er Jahren den Säugling als kommunikatives Wesen entdeckt, als die Gesellschaft durch Funk und Fernsehen von einer ganz anderen Selbstverständlichkeit von Kommunikation ausging.

P. G.: Ja, da spielte sicher eine Menge zusammen! Um unsere Diskussion wieder näher an das Berührungsthema zu führen: Heute gehen wir mit Berührung achtsam vor. Berührungsinterventionen werden sorgfältig vorbereitet, die Patient:in wird gefragt, ob sie sich darauf einlassen will, es wird protokolliert, was geschieht, all dies im Hinblick auf die Sensibilität des Themas – Stichwort „Me too“. Man will ja nicht vor der Ethikkommission landen.

Manchmal frage ich mich, ob man auch in dieser Hinsicht das Kind mit dem Bade ausschüttet!? Die Zeit, in der ich gelernt habe, war eine Zeit des Aufbruchs und des Experimentierens, und damals wurde mit Berührung in meiner Erinnerung relativ selbstverständlich umgegangen; man wusste, wenn man sich für die Körpergruppe anmeldet, dann geschieht das dort so. Natürlich gab es damals Übergriffe (die gibt es heute ja auch noch), aber diesen experimentellen Geist vermisse ich schon etwas in unserer Zeit, die mir in dieser Hinsicht (und nicht nur in dieser) doch etwas überreglementiert vorkommt. Ich finde, es gibt therapeutische Situationen, da entfaltet sich ein Geschehen, in dem eine Rückfrage, ob Berührung jetzt angemessen sein könnte, eine Unterbrechung im Prozess bewirken würde. Eine solche Frage passt in solchen Momenten einfach nicht. Aber das ist natürlich ein subjektiver Eindruck. Wie stehst Du zu alledem?

U. G.: Ich sehe das wohl so wie du. Wir brauchen eine klare Regel der Abstinenz, die sich nicht allein auf Berührung bezieht. Und diese Regel heißt für mich, dass Psychotherapeuten sich nach dem Wohl der Patientinnen und Patienten richten müssen. Sexuell übergriffig sein heißt, nach den eigenen Bedürfnissen zu handeln. Abstinenz ist eine Frage der Haltung, nicht des Verhaltens. Verhaltensregeln braucht man, wenn die Haltung nicht klar ist. Berührung ist nicht mit sexuellem Übergriff gekoppelt, wie es manchmal nahegelegt wird. Da fehlt heute eine Selbstverständlichkeit, schon in Kitas, wenn sich Erzieher nicht mehr trauen, ein Kind auf den Schoß zu nehmen. Natürlich müssen wir wachsam gegenüber sexuellen Übergriffen sein. Viele Jahrzehnte hat diese Wachsamkeit gefehlt. Aber nicht nur bei den Körperpsychotherapeuten. Als Monika Becker-Fischer und Gottfried Fischer in den 1990er Jahren in Deutschland für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie untersuchten, fanden sie nur eine Tätergruppe, die im Verhältnis zu anderen Gruppen von Therapeuten überrepräsentiert war: ältere männliche Lehranalytiker. Der Wind der Kritik an der Körperpsychotherapeuten wehte also von dort, wo es am meisten stank.

Eine Patientin kam einmal zu mir und sagte gleich am Anfang, als ich ihr die bei mir möglichen Arbeitsweisen vorstellte: keine Berührung, weil ihr voriger Therapeut mit ihr geschlafen hatte. Aber wenn sich eine Frau gegenüber mir als Mann sicher ist, spielt das Thema einfach keine Rolle. Und dann kann es vorkommen, dass ich aus einer besonderen Situation heraus auch jemanden berühre, ohne das vorher zu besprechen, wenn ich aus der Erfahrung mit dieser Person und aus der Situation heraus das Gefühl habe, dass das passt. Aber in der Regel bespreche ich eine Arbeit mit Berührung vorher, schlage sie vor und frage die Patientin, wie das für sie wäre und ob sie das möchte.

Und ja: Ich wünsche mir oft wieder mehr experimentellen Geist, auch bei mir selbst, wenn ich im Sessel sitze. Bei mir wird dieser Geist geweckt, wenn ich Fortbildungen gebe. Als würde ich mich darüber selbst einladen, wieder mehr mit den Methoden zu arbeiten, die ich anderen vorstelle.

P. G.: Kannst Du etwas näher ausführen, was Du meinst, wenn Du sagst: „... als ich ihr die bei mir möglichen Arbeitsweisen vorstellte“ – welche sind das?

U. G.: Ich sage den Patient:innen, die bei mir anfangen möchten, dass das Setting offen ist, dass man bei mir sitzen, liegen oder auch stehen und sich bewegen kann. Und ich sage ihnen, dass ich auch Körperpsychotherapeut bin, und das heiÙe in erster Linie, dass ich ihr körperliches Erleben ansprechen würde, wenn das Sinn mache, wenn mir etwas auffalle, zum Beispiel eine Geste, ein Wechsel in der Atmung, eine bestimmte Betonung in der Stimme, um die Bedeutung dessen zu erschließen. Es könne aber auch sein, dass ich ihnen vorschlage, etwas im Raum zu erkunden, ein Problem, einen Konflikt einmal darzustellen, zum Beispiel sich in einer bewegten Interaktion mit einer vorgestellten Person im Raum auseinanderzusetzen. Und ich sage auch, es könne sein, dass ich mal vorschlage, mit in eine solche Interaktion zu gehen. In irgendeiner Weise sage ich auch, dass bei mir eine Arbeit mit körperlicher Berührung möglich ist. Dass alles, was ich vorschlage, Angebote sind und sie immer wählen können, ob sie etwas ausprobieren wollen.

In meinen Fortbildungen sage ich oft, dass einer meiner Lieblingssätze aus der Geschichte der Körperpsychotherapie der Satz von Elsa Gindler ist „Ermitteln, was einem beim Probieren widerfährt“. Das ist das experimentelle Herangehen, von dem du vorhin gesprochen hast.

P. G.: Das sehe ich auch so! Die Struktur meiner Handlungsangebote könnte man so beschreiben: „Schauen wir mal, was passiert, wenn...“

Ich habe Dich vor einiger Zeit nach Fortbildungsangeboten hinsichtlich *Berührung* gefragt. Ich war – im Zuge der gedanklichen Auseinandersetzung mit diesem Buch – daran interessiert, in Deutschland jemand zu finden, bei dem oder der ich mich im Hinblick auf Berührungsselbsterfahrung in differenzierter Weise mit dem Thema auseinandersetzen kann. Also die unterschiedlichen Formen von Berührung als spezifische Beziehungsangebote zu erkunden, sie im Hinblick auf das jeweilige Geschehen reflektieren, usw. Du hattest mir damals keine Person nennen können, sondern sinngemäß gemeint, ich sei da selbst der Experte. Ich selbst empfinde, ich könnte da noch einiges dazulernen. Am ehesten fällt mir ein Fortbildungsangebot in Sensitiver Gestaltmassage vor ca. dreißig Jahren ein, aber es ist auch nicht ganz das, was ich suche, denn es geht mir ja nicht um Massieren. Empfindest Du es nicht so, dass hier eine Lücke besteht?

U. G.: Über Fortbildung in Berührung in der Psychotherapie zu sprechen, das ist so ähnlich wie über Fortbildung darin zu sprechen, wie man mit Patient:innen redet. Sofern man Arbeit mit Berührung nicht technisch versteht, zum Beispiel als Arbeit mit Druckpunktmassagen an den Faszien, sondern als Kommunikation. Kommunikation lernt man in erster Linie dadurch, dass man kommuniziert. Wie wir mit Worten kommunizieren, lernen wir, indem wir mit Menschen sprechen und wach dafür sind, was unsere Worte bewirken und welche Antworten wir erhalten. Wie wir mit Menschen über Berührung kommunizieren, lernen wir in der körperlichen Kommunikation. Wenn du nach Lücken fragst, dürfte die erste Lücke bei den meisten Therapeuten diejenige sein, dass sie selbst wenig Erfahrungen mit der therapeutischen körperlichen Kommunikation haben. Intensive Selbsterfahrung

mit therapeutischer Berührung ist in meinen Augen aber eine entscheidende Basis für die eigene Arbeit damit.

Das nächste ist zu lernen, wie man Berührung gestalten kann, in welchen Formen, an welchen Körperbereichen, zu welchen Zeiten, in welcher Intensität oder mit welcher Absicht. Das bedarf genauso eines Lernprozesses wie die Arbeit mit der Sprache. Auch die wird ja wenig gelehrt. In meiner langjährigen psychoanalytischen Ausbildung war in keinem einzigen Seminar Thema, wie man mit Patienten spricht. Es ging ausschließlich darum, wie man sie versteht. Wir müssen in der Ausbildung von Psychotherapeuten aber vermitteln, wie wir unsere Worte und wie wir unsere Hände, unsere Körper als Werkzeug einsetzen können. In meinen eigenen körperpsychotherapeutischen Fortbildungsangeboten sind daher die Arbeit mit Berührung und die Aufmerksamkeit für körperkommunikative Prozesse feste Themen.

Ich komme nochmal auf mein Eingangsbeispiel zurück. Damit die Therapeutin dieses unerwartete spontane Wiedererleben meiner Geburt mit den Erstickungskrämpfen gut steuern konnte, musste sie etwas darüber wissen, wie man einen Menschen durch einen solchen Prozess hindurch begleitet. Zur Fortbildung können daher auch bestimmte technische Formen der Berührung gehören, zum Beispiel dass ich durch behutsames Herausziehen des Kopfes die Atembewegung vertiefen kann. Aber in der Psychotherapie hat auch eine solche mehr technische Berührung weitere Bedeutungen. Sie kann den Patient:innen das Gefühl vermitteln, dass es da jemanden gibt, der mich hält, der etwas Gutes für mich tut, dem ich mich anvertrauen kann, oder der im schlechten Fall bei mir Angst auslöst. Und das bekommen wir als Therapeut:innen über die körperlichen Reaktionen mit, die wir bei den Patient:innen sehen und in unseren eigenen Händen oder unseren inneren

Reaktionen wie einer Veränderung des eigenen Atmens spüren können. Gut berühren können wir nur, wenn wir uns auch berühren lassen.

P. G.: In der bioenergetischen Ausbildung, ebenso in der Lehrtherapie, wie ich sie erlebt habe, ging es zwar nicht ausschließlich, aber dennoch relativ viel um die Arbeit mit Druckpunkttechniken oder mit Stresspositionen. Damals schien dies ein sehr selbstverständliches Element von Körperarbeit zu sein, aber sie wurde – jedenfalls aus meiner heutigen Sicht – doch recht „brachial“ angewendet, wobei ich durchaus emotionale Durchbruchserlebnisse – bei mir, bei anderen – in Erinnerung habe, die unvergesslich sind. Manches Mal denke ich mir sogar, dass ein Durchbrechen von Barrieren bei Zuständen akuter schwerer Dissoziation vielleicht sogar in bestimmten Fällen förderlich sein könnte. Es ist dies eine theoretische Überlegung – trauen würde ich mich das nicht, weil mir das aus ethischen Gründen heutzutage viel zu riskant erscheint. Ich denke neuerlich an diesen experimentellen Geist von früher zurück, und habe als Supervisor Fälle erlebt, dass ein Körpertherapeut einen Patienten sogar geohrfeigt hat, anscheinend um eine starre Blockade auf diese Weise zu durchbrechen. Wie stehst Du aus heutiger Sicht zu Anwendungen wie Stressbioenergetik und Druckpunktarbeit? Spielen sie in Deiner beruflichen Tätigkeit eine Rolle?

U. G.: Die Frage, die du aufwirfst, scheint viel mit deinen eigenen Erfahrungen zusammenhängen, die ich in meiner körperpsychotherapeutischen Ausbildung weniger gemacht habe. In meiner Ausbildung haben wir viele Massagetechniken gelernt, darunter auch Druckpunkttechniken, aber fast gar nicht die Arbeit mit Stresspositionen. Heute wende ich solche Techniken selten an. Auch ist mir in den letzten Jahren durch das Einhalten von Abstand während der Pandemie die aktive körperbezogene therapeutische Arbeit etwas entglitten und ich komme allmählich wieder mehr dahin zurück.

Grundsätzlich arbeite ich prozessbezogen, das heißt jede körperliche Intervention entsteht kreativ in einem Prozess, aus einem Prozess heraus, und daher sind es nie dieselben Techniken. Techniken bilden einen möglichen Werkzeugkasten, um Prozessziele zu realisieren. Aber das Wichtigste ist nicht, Techniken zu kennen, sondern dass ich mir klar mache, was ich bewirken möchte und womit ich das bewirken könnte. Heute Vormittag zum Beispiel sprach eine Patientin darüber, dass sie selten präsent in der Gegenwart sei und sich ständig mit Gedanken an ihre schwierige Vergangenheit und an eine mit Sorgen betrachtete Zukunft beschäftigte. Währenddessen schien die Sonne ins Zimmer und wir hörten die Vögel zwitschern. Das Prozessziel war für mich in dieser Situation, sie hier und jetzt in die Gegenwart des Erlebens zu holen und ihr zu vermitteln, wie es sich anfühlt, in der Gegenwart wirklich zu **sein** im wahrsten Sinne dieses Wortes. Meine Intervention bestand dann darin, sie zu bitten, ihre Sinne zu öffnen, hin zu den Sonnenstrahlen und den Vogelstimmen. So etwas habe ich nicht als eine Technik gelernt. Die Intervention ergab sich kreativ aus dem Moment heraus, geleitet von der Anwendung des therapeutischen Prinzips, das Gewahrsein für den Moment zu fördern, umgesetzt dadurch, dass man die Außensinne öffnet.

In irgendeiner anderen Situation, wenn beispielsweise jemand unter großen Spannungen steht, könnte ich auch auf Stress- oder Druckpunkttechniken zurückgreifen. Aber eher selten. Denn das sind Standardwerkzeuge. Kreative Interventionen sind solche, die besser abgestimmt sind auf das, was gerade hilfreich ist. Vielleicht war die Ohrfeige so eine. Das würde ich aber niemals machen, denn das tut weh und kann als demütigend erlebt werden, vielleicht in einem ganz seltenen Fall aber auch als ein wachrufender Klaps. Eine Druckpunkttechnik könnte ich anwenden, wenn ich beispielsweise den Atemfluss unterstützen möchte, indem ich einen Druckimpuls an den Rhomboiden, dem Trapezium oder dem Pectoralis major setze. Aber ich bin kein

Physiotherapeut, der über eine bestimmte Technik in einer bestimmten Abfolge körperlich Spannungen löst. In der Körperpsychotherapie gebe ich Impulse für ganzheitliche neue Erfahrungen, über Worte und über den Körper.

Dazu können auch Impulse gehören, die Menschen helfen, ihre Spielräume zu erweitern, sich zu etwas zu öffnen, dem sie sich bisher nicht zu öffnen trauten, und dabei über Barrieren hinwegzukommen, wie du es offensichtlich als befreiend erlebt hast. Zum Beispiel, wenn jemand der eigenen Wut durch Treten, Schlagen oder Schreien Ausdruck verleiht und dadurch diese Wut und ihre Bedeutung mehr erlebt. Heftige emotionale Erfahrungen zu evozieren, ist ja nicht um des heftigen Erlebens willen sinnvoll, sondern dann sinnvoll, wenn jemand dadurch die Bedürfnisse deutlicher spürt, auf die eine Emotion verweist, oder eine andere Emotion deutlicher spürt, die durch die nun heftiger ausgedrückte Emotion verdeckt wurde. Zum Beispiel, indem die in einer starken Wut verborgene Trauer oder die in ihr lebende Kraft gespürt wird.

P. G.: In einer Therapiestunde, die gestern stattfand, gestaltete ich gemeinsam mit meinem Patienten eine Szene, in welcher er sich zunächst zwei Personen gegenüber sah, die er am liebsten hätte umbringen wollen (die Szene bezog sich auf eine berufliche Situation, die vor Jahren stattgefunden hatte, die für in seinem Erleben immer wieder heftige Wut erzeugte, von der er nicht loskam). Er ließ sich – nach anfänglicher Scham, die er auch äußerte – in die Szene ein und bearbeitete mir großer Intensität mit einem Holzstock den Schaumstoffwürfel, den ich vor mir hielt. In diesem Fall fand gar keine körperliche Berührung statt, dies war aber in anderen Szenen davor durchaus der Fall gewesen, er war also vertraut mit gewissen Formen körperlichen Kontakts (die ich genauso wie Du nicht als Techniken, sondern als sich im Hier und Jetzt situativ richtig anfühlende Praktiken verstehe). Nun führte die Intensität des Prozesses in eine überraschende Richtung: Nach Abebben des starken Wutaffektes schien er sehr

nachdenklich zu werden, sprach leise, aber war sehr „bei sich“ und machte sich zweier Seiten bei sich selbst bewusst, die er normalerweise zu verstecken versucht: Verletzlichkeit und Ängstlichkeit. Diese Stunde mündete, nach teilweise hoch-emotionalem Verlauf in eine Art Selbstdeutungsprozess, d. h. er schien so manches plötzlich viel klarer zu sehen als zuvor. Die Folgestunden werden zeigen, ob diese „plötzliche Einsicht“ – denn er verhält sich normalerweise wie jemand, vor dem andere Angst bekommen – nachhaltige Wirkung zeigt.

Was will ich damit sagen? Diese hohen Intensitäten, die ich aus eigener Selbsterfahrung stark mit sehr druckvoller bis schmerzhafter Arbeit am Körper in Verbindung bringe, haben nicht bzw. nicht immer einen rein kathartischen Effekt, sondern können auch in überraschende Einsichten münden – ich vermute, Du kennst das genauso wie. Das *Spezifische* des körperlichen Zugangs dieser Art würde ich darin sehen, dass das Ausmaß des Empfindens von eigener *Verletzlichkeit* durch diese Körpernähe des Zugangs – mit oder ohne körperliche Berührung – eine Unabweisbarkeit in sich birgt, die auf dem Wege von Worten zumindest nicht leicht erreichbar ist. Aus dieser Sicht liegt körpernahen Zugängen – und da gehört die körperliche Berührung zweifellos dazu – eine (wenn es gut läuft) unabweisbare Erfahrungsqualität zugrunde oder ist ihnen immanent. Das verbale Mitgeteilte kann ja wieder verleugnet, in gewisser Weise „zerstört“ werden, so als hätte es nie stattgefunden – im körpernahen Bereich ist das anders! Entspricht das auch Deiner Erfahrung?

U. G.: Absolut. Mir fällt dazu ein vielzitiertes Satz des deutschen Bundeskanzlers Konrad Adenauer ein: „Was interessiert mich mein Geschwätz von gestern“. Damit will ich sagen: Hinter etwas, das wir gesagt haben, können wir leicht zurückgehen. Aber wir gehen nicht hinter das zurück, was wir erfahren haben. Wenn dein Patient zum Beispiel demnächst wieder seine

Verletzlichkeit und Ängstlichkeit hinter seiner Wut verbirgt, kannst du ihm sagen, dass er das damals doch selbst erlebt habe. Und dann wird es in ihm wieder als eine Gewissheit auftauchen.

Genau darin sehe ich den Wert solcher intensiven Erfahrungen: Sie erzeugen erlebte Gewissheiten. Früher wurde der Wert mechanistisch verstanden: als Entladung affektiver Energie. Dieses mechanistische Verständnis geistert bis heute durch die Körperpsychotherapie, wenn das Konzept der Entladung weiterhin verwendet wird. Es geht aber bei einer solchen Arbeit um intensives Erleben und Erfahren.

Häufig ereignen sich dabei Kipp-Phänomene wie das von dir geschilderte. Mir fällt sofort eine Stunde ein, in der eine Patientin sich erlaubte, die Wut auf ihren Geliebten zu spüren, der in ihren Armen, als sie ganz jung war, plötzlich jung an einem Herzinfarkt gestorben war. Sie versagte sich die Wut darauf, dass er einfach aus ihrem Leben gegangen sei, verständlicherweise, denn der Mann hatte das ja nicht „getan“, und schon gar nicht gegen sie, aber er hatte ihr mit seinem Tod etwas angetan. Die Wut war da, auch wenn sie unberechtigt war. Als sie sich dann auf einen Schaumstoffblock schlagend ihre Wut zubilligte und sie intensiv ausdrückte, brach sie in Tränen aus und eine tiefe Trauer durchflutete sie, die sie in der Intensität auch noch nicht erlebt hatte. Das war für sie ein großer Schritt, um sich innerlich von ihm zu verabschieden. Denn bis dahin hatte sie ihm im Grunde ins Jenseits folgen wollen.

Hinter solche Erfahrungen geht niemand zurück. Es sind unabweisbare Erfahrungen, wie du gesagt hast. Ein enormes Potenzial der Arbeit mit dem intensiven körperlichen Ausdruck von Gefühlen liegt darin, zu solchen Erfahrungen zu kommen. Es ist eine Arbeit an der Erfahrung, nicht wie es in der

Bionergetischen Therapie immer hieß, mit der „Energie“ oder mit der „Entladung“.

P. G.: Ja, genau. Eine Frage, die mich herumtreibt und auf die ich derzeit keine eindeutige Antwort finde, hat mit folgendem Einwand zu tun, der immer wieder seitens einer bestimmten Gruppe von Analytikern zu hören ist: Unbestreitbar sind diese intensiven Erfahrungen, die durch oder im Zuge von körperlicher Erfahrung geweckt werden – aber werden auf diese –Weise möglicherweise sexuell-erotische Themen verdeckt? Führt die stark regressiv ausgerichtete körpertherapeutische Arbeit nicht dazu, dass „präödipale“ Themen (und damit zusammenhängend präödipale Mutterübertragungen) gleichsam aktiviert werden, möglicherweise auf Kosten eben dieser anderen Ebene? Gisela Worm hat einmal eine Anmerkung dazu gemacht, die mir in diesem Zusammenhang einfällt: Es ist immer auch die Erwachsenenenebene zwischen Patient:in und Therapeut:in im Blickfeld zu behalten, gerade wenn man sehr „regressionsbetont“ arbeitet.

Wenn ich an eine Patientin denke, mit der ich sehr lange gearbeitet habe, und zwar durchaus erfolgreich, so kommt mir in den Sinn, dass wir am Ende unserer Therapie dahingehend übereinkamen, dass sie noch eine Weile bei einer weiblichen Therapeutin weiterarbeitet, um ihre Weiblichkeit zu entfalten, wie sie meinte. In *dieser* Arbeit mit *dieser* Patientin könnte es daher – schlussfolgere ich selbstkritisch – durchaus so gewesen sein, dass der Preis für das Hineinführen ins Leben, so würde ich die stark körperbetonte Arbeit zusammenfassen – darin bestand, dass ein anderer Teil in ihr dann doch jemand anderen brauchte, eben eine weibliche Therapeutin, um das Erotisch-Sexuelle in ihr wach werden zu lassen.

Was sind in dieser Hinsicht Deine Erfahrungen?

U. G.: Bevor ich zu meinen Erfahrungen komme, möchte ich etwas anderes dazu sagen. Ich finde dieser Einwand hat erstens sehr viel damit zu tun, dass Psychoanalytiker:innen dazu neigen, fast alles, was in einer Psychotherapie passiert, auf sie selbst zu beziehen. Bei einem Analytiker las ich einmal, dass eine Psychoanalyse nicht erfolgreich sein könne, wenn die erotisch-sexuellen Gefühle innerhalb der therapeutischen Beziehung nicht zur Sprache gekommen wären. Das finde ich sehr narzisstisch, als eine Art professionellen Narzissmus der Psychoanalyse, der alles, was in einer Therapie geschieht, immer auf die Person des Therapeuten richtet, hier bleibe ich mal bewusst bei der männlichen Form. Zweitens hat es mit der Triebtheorie oder allgemeiner einer sexualisierten Sicht auf den Menschen zu. Was heißt es denn, „immer auch die Erwachsenenenebene“ im Blick zu behalten? Vermeide ich als erwachsener Sohn „sexuell-erotische Themen“, wenn ich in der Küche meiner eigenen Mutter zum konsumierenden Kind regrediere? Vermeide ich als erwachsener Psychotherapeut diese Themen, wenn jemand mich als eine gut sorgende elterliche Figur nehmen kann?

Und wieso meinst du, könnte es ein Zeichen für das Verdecken erotisch-sexueller Themen sein, wenn deine Patientin noch zu einer weiblichen Therapeutin gehen wollte? Ist es nicht nachvollziehbar, dass sie bestimmte Themen leichter mit einer Person des eigenen Geschlechts besprechen wollte, so wie andere mit jemand sprechen möchten, der die eigene sexuelle Orientierung teilt?

Noch ein Gedanke kommt mir zu deiner Frage. Der von dir genannte Vorbehalt der Analytiker geht davon aus, dass Regression ein sehr lange anhaltender Prozess oder Zustand in einer Therapie ist. Wenn Patient:innen über lange Zeit darin verweilen, kann es sein, dass die Ebene der erwachsenen Beziehung zu

wenig beleuchtet wird. Regressive körperpsychotherapeutische Prozesse sind aber meist solche einer fokalen Regression. Das heißt, wir gehen in einen intensiven, möglicherweise regressiven Prozess hinein und wieder heraus und besprechen dann mit den erwachsenen Patient:innen, was sie dabei erfahren haben. Die Psychoanalytiker, die solche Kritik äußern, verwechseln daher ihr Arbeiten **in** der Regression mit dem körperpsychotherapeutischen Arbeiten **mit** der Regression oder besser noch mit fokussierten regressiven Prozessen.

Wenn du mich nach meinen Erfahrungen fragst: Man kommt in diese Probleme nicht hinein, die mit dem von dir genannten Einwand zu tun haben, weil dieser Einwand mit einer bestimmten theoretischen Sicht auf Therapie zu tun hat und nicht auf Empirie beruht.

Das gilt auch mit Blick auf das Ausgangsthema unseres Gesprächs, die Arbeit mit körperlicher Berührung. Der Körper kann genauso zwischen sexueller und nicht sexueller Berührung unterscheiden wie der Geist zwischen sexuellen und nicht sexuellen Gedanken.

P. G.: Zweifellos ist die theoretische Sicht ausschlaggebend für die Art und Weise, wie man das therapeutische Geschehen versteht!

Wenn Du sagst: „Der Körper kann zwischen sexueller und nicht sexueller Berührung unterscheiden“ – sprichst Du dem Körper etwas zu, was manche die „Weisheit des Körpers“ nennen? Die Bioenergetiker sagen immer wieder „Der Körper lügt nicht!“ Ist der Körper in Deiner Sichtweise „etwas“ – ich suche jetzt nach einem passenden Begriff – dem tatsächlich so etwas wie eine definitive Weisheit oder sogar Wahrheit zugesprochen werden kann?

Um es mit dem zentralen Thema BERÜHRUNG zu verknüpfen: Erschließt sich ggf. auf dem Wege körperlicher Berührung eine Art von „innerer Wahrheit“, die uns ansonsten unzugänglich bliebe?

Mir fällt dazu jetzt interessanterweise der Zugang des Bondings ein, also eine aus meiner Sicht recht extreme Variante körperlicher Berührung, von der ich auch nicht so Recht weiß, was ich halten soll.... (habe allerdings in diesem Zugang keine Selbsterfahrung).

U. G.: Nein, da habe ich mich missverständlich ausgedrückt, geradezu im traditionellen dualistischen Denken, wenn ich gesagt habe „Der Körper kann unterscheiden“. Es ist die Person, die bei einer körperlichen Berührung zwischen einer sexuellen und einer nicht-sexuellen Berührung unterscheiden oder eine Berührung als eine im Grenzbereich zwischen beiden erleben kann, genauso wie sie ihre sexuellen Gedanken von ihren nicht-sexuellen Gedanken unterscheiden kann. Der Körper alleine unterscheidet nicht, er ist ja kein Wesen. Und nur eine Person kann weise sein, nicht ein Körper.

Auch die Redewendung „Der Körper lügt nicht“ ist vom dualistischen Denken geprägt und sie ist darüber hinaus einfach falsch. Reich hat gesagt, dass der Ausdruck im Unterschied zu Worten nie lüge. Daraus haben Ron Kurtz und Hector Pretera den Slogan geformt „Der Körper lügt nie“, den auch der Kinesiologe John Diamond aufgegriffen hat und der Titel eines Nachrufs auf Alexander Lowen im Journal of Humanistic Psychology ist. Menschen, Personen sind es, die lügen können oder nicht. Sie können bewusst lügen mit ihren Worten, aber sie können auch von ihren Empfindungen in die Irre geführt werden. Soll ich einem Patienten mit einer coenästhetischen Schizophrenie, der mir sagt, dass tausend Ameisen wirklich über seinen Arm laufen und dass er das nicht nur so empfindet, als ob sie da wären, sagen: „Der Körper lügt nie“? Oder einem Alkoholiker, der unter Suchtdruck steht? Oder einer in ihrer Kindheit schwer missbrauchten Patientin, die sich auch als Erwachsene die schmerzhafteste Zuwendung ihres Peinigers wünscht, weil der Missbrauch ihre Erfahrung von

Nähe war? Das zeigt alles, wie undurchdacht dieser Slogan „Der Körper lügt nie“ ist.

Und noch etwas: Mit diesem Slogan wird körperliches Ausdrucksgeschehen auf dem Niveau von Flirtratgebern vereinfacht. Denn dieses Ausdrucksgeschehen ist hyperkomplex und wir müssen es genauso auf dem Hintergrund der Person und im Kontext der Person interpretieren wie den Ausdruck von Worten. Wer „Körperlesen“ so betreibt, dass der Therapeut von außen am Körper die Charakterstruktur abliest, wie ich das noch in meiner Ausbildung erlebt habe, der versachlicht den Körperausdruck und stellt sich auf einen Expertenstandpunkt außerhalb der therapeutischen Beziehung.

Auf dem Weg der Berührung wird uns keine innere Wahrheit zuteil. Vielmehr kommunizieren in der Berührung in einem komplexen Raum von Bedeutungsmöglichkeiten, denen wir uns in einem körperlichen und verbalen interaktiven Geschehen annähern. Die therapeutische Arbeit mit der Berührung ist insofern eine Art Hermeneutik der Körper-zu-Körper-Kommunikation. In dieser Kommunikation können Bedeutungen auftauchen, die in der Kommunikation der Worte allein nicht sichtbar wurden, deswegen tun wir es ja auch. Wir haben über Berührung einen weiteren Zugang zu Bedeutungen, aber nicht zu einer „Wahrheit“.

Ohnehin stört mich das Gerede von „Wahrheit“ im Kontext der Psychotherapie. Dieses Gerede verschafft Therapeuten eine Machtposition: als könnten sie eine „Wahrheit“ bei Patient:innen erschließen, die diesen verborgen ist. Als könnten sie etwas aufdecken, das diesen verdeckt ist. In der Psychotherapie geht es aber um eine gemeinsame Suchbewegung, und nicht um Wahrheit, sondern um subjektive Stimmigkeit. Wahr ist insofern nicht etwas, das Therapeut:innen aufgrund besonderer Techniken oder Fähigkeiten erschließen, sondern was sich für Patient:innen als stimmig anfühlt, also als etwas, das ich als „wahr für mich“

fühle und erlebe. Mit der Theorie von Klaus Grawe kann man das als Konsistenzerleben bezeichnen.

P. G. Schön formuliert!

Noch zu meiner Bonding-Assoziation: Ist Dir dieser Ansatz entweder aus der Selbsterfahrung oder aus anderen Quellen irgendwie vertraut? Die Kurzformel wäre möglicherweise: Hängt sehr von der Person ab, die Bonding anbietet. Andererseits ist es ein dermaßen intensiver Berührungsansatz, oder – um an Deine Worte anzuknüpfen – eine dermaßen intensive Form einer Kommunikation von Körper zu Körper (eigentlich: von Person zu Person), dass sie doch ein paar eigenen Ausführungen bedarf....

U.G.: Ich habe mit Bonding keine eigenen Erfahrungen gemacht, sondern nur das Buch von Konrad Stauss dazu gelesen, der diese Methode in den Kliniken in Bad Herrenalb und Bad Grönenbach popularisierte. Nicht nachvollziehen konnte ich seinerzeit seine Unterscheidung zwischen dem Bedürfnis nach Bonding – einem nach Nähe und Offenheit - und dem nach Bindung. Für nachvollziehbar halte ich die der Methode zugrundeliegende Vorstellung, dass frühe Verletzungen von grundlegenden Bindungsbedürfnissen durch intensive Körpernähe zu anderen aktiviert werden können. Im Bonding sollen nun die zu den verletzten Gefühlen gehörigen Bedürfnisse mit voller körperlicher Beteiligung ausgedrückt werden. Unter hohem Erregungsniveau wird dabei eine mögliche Vermeidung von Gefühlen durchbrochen. Das ist nicht anders als bei bioenergetischen Übungen.

Ich könnte mir vorstellen, dass das gehemmten Menschen helfen kann. Bei traumatisierten Menschen aber wird die Methode leicht traumatische Erfahrungen triggern und bei emotional unterkontrollierten Menschen kann sie eine Affektüberflutung oder eine Erstarrung auslösen. Die Bonding-Therapie

scheint mir demgegenüber der Vorstellung zu folgen, dass intensive emotionale Aktivierung immer richtig ist. Das halte ich für eine körperpsychotherapeutische Ideologie aus der Zeit der 1970er und 1980er Jahre, einer Zeit, in der, dem gesellschaftlichen Klima entsprechend, das Paradigma einer Befreiung von jeder Begrenzung die Körperpsychotherapie ergriffen hatte, und einer Zeit, bis zu der die Psychoanalyse erfolgreich das Trauma unterdrückt hatte. Das ging nicht mehr, als die traumatisierten Soldaten aus dem Vietnamkrieg zurückkehrten. Und es ging nicht mehr, als immer mehr Frauen in die männerdominierte Psychotherapie kamen, die Missbrauchserfahrungen mitbrachten. Denn traumatisierte Menschen kann der Befreiungsoptimismus solcher Methoden in die Angst jagen oder retraumatisieren, wenn sie sie trotz Angst mitmachen.

P. G.: Was Du sagst, finde ich nachvollziehbar. Das führt mich zu folgender Anschlussfrage: Von Patient:innen mit Frühstörungen – wenn ich sie mal so nennen darf – ist bekannt, dass sie nicht nur unter chronischer innerer Spannung leben, gepaart mit großer Verletzlichkeit, sondern auch unter einer „Grenzenlosigkeit“ im mentalen Bereich. Es scheint keine klaren Strukturen für sie zu geben, z. B. weder in der Kontakt- noch in der Abschiedskonturierung. Das führt dann dazu, dass sie sich weder wirklich einlassen können auf das therapeutische Geschehen, zugleich sich aber nicht vorstellen können, loszulassen, sich zu trennen. Ich denke da neuerlich an die Patientin, mit der ich so lange gearbeitet habe (über neun Jahre). Die Vorstellung, sich von mir trennen zu können, hat sich erst im achten Therapiejahr eingestellt, im Grunde erst, als ihr der eigene Hass in vollem Ausmaß zugänglich wurde. Ich vermute, Du kennst diese Patient:innen, die sich durch Kontaktlosigkeit *und* Klebrigkeit zugleich auszeichnen. Spielt Deiner Ansicht nach die Erfahrung körperlicher Berührung bei ihnen als *Hilfe bei der Strukturbildung* mit der Folge einer Begrenzung dieses Erlebens der Unbegrenztheit eine Rolle?

U. G.: Puh, das ist eine sehr schwere Frage. Eine, die man nicht mit ja oder nein beantworten kann. Du sprichst bei ihnen von den beiden Polen von Kontaktlosigkeit und Klebrigkeit. Berührung kann eine gute Möglichkeit sein, aus der Kontaktlosigkeit herauszukommen und Kontakt zu erfahren. Und Berührung kann eine schlechte Möglichkeit sein, Klebrigkeit zu perpetuieren. Ich hätte das Wort Klebrigkeit nicht benutzt, aber es trifft etwas. Berührung kann Unbegrenztheit begrenzen und sie kann Unbegrenztheit nähren. Deswegen gibt es für mich auf diese Frage kein ja oder nein als Antwort, sondern nur ein „kann sein“ oder „kann nicht sein“. Wie bei vielen körperbezogenen Interventionen geht es um die Wirkung bei dieser besonderen Person in dieser besonderen Beziehung und Interaktion. Patient:innen können Körperkontakt nutzen, um strukturelle Fähigkeiten etwa in der Emotionsregulation oder im zwischenmenschlichen Kontakt zu gewinnen, und sie können in dem Wunsch danach verweilen, weil sie den Therapeuten als immerwährend verfügbares gutes Objekt haben möchten.

P. G.: Eine letzte Frage zur Rolle der Intuition. Es ist doch einerseits so, immer dann, wenn wir uns im vorsprachlichen Bereich bewegen, wie also beispielsweise im Zuge körperlicher Berührungen (auch wenn oftmals begleitende Worte benutzt werden, doch zielen sie auf den Kern der Erfahrung ab, der oftmals schwer präzise in Worte zu fassen ist), brauchen wir ein gewisses Maß an Intuition, vor allem auch deswegen, weil körperliches Geschehen nicht in einem Maß planbar ist, wie das teilweise beim Austausch von Worten der Fall ist. Das ist die *eine* Perspektive. Die *andere* besteht meiner Ansicht nach darin, dass das Adjektiv „intuitiv“ nicht selten auch benutzt wird, um etwas zu beschreiben, was man nicht wirklich versteht, in bestimmten Fällen auch im Zusammenhang mit der Vermeidung, das Geschehen so genau es eben geht gedanklich zu erfassen (das ist teilweise besonders schwer bei Gegenübertragungsgefühlen, insbesondere in Bereichen, in denen eigene

Schwächen betroffen sind, die man halt nicht gern preisgibt; meiner Erfahrung nach aus Supervisionen). Insofern bin ich zwiespältig, wenn z. B. die Wendung gebraucht wird: „Intuitiv hatte ich den Eindruck, dass eine Berührung jetzt genau richtig ist. Der Verlauf gab mir Recht...“ Was denkst Du dazu? Spielt das Intuitive für Dich in der Therapie, aber auch in der Supervision und der Fortbildung eine Rolle? Gelingt es Dir, die beiden von mir genannten Perspektiven auseinanderzudividieren?

U. G.: Gute Intuition beruht auf Kenntnissen und Erfahrungen. Sie ist wie ein unbewusstes Denken: Ich habe ein Gefühl dafür, was richtig ist, aber dieses Gefühl kommt nicht aus dem Nichts. Wenn etwas richtig ist, kann mir der Verlauf Recht geben. Und wenn er mir Recht gibt, habe ich offensichtlich unbewusst gut aus meiner Erfahrung und meinen Kenntnissen geschöpft. Auch ein Wort kann aus der Intuition kommen. Bei Michael Buchholz habe ich vor einiger Zeit gelesen, dass er auf die anfängliche Frage eine Patientin, was er als Therapeut bekomme, wenn die Therapie scheitere, sagte: „Schmerzensgeld“. Das ist keine Antwort, die er in dem Moment rational überlegt hat. Sie kam intuitiv und sie erfasste etwas: dass es ihm weh täte, ohne dass er das so sagte. Er stiftete so intuitiv mit einem Wort Beziehung. Das kann auch bei einer Berührung so sein. Wenn wir feinfühlig sind, merken wir eher, was gerade passend ist.

Oft hat man ein Gefühl, etwas könnte so und so sein, auch in der Supervision. Dann kann ich es ausprobieren, in der Supervision, indem ich es sage, in der Therapie, indem ich es vorschlage. Ich habe vorhin den Satz von Elsa Gindler erwähnt: „Ermitteln, was einem beim Probieren widerfährt“. Der lässt sich auch auf Psychotherapie anwenden: Wir geben einen Impuls, wir schlagen etwas vor, wir tun etwas, und dann erkunden wir, wie es wirkt, wenn die Patient:in es

aufgreift oder nicht aufgreift. Feinfühlig zu berühren heißt ja auch, auf ein leises Anzeichen des körperlichen Rückzugs der anderen Person zu reagieren.

Und um auf deine Frage zurückzukommen: Was ich intuitiv tue, sollte kommuniziert werden und in die Reflexion eingehen.

P. G.: Wenn Du körpertherapeutische Fortbildungen machst, und es sind Kolleg:innen dabei, die in ihrer therapeutischen Arbeit mit Patient:innen noch nie mit körperlicher Berührung gearbeitet haben, obwohl sie darin schon Selbsterfahrung haben – gibt es da etwas, was Du Ihnen für den Anfang mitgibst?

U. G.: Vorsichtig zu sein, die Arbeit mit Berührung erst einmal im Miteinander auszuprobieren und mit Patient:innen nur das zu tun, womit sie sich sicher fühlen, und das schließt ein, sich sicher zu fühlen, auf all das eingehen und all das handhaben zu können, was sie auslösen könnten.