



## **KÖRPERPSYCHOTHERAPIE IM SPEKTRUM DER STRUKTURNIVEAUS**

*Dr. Joachim Galuska, Dorothea Galuska, in: Handbuch der Körperpsychotherapie, G. Marlock, H. Weiss, Schattauer Verlag, 2006, S. 585-597*

Aus klinischer Sicht berücksichtigt eine körperpsychotherapeutische Arbeit immer auch die Störung der Klienten bzw. Patienten. Dabei hat es sich erwiesen, dass die Struktur der Persönlichkeit bzw. die Organisation des seelischen und körperlichen Erlebens wesentliche Unterschiede in der grundsätzlichen Art körpertherapeutischer Arbeit und der körperbezogenen Interventionen erfordert. Im vorliegenden Beitrag wird versucht, ein integratives und möglichst umfassendes klinisches Modell zu entwerfen, das sowohl den unterschiedlichen Störungsstrukturen, als auch der gesunden, sich weiterentwickelnden Organisationsstruktur der Persönlichkeit angemessen ist.

Schon lange vor dem wissenschaftlichen Zeitalter hat es Versuche gegeben, Ordnungssysteme für die vielfältigen Störungsbilder zu entwickeln, aber erst in den letzten Jahren und Jahrzehnten beginnt sich ein klinisch brauchbares Modell abzuzeichnen. Den Beginn dieser Entwicklung sehen wir in der Unterscheidung zwischen psychotischen und nicht psychotischen Störungen gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Psychosen wurden verstanden als „Spaltungen der Seele“, als extreme Veränderungen des Erlebens, die die Sinnkontinuität des Lebens zerreißen und die Grenze der Verstehbarkeit überschreiten. Sie wurden zunächst scharf abgegrenzt von den übrigen „abnormen Erlebnisweisen“, die hauptsächlich zu den neurotischen Verarbeitungsformen gezählt wurden. Diese scharfe Grenze zwischen Psychosen und Neurosen wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer mehr in Frage gestellt, und eine eigene Störungsgruppe wurde für diesen Übergangsbereich beschrieben: die Bor-

derline-Störungen. Sie zeichnen sich durch ein instabiles, fluktuierendes, schwankendes Erleben und Verhalten und eine Neigung zu Extremen aus, haben aber meist keine ausgeprägt psychotischen Symptome, wie Stimmen hören oder Wahnbildungen. Wohl der bedeutendste Autor auf dem Gebiet der Borderline-Störungen ist Otto Kernberg, der diese Störungsgruppe als Charakterpathologien versteht und ein erstes umfassendes Modell der den klinischen Diagnosen zu Grunde liegenden Charakterpathologien entwickelte. Er unterscheidet neben der normalen Persönlichkeit, die neurotische, die Borderline- und die psychotische Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1996).

In der Auseinandersetzung mit seinem klinischen Modell entwickelte sich eine Konzeption, die sich nicht nur auf eine Typologie der Charakterpathologie bezog, sondern den Grad der Strukturiertheit unseres Erlebens und Verhaltens in den Vordergrund stellt. Dabei ist das entscheidende Kriterium das Ausmaß der Integration der seelischen Organisation. Im deutschen Sprachraum wurde mit der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik ein System vorgelegt, das neben den Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt und psychische und psychosomatische Störungen eine eigene Achse „Struktur“ beschreibt (Arbeitskreis OPD, 1996).

Die Achse „Struktur“ unterscheidet neben der guten Integration eines gesunden Menschen eine mäßige Integration, eine geringe Integration und eine Desintegration. Die neurotische Struktur entspricht einer guten bis mäßigen Integration, die Borderline-Struktur entspricht einer mäßigen bis

geringen Integration und die psychotische Struktur entspricht einer Desintegration. Dieses klinische Modell wollen wir im Folgenden verwenden, es jedoch noch um eine zusätzliche Dimension erweitern, die auf Ken Wilber zurückgeht. Wilber entwickelte aus der abendländischen Entwicklungspsychologie, der Entwicklungsgeschichte der Menschheitskulturen und der östlichen spirituellen Wege ein umfassendes Modell des Spektrums menschlichen Bewusstseins vom Kleinkind bis weit über das durchschnittlich Erwachsenen-Bewusstsein hinaus und beschreibt dabei eine Reihe von sich auseinanderentwickelten Organisationsstrukturen unseres Erlebens und Verhaltens (Wilber, 2001). Dabei unterscheidet er präpersonale Stadien in der Kindheitsentwicklung, in denen das Kind sich zunehmend differenziert und als eigenständiges und abgegrenztes Ich zu erleben beginnt, von den personalen Stadien eines Erwachsenen, in denen das Ich-Bewusstsein ausgereift ist und die Vernunft unser Handeln bestimmt, und den darüber hinausgehenden transpersonalen Stadien, in denen das Ich-Bewusstsein relativiert wird und zunehmend als Ausdruck eines zunächst transzendenten universellen oder absoluten Seins erfahren wird. Ähnlich wie die tiefenpsychologische Entwicklungspsychologie ordnet er die beschriebenen Störungsstrukturen einem Versagen der Differenzierung und Integration eines Entwicklungsstadiums zu. Die oben beschriebenen Störungsstrukturen von Psychosen, Borderline-Störungen und Neurosen sollen demnach auf einer Fixierung in den ersten drei präpersonalen Stadien beruhen. Die Ergebnisse der modernen Säuglings- und Kleinkind-Forschung weisen jedoch darauf hin, dass die übliche Verknüpfung von Entwicklungspsychologie und Psychopathologie nicht haltbar ist. Beispielsweise erklärt zwar die Situation eines Kleinkinds in der Loslösung aus der Symbiose viele Phänomene bei Borderline-Patienten, doch das wesentliche klinische Phänomen, die Spaltung der Ich-Zustände und der Beziehungen ist bei Kindern in dieser Form nicht nachzuweisen. Lediglich in hyperaktiven Zuständen im späteren Säuglingsstadium könnten solche Spaltungsprozesse Erklärungswert besitzen (Lichtenberg, 1990). Darüber

hinaus finden wir bei Borderline-Patienten neben Persönlichkeitsanteilen, die als Fixierung auf kindliche Erlebnisformen erklärt werden könnten, auch eine Fülle reifer und erwachsener Verhaltensweisen. Dies wurde von Stauss (1994) als horizontale Spaltung zwischen erwachsenen und kindlichen Anteilen im Unterschied zur vertikalen Spaltung zwischen guten und bösen Introjekten bezeichnet. Solche Überlegungen treffen natürlich auch für die anderen Störungsstrukturen zu. Wir halten daher die klinische Einteilung Kernbergs bzw. der operationalen psychodynamischen Diagnostik für ein brauchbares Modell der Strukturiertheit des Erlebens und Verhaltens eines Erwachsenen und bezeichnen die gesunde erwachsene Struktur als personale Struktur. Darüber hinaus beziehen wir die Möglichkeit der personalen Struktur zu ihrer Transformation und Weiterentwicklung hin zu einer transpersonalen Struktur ausdrücklich mit ein, so dass wir für unser klinisches Modell folgende fünf Strukturen unterscheiden: die psychotische Struktur, die Borderline-Struktur, die neurotische Struktur, die personale Struktur und transpersonale Struktur. Selbstverständlich ist diese Einteilung eine Vereinfachung, zumal die dargestellten Strukturen nicht scharf voneinander abgegrenzt sind, sondern ineinander übergehen, eben je nach Ausmaß von Integration bzw. Desintegration und nach der Entwicklungsdynamik der Persönlichkeit. Sie ist jedoch für die klinische Praxis außerordentlich brauchbar, da sie völlig unterschiedliche Interventionsformen und Themen zur Folge hat.

Wir werden im Folgenden jede Struktur kurz beschreiben, die für diese Struktur geeignete, wesentliche Interventionsqualität erläutern, typische körpertherapeutische Methoden dafür beschreiben und Beispiele aus unserer klinischen Praxis geben. Da erfahrungsgemäß für Erfolg oder Misserfolg einer Therapie der Umgang mit der Gegenübertragung des Therapeuten entscheidend ist und dies auch in der körpertherapeutischen Arbeit die heikelste Thematik darstellt, werden wir auch für jede Struktur einige grundsätzliche Anmerkungen zum Umgang mit den jeweils typischen Gegenübertragungsreaktionen

machen. Am einfachsten und vertrautesten in der Tradition der Körperpsychotherapie ist unsere Vorgehensweise bei neurotischen Strukturen, so dass wir damit beginnen wollen.

### **Die neurotische Struktur (gute bis mäßige Integration)**

Die neurotische Struktur ist charakterisiert durch einen meist unbewussten Konflikt. Der Konflikt wird unterschiedlich begründet. Psychoanalytisch gesehen ist es der Konflikt zwischen Triebimpulsen und Abwehr oder zwischen Ich, Es, Über-Ich und Außenwelt. Die Symptombildung gilt als neurotischer Kompromiss. Im System der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik werden folgende Konfliktarten unterschieden: Abhängigkeit vs. Autonomie, Unterwerfung vs. Kontrolle, Versorgung vs. Autarkie, Selbstwertkonflikte, Schuldkonflikte, ödipal-sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte und fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung (Arbeitskreis OPD 1996). Ein solcher innerer Konflikt kann sich in allen Dimensionen der leiblich-seelisch-geistigen Einheit des Menschen und in seinen Beziehungen ausdrücken. Im Körperlichen führt der unbewusste Konflikt zu einer Blockierung. Dies kann ebenso wie eine traumatische Situation, deren Zyklus nicht abgeschlossen werden kann, zu einer Verpanzerung und Kontraktion im muskulären Bereich, zu einer Verklebung und Beweglichkeitseinschränkung der Weichteile, zu einer Unterbrechung der Flüssigkeitsbewegungen und Veränderung der Stoffwechselprozesse führen, so dass es auf vielfältige Weise zu Schmerzempfindungen und Funktionseinschränkungen kommt.

Die wesentliche Interventionsqualität auf Körperebene möchten wir als mobilisierend bezeichnen. Ihre Absicht ist, die Blockierung aufzulösen, Unterbrochenes in Fluss zu bringen. Die entsprechenden therapeutischen Methoden können insofern als aufdeckend oder erlebnisaktivierend bezeichnet werden, zumal die entsprechende Katharsis häufig mit Erinnerungen an traumatische Situationen und konflikthafte Themenbereiche verbunden ist. Der Interventionsstil kann dabei eher dynamisch oder sanft sein. Typische körpertherapeutische Methoden, die einen

mobilisierenden Charakter haben und in unserer Klinik angewandt werden:

**Die Atemgruppe**, in der vergleichbar zur holotropen Atemarbeit, zum Rebirthing und zur orgodynamischen Atemarbeit mit Hilfe einer bewussten, leicht vertieften Atmung und musikalischer Unterstützung jeweils begleitet von einem Partner kathartische Körperprozesse ermöglicht werden,

**Die körperdynamische Gruppe**, in der mit dynamischen Methoden aus der Orgodynamik, der Bioenergetik und anderen dynamischen Körpertherapien, z. B. mit Beckenübungen, Fallübungen und Regressionsangeboten, gearbeitet wird.

**Die Aggressionsgruppe**, in der in vielfältigen Übungen unter Einsatz von Stimme, Bewegung und Kontakt das eigene Aggressionspotenzial erforscht werden und die Differenzierung aggressiver Gefühle und die Kontrolle und der Ausdruck aggressiver Impulse gelernt werden kann.

Zu den mobilisierenden körpertherapeutischen Methoden gehören vor allem die reichianischen und neo-reichianischen Verfahren. In unserer Klinik finden sie Anwendung in der Atemgruppe, der körperdynamischen Gruppe, der Aggressionsgruppe. Aber auch einige dynamische Meditationsformen besitzen ein erhebliches körperdynamisch-mobilisierendes Potential als Vorbereitung zur Stille.

Wir wollen hier kurz ein Beispiel aus der klinischen Arbeit für diese Interventionsqualität geben: Innerhalb von Dreier-Gruppen sollen sich nonverbal Paare finden. Ziel für jedes Mitglied der Gruppe ist es, Teil des entstehenden Paares zu sein. Diese Vorgabe kann auf verschiedenen Ebenen die Themen Konkurrenz und Ausgeschlossenheit aktualisieren, z. B. Geschwisterrivalität in der Familie, die verschiedenen Paarbildungen zwischen Mutter, Vater und Kind oder auch Rängeleien im Kindergarten- oder Schulalter. Die Möglichkeiten, mit dieser Vorgabe umzugehen, reichen von einer heiter-spielerischen Atmosphäre bis zum erbitterten Kampf um den ersehnten Platz in

der Zweisamkeit oder einer Verweigerung jeder Aktivität.

Aus klinischer Sicht sind die Gegenübertragungsreaktionen der Therapeutin oder des Therapeuten, gerade auch bei körpertherapeutischen Interventionen, besonders zu beachten. Unter Gegenübertragung verstehen wir sowohl die eigene Übertragung des Therapeuten auf den Patienten, die aus der ungelösten Geschichte des Therapeuten stammt, als auch die typische und passende gefühlsmäßige und körperliche Antwort des Therapeuten auf die Übertragung des Patienten. Die wesentliche Aufgabe des Therapeuten in der Körpertherapie bei neurotischen Strukturen besteht darin, zu einer prozessbezogenen angemessenen Antwort auf die körperlichen Prozesse des Klienten zu gelangen. Seine Abstinenz und Neutralität kann zum einen gefährdet sein durch eigene unerledigte neurotische oder narzisstische Bedürfnisse, sowohl körperlicher als auch gefühlsmäßiger Art, die einen gewissen Missbrauch der Therapiesituation bewirken können. Zum anderen kann es zu einem vielfältigen Mit- oder Gegenagieren kommen, beispielsweise indem der Therapeut versucht, eine bessere Mutter zu sein und jedes unangenehme Gefühl des Patienten sofort zu lindern usw. Die günstigste Haltung gegenüber diesen Gegenübertragungsphänomenen besteht einerseits in einer klaren Aufgabenorientierung, dem Klienten und seinen Prozessen zu dienen, andererseits in einer kontinuierlich begleitenden alle Phänomene beobachtenden Position.

### **Die Borderline-Struktur (mäßige bis geringe Integration)**

Die Borderline-Struktur weist eine weniger integrierte Organisationsstruktur des Erlebens auf, die vor allem durch die Neigung zu Spaltungen, Dissoziationen, gekennzeichnet ist. In der Tiefenpsychologie wird gesprochen von einer ichstrukturellen Störung oder einer Störung der Ich-Organisation (Blanck und Blanck, 1982). Die Identitätsentwicklung und damit insbesondere die Entwicklung von Selbstgefühl und Selbstkonzept und von differenzierten Beziehungen ist in vielfältiger Weise defizitär und geschwächt.

Insbesondere ist die Struktur des Erlebens nicht stabil, integriert und geordnet. So findet man häufig wechselnde intensive Gefühlszustände, Neigung zu Extremen, eine extreme Selbstwertproblematik, eine Abgrenzungsschwierigkeit gegenüber anderen Menschen und eine mangelhafte Selbstkontrolle, so dass es häufig zu Aggressionsausbrüchen, Selbstverletzungen oder suchthaften Verhaltensweisen kommt. Die Beziehungen zu anderen Menschen sind sehr intensiv, aber extrem schwankend, oder aber sie sind kaum möglich, so dass es zu sozialer Isolation kommen kann. Der eigene Körper wird mechanisch als Maschine erlebt, als ein Objekt benutzt oder gehasst. Oder er wird als Gegenüber gesucht bzw. manipuliert, um spezielle Effekte zu erreichen, wie beispielsweise eine körperliche Entlastung durch Erbrechen oder motorische Überaktivität zu erwirken. Häufig wird der eigene Körper abgelehnt und bestraft für sein Sosein, und in diesem Sinne missbraucht. Wenn dies auch nicht immer derart ausgeprägt ist, so weisen doch Borderline-Strukturen immer auch eine Strukturstörung des Körpererlebens auf, wobei insbesondere das Gefühl der Grenze, der Mitte, der Körperform als männlicher oder weiblicher Körper, das Körpergefühl der verschiedenen unterschiedlichen Körperbereiche und der körperliche Kontakt zu anderen Menschen gestört sind.

Der angemessene körpertherapeutische Interventionsstil für eine Borderline-Struktur ist eine Mischung aus mobilisierend-aufdeckenden Interventionen, wie sie für die neurotische Struktur beschrieben wurden, und aus strukturbildenden Interventionen, abhängig vom Grad der Integration der Struktur. Strukturbildende Therapie dient nach Blanck und Blanck (1982) der Verinnerlichung von Erfahrungen, die die Persönlichkeitsentwicklung fördern und Strukturelemente der Ich-Organisation, wie z. B. Selbststeuerungsfähigkeit, bilden. Dabei hat insbesondere die grenzsichernde, schützende, aufbauende und strukturierende Komponente dieser Interventionsqualität eine besondere Bedeutung, da Borderline-Strukturen häufig Grenzübertretungen aufweisen, wie sie in-

folge von Gewalterfahrungen oder sexuellem Missbrauch entstehen. Die folgenden Erläuterungen beziehen sich nun schwerpunktmäßig auf die strukturbildende Interventionsqualität.

In unserer Klinik haben sich einige körpertherapeutische Methoden bei Borderline-Strukturen als günstig erwiesen: Die täglich stattfindende strukturbildende Bewegungstherapie betont das Erspüren des Körpers, der Körperform, der Körpergrenzen und das zuhause-Sein im eigenen Körper. Im TaKeTiNa (Flatischler, 1984), einer rhythmustherapeutischen Gruppe, in der insbesondere im Rhythmuskreis mit Hilfe von basalen Grundrhythmen in einfachen Schrittfolgen, Klatschen und Singen eine gemeinsame polyrhythmische Erfahrung entsteht, können fundamentale Elemente organismischen Erlebens, wie z. B. Pulsieren, Strömen, Periodizität, Gleichzeitigkeit und Unabhängigkeit unterschiedlicher Rhythmen, Verankerung in einer (existentiellen) Basis und kreative Gestaltung der (Lebens-)Melodie verinnerlicht werden.

In unserer Traumagruppe können gezielt verletzte Körperbereiche in ein gesamtes Körpergewahrsein re-integriert werden, indem ein sehr langsamer und behutsamer eigener Kontakt zu diesem Bereich hergestellt wird und in eigener Dosierung zunehmend vertieft und präzisiert wird.

Darüber hinaus besitzen die asiatischen Bewegungssysteme, wie Tai Chi, Qi Gong und das Aikido, auch das Hatha-Yoga eine starke strukturbildende Komponente. Sie wurden und werden teilweise auch in unserer klinischen Arbeit eingesetzt und haben sich gerade durch die Sicherheit der Form und die Ausgereiftheit der Methode bei Borderline-Strukturen als sehr beliebt und nützlich erwiesen.

Wir wollen ein Beispiel für die strukturbildende Interventionsqualität aus der klinischen Arbeit geben: Eine Möglichkeit, diesen Patienten ein Gefühl von Sicherheit, Schutz und einen konstruktiven Umgang mit Grenzen zu ermöglichen, besteht in der Aufforderung, sich zusätzlich mit einer Decke (an heißen Tagen mit einem Baum-

wolltuch) zu umhüllen, soweit es sich gut und sicher, nicht einengend, anfühlt. Jeder kann entsprechend seiner Leibgeschichte und seiner aktuellen Verletzlichkeit das Medium nutzen, um Geborgenheit und Wärme zu finden. Manche Patienten verschwinden hierbei fast vollständig unter der Decke, sie hüllen sogar Kopf und Gesicht ein. Im weiteren Verlauf der Übung werden die Patienten aufgefordert, miteinander in Kontakt zu treten und dabei jeweils soviel ihres Körpers zu zeigen oder zu verhüllen, wie ihrem Gefühl der Vertrautheit in diesem Kontakt entspricht. So können sie das Öffnen und Schließen ihrer Schutzhülle üben und dabei gleichzeitig, je nach ihrem Gegenüber, verschiedene Varianten von Misstrauen oder Vertrauen im Kontakt ausdrücken. Manchmal werden unter dem Schutz der Decke ungeahnte Potenziale lebendig: ein Rücken richtet sich auf, das erste Mal wird ein attraktiver Mitpatient genauer betrachtet, der Gang wird federnder und leichter oder eine Hüfte beginnt sich weiblich zu wiegen. Eine Patientin mit einer schweren Missbrauchsgeschichte stieg bei dieser Übung in den Rollkasten, in dem die Decken sonst aufbewahrt werden. Dort fühlte sie sich endlich angstfrei und geborgen, was ihre Stimmung derart veränderte, dass sie sich von ihren Mitpatienten unter Applaus in die Mitte des Raumes rollen ließ und zum ersten Mal sichtbarer Teil unserer Gruppe wurde.

In der Beziehung zum Therapeuten haben wir als typische Gegenübertragungsprobleme den Umgang mit der Spaltung, der projektiven Identifizierung und der Wechselhaftigkeit der Gefühle des Patienten zum Therapeuten (s. Kernberg, 1993). Die Spaltung zeigt sich darin, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut idealisiert oder entwertet wird. Ein idealisierter Therapeut neigt in seiner eigenen Gegenübertragung dazu, mit dem Patienten zu verschmelzen und eine übergroße Nähe zu empfinden. Es besteht dann die Gefahr, dass er nicht mehr strukturierend, z. B. schädliches Verhalten konfrontierend, eingreifen kann oder dass er die körperliche Nähe des Patienten sucht. Da Borderline-Strukturen jedoch häufig extreme Angst vor körperlicher Nähe ha-

ben, neigen sie dann dazu, diese Nähe im Sinne eines symbolisierten Missbrauchs über sich ergehen zu lassen oder sich zurückzuziehen und den Therapeuten zu entwerten. Die Entwertung oder Ablehnung eines Therapeuten kann in dessen Gegenübertragung wiederum zu vielfältigen Problemen führen. Insbesondere bei einer eigenen Identitätsunsicherheit oder Kränkbarkeit wird er sich hilflos fühlen, mit Selbstzweifeln reagieren oder gegenagierend den Patienten als unheilbar oder unmotiviert zurückweisen. Besonders anstrengend sind die emotionalen Wechselbäder, in die der Therapeut bei schwankenden Übertragungen kommt. Ein weiteres Thema bildet die projektive Identifizierung d. h. die Aktivierung von abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen des Patienten im Erleben des Therapeuten z. B. als körperliche Empfindungen, Gefühle oder Phantasien. Sie entstehen dadurch, dass der Therapeut durch seine Verbundenheit mit dem Patienten eine für diesen unerträgliche Empfindung in sich selbst aktiviert, wie um diese zu erhalten, kennen zu lernen und der Bearbeitung zugänglich zu machen. Alle diese extremen und ungewöhnlichen Gegenübertragungsreaktionen kann der Therapeut nur erkennen und für die Therapie nutzbar machen, wenn er sich nach Kernberg (1993) in seiner Rolle als Therapeut verankert, sich seiner therapeutischen Aufgabe sicher ist und den therapeutischen Rahmen klar formuliert und aufrechterhält. Wir möchten dies ausdehnen durch die Verankerung des Therapeuten in seinem Menschsein. Nur wenn die Therapeutin oder der Therapeut sich als Person, als Mann oder als Frau, als dieser Leib, der wir sind, als erwachsener Mensch mit einer bestimmten Lebenserfahrung, als verletzter und in einem gewissen Sinne geheilter Mensch akzeptieren können, sich ihrer Form und ihrer Grenzen, auch ihrer Verletzbarkeit bewusst sind, können sie sicher sein, sich in den Stürmen der Übertragungen und Gegenübertragungen bei Borderline-Strukturen nicht zu verirren oder unterzugehen, sondern sie für die Therapie fruchtbar zu machen.

### **Die psychotische Struktur (Desintegration)**

Angesichts einer massiven inneren oder äußeren Herausforderung kann es zu einer fundamentalen Störung im Ordnungsgefüge des Bewusstseins kommen, die zu einer Desintegration des Erlebens führt und eine verzerrte Wahrnehmung der Wirklichkeit zur Folge hat. Die psychotische Struktur hat ihre Sicherheit über die alltägliche Konstruktion der Wirklichkeit, die durch unser Ich-Bewusstsein entsteht, partiell verloren. Es kann zu einer Identifikation mit archetypischen Kräften und Inhalten kommen, die jedoch nicht ausgehalten und ertragen werden. So ist der Patient einerseits den archetypischen Energien in gewisser Weise ausgeliefert, andererseits versucht er, diese zu organisieren und zu interpretieren. Es wirkt häufig wie ein enormer Versuch, kollektive Probleme der eigenen Familie, der Gesellschaft oder gar der Menschheit zu lösen. Die Überforderung zeigt sich jedoch darin, dass es zu erheblichen Fehlinterpretationen, Projektionen und Externalisierungen kommt, die zwar eine gewisse kreative Leistung darstellen, jedoch die Innen-Außen-Unterscheidung beeinträchtigen. Angesichts der Intensität des Erlebens und der mangelhaften Organisierungsfähigkeit des Erlebens kommt es zu dem Eindruck des Zerrissenseins, des Gespaltenseins und der Fragmentierung. Man könnte sagen, der Patient hat den Boden und den Halt verloren und treibt nun wie ein steuerloses Schiff in einem gewaltigen Unwetter im Meer. Gelegentlich meint er, er sei der Sturm, das Regnen, das tosende Meer, das beschädigte Schiff, das lose Steuer oder die Blitze. Er versucht, aus all diesen Identifikationen eine neue Struktur aufzubauen mit den Werkzeugen seiner alltäglichen Wirklichkeitskonstruktion. Dabei entsteht dann ein mehr oder weniger verfremdetes Bild. Das Körpererleben ist somit verzerrt, möglicherweise fragmentiert oder es besteht für bestimmte Bereiche des Körpers überhaupt keine Empfindung. Eine Verankerung im Körperlichen ist nicht möglich, die körperlichen Energiequalitäten werden eher als bedrohlich wahrgenommen oder als fremd, unberechenbar oder auch nutzlos.

Die wesentliche therapeutische Interventionsqualität bei psychotischen Strukturen möchten wir als austragend bezeichnen. Austragen betont eine besondere Qualität strukturbildender Therapie. Es ist erforderlich, ein Grounding zu geben, zu halten, und angesichts der mangelnden Selbstregulation in die emotionalen und körperlichen Prozesse steuernd und regulierend einzugreifen. Dies ist vergleichbar mit dem Umgang der Eltern mit ihrem Säugling, der ja auch zunächst einmal der Fülle seiner Eindrücke und Impulse ausgeliefert ist und nur in der haltenden, tragenden und steuernden Beziehung mit Hilfe seiner Eltern überleben kann. Noch prägnanter ist vielleicht der Vergleich des Austragens der existenziellen Thematik eines psychotischen Menschen mit dem Austragen einer Schwangerschaft, so dass ein neues Selbst entstehen kann. Dies geschieht vor allem in der therapeutischen Beziehung zum Bezugstherapeuten oder besser noch zum Behandlungsteam, die zunächst einmal den Patienten in seiner ganzen Intensität aushalten, ertragen, auf sich wirken lassen und dann mit ihm seine Thematik verarbeiten und zu einer gesünderen Lösung hin austragen.

Typische körpertherapeutische Methoden, die in unserer Klinik durchgeführt werden und die tragende Interventionsqualität erfahrbar machen, sind folgende: In der Wassergruppe trägt jeweils ein stehender Partner einen im körperwarmen Wasser liegenden Partner auf seinen Armen und schwingt ihn langsam hin und her, so dass er sich völlig entspannen und anvertrauen kann. Nach einem Zyklus von einer halben Stunde nimmt der Tragende seinen Partner an seine Brust und lässt ihn für einige Minuten ruhen. Dann werden die Rollen gewechselt. Die schon erwähnte strukturbildende Bewegungstherapie und das TaKeTiNa bieten auch für diese Strukturebene einen äußerst geeigneten Rahmen.

Das Klang-Massage-Sandawa-Monochord (Klein, 1991) ist ein zwei Meter langes, auf Füßen stehendes Monochord, auf das sich eine Patientin bzw. ein Patient hinlegen kann. Die Saiten sind auf der Unterseite der Liegefläche angebracht

und auf den gleichen Ton gestimmt. Das Monochord wird nun für einen längeren Zeitraum ununterbrochen gespielt und ermöglicht das Eintauchen, Genährt- und Getragenwerden in einem Klangraum, der sich durch den direkten Kontakt mit dem Monochord besonders leicht und intensiv vermittelt. Denn die obertonreichen tiefen Klänge werden nicht nur aus der ungewöhnlich großen Nähe gehört, sondern gleichzeitig wird ihre Vibration im ganzen Körper gespürt.

Auch ritualisierte Meditationen zu den vier Elementen, den vier Himmelsrichtungen oder den vier Tages- und Jahreszeiten ermöglichen strukturierte und getragene archetypische Erfahrungsqualitäten.

Wir wollen ein konkretes Beispiel geben, um die tragende Interventionsqualität in der klinischen Arbeit zu veranschaulichen. Eine einfache und doch sehr wirkungsvolle Übung ist das Ausprobieren und Experimentieren mit verschiedenen Gangarten. Beginnen kann diese Sequenz im Liegen, mit dem Hinweis auf die tragende Qualität des Bodens. Von dort aus können Rollen, Robben, Krabbeln und nach und nach unterschiedliche Formen der Fortbewegung erforscht werden. Beobachtungshinweise für die Patienten können dabei sein: Wie betrete ich den Boden, wie verlasse ich ihn? Wie kann ich Sicherheit finden und Lebendigkeit fühlen? Oft laden wir die Patienten dazu ein, jeden Schritt mit einem inneren „ich bin“ oder „ich lebe“ zu begleiten. Nach dieser Übung äußern die Patienten zum Teil ebenso einfache, wie für sie „revolutionäre“ Entdeckungen: „Ich habe ja Füße“ oder „meine Zehen können sich bewegen“. Eine Patientin entdeckte, dass sie sich eigentlich lieber in der Luft als am Boden befände. Eine andere äußerte: „Anfangs war ich misstrauisch, ob der Boden mich wirklich trägt.“ Bei einem unserer Patienten wurde eine sehr tief liegende Verletzung spürbar, als er nach dieser Übung heftige Schmerzen in seinen Füßen fühlte. Wir erfuhren, dass er mit 6 Zehen an jedem Fuß geboren war und seine Eltern ihn deswegen für eine Missgeburt hielten. In seiner ersten Lebenswoche noch wurden diese „überflüssigen“ Zehen amputiert, aber die Narben an seinen

Füßen erinnerten weiter an dieses frühe Trauma. Durch langsame und behutsame Begleitung in unseren tragenden Therapien, vor allem im TaKeTiNa, konnte dieser Patient ein Stück Heilung finden. Er fühlte immer wieder die alten Schmerzen, trauerte, und gleichzeitig spürte er den gegenwärtigen Boden unter seinen Füßen in der Verbundenheit mit allen anderen Teilnehmern des Rhythmuskreises.

Was die Gegenübertragung betrifft, so erlebt der Therapeut angesichts der abgrundtiefen Bodenlosigkeit des Patienten, der Intensität seiner Gefühle und Impulse und der Fremdheit seines Wirklichkeitserlebens ebenfalls eine Verunsicherung seiner selbstverständlichen inneren Ordnung. Typisch ist das Gefühl, einem Sog ausgeliefert zu sein und in der eigenen Identität bedroht zu werden, vielleicht sogar verrückt zu werden. Diese Gefühle werden nun entweder objektivierend abgewehrt, so dass der Patient nur als hirnrkrank oder verrückt betrachtet wird. Oder der Therapeut neigt dazu, das abgrundtiefe Leid des Patienten allein auszuhalten, es ihm abzunehmen oder zusammen mit ihm den Kampf gegen die Bodenlosigkeit oder die übermächtigen Kräfte zu führen. Dies können wir jedoch nicht von der Warte unserer persönlichen Identität tun. Mit unseren begrenzten persönlichen Möglichkeiten fühlen wir uns bei diesem Bemühen überfordert und verzweifelt, werden dabei von tief greifender existentieller Angst und Aussichtslosigkeit überwältigt. Die Therapie eines Psychotikers ist daher nicht von der Verankerung in unserer persönlichen Identität möglich, sondern nur von einer Verankerung im Existentiellen oder im transpersonalen Bewusstsein (s. u.), das jenseits unserer Konzepte und Identifizierungsnotwendigkeiten für die überpersönliche Dimension unseres Wesens und unserer Seele offen ist. Nur wenn ich von einer spirituellen Haltung getragen bin, die darum weiß, dass letztendlich alle Themen und Energien, alles Leben und Sterben Ausdruck eines unbegrenzten und unbedingten Seins sind, kann das nicht integrierte Erleben des Patienten in dem Gefäß meines Seins erscheinen und mit ihm gemeinsam zu einem gesunden Leben ausgegtragen werden.

### **Die personale Struktur (Integration)**

Die personale integrierte Struktur ist gekennzeichnet durch ihre Suche nach innerer Ganzheit. Es geht um die Integration der verschiedenen Erlebnisdimensionen von uns Menschen, so dass wir uns als Einheit von Leiblichem, Seelischem und Geistigem erleben in einer Bezogenheit auf die Mitmenschen und die Mitwelt (Petzold, 1988). Im Grunde besitzt die ausgereifte personale Struktur zwei Aspekte: die Entfaltung der Individualität und der Bezogenheit. Individualität bedeutet Selbstverwirklichung, Fähigkeit zur Authentizität und Verantwortlichkeit, zu schöpferischem und kreativem Handeln. Bezogenheit meint die Fähigkeit zur Begegnung, zum Dialog, damit also zur Wahrnehmung des anderen Menschen als ebenso ein Ich, wie ich es bin, damit also als ein Subjekt. Diese Inter-Subjektivität erst ist die Voraussetzung zur Partizipation am Wir, an der Gemeinschaft, zur Übernahme von Mitverantwortung und damit zur Bildung von reifen Paarbeziehungen und reifen Familienstrukturen. Selbstgestaltung und Weltgestaltung geschehen mit Würde, Integrität und liebender Grundeinstellung. Das angestrebte Körpererleben ist das der ganzleiblichen Erfahrung und einer Verankerung im jeweiligen Moment. Der Körper und insbesondere seine sinnlichen Qualitäten werden als Quell der Lebensfreude, des Lebensgenusses erlebt. Die körperlichen Ausdrucksformen, insbesondere in der Freiheit der Bewegungen, im Tanz und in der Fähigkeit zu körperlichem Ausdruck der eigenen Emotionen und Impulse, zeigen den inneren Reichtum der Person.

Die wesentliche körpertherapeutische Interventionsqualität für die personale Struktur möchten wir als dialogisch und kontaktierend bezeichnen. Berühren kann berührend sein und Berührtsein zur Folge haben. Es ist ein Sich-Verbinden mit der Ebene des Fühlens, der Fühlungnahme. Es kommt darauf an, inneren Kontakt zu den verschiedenen Erlebnismöglichkeiten herzustellen und dabei insbesondere Sinne und freie Bewegung einzubeziehen, so dass ein Erleben innerer Ganzheit geschehen kann. Es geht um die Qualität von Bewegung, die Bewegtheit zur Folge

hat und die Qualität von Ergreifen, die Ergriffensein ermöglicht. Die Interventionen sind auf das gegenwärtige Erleben bezogen und damit prozessual, mitgehend. Der Kontakt zum Klienten ist dialogisch, einladend, mit Respekt vor seiner Selbstverantwortung und seiner Bereitschaft sich einzulassen.

Methoden, die in der Klinik die kontaktierende Interventionsqualität zum Ausdruck bringen, finden sich insbesondere in den etwa vierteljährlich stattfindenden Intensivtagen. Hier werden mit einem Teil der Patienten der Klinik in einer Großgruppe von 25 bis 35 Teilnehmern auf orgodynamischer Grundlage (Plesse, St. Clair, 1995) in einer hohen Dichte und Intensität ganzleibliche körperbezogene Erfahrungen ermöglicht. Dies wird durch unterschiedliche Zugänge, wie Tanz, Stimmübungen, Sinnesrituale, Trancetechniken, aber auch Traumreisen und Kontaktübungen gefördert.

Zur kontaktierenden Interventionsqualität gehören darüber hinaus vor allem auch die Tanztherapie, daneben Sensory Awareness, das Focusing, besonders in der klientenzentrierten Körpertherapie, der erlebnisorientierte Ansatz der integrativen Bewegungstherapie und viele andere. Wir wollen nun wieder ein konkretes Beispiel für den Einsatz der kontaktierenden Interventionsqualität in der klinischen Arbeit geben.

Im Rahmen der erwähnten Intensivtage teilen wir gelegentlich die beschriebene Großgruppe in eine Frauen- und eine Männergruppe auf. Dort kreieren wir an einem Abend mit unseren Patienten einen Raum der Heilung für das eigene Körperbild und Körpererleben. In Gruppen, zu jeweils vier Patienten, bereiten sich die Teilnehmer bequeme und einladende Plätze vor, mit Hilfe von Matratzen, Decken, Kerzen und persönlichen Gegenständen. Diese gemütliche Atmosphäre ist wichtiger Bestandteil des Heilrituals, da sie sowohl Schutz bietet, als auch die Sinnlichkeit zu wecken vermag. Nach einer Phase des Einstimmens aufeinander, z. B. durch einen Resonanzkreis in der kleinen Gruppe oder durch gemeinsames Tönen,

beginnt ein Teilnehmer jeder Gruppe über seinen Körper zu sprechen: Wie erlebe ich mich als Frau bzw. Mann? Was mag ich an mir, was macht mir Schwierigkeiten? Wie erlebe ich meine Sinnlichkeit und meine Sexualität, was vermisse ich usw.? Der Sprechende ist dabei eingeladen, soviel von seinem Körper zu enthüllen, wie er den anderen zeigen möchte. Oftmals erleben wir eine so vertrauensvolle Stimmung, dass die Teilnehmer sich völlig entkleiden und sich nackt sehen lassen. Die Patienten erwähnen alte Verletzungen genauso wie Unzufriedenheit mit ihrem Körper in der Partnerschaft, Unsicherheit in ihrer Geschlechtsidentität oder worüber sie sich freuen. Nach dieser Phase, die etwa 20 Minuten dauert, bekommt der Teilnehmer, der sich gezeigt hat, ein positives Feedback aus seiner Kleingruppe. Die anderen sind eingeladen, ihre Berührtheit auszudrücken und Sätze der Unterstützung zu äußern. Danach beginnt ein offener Teil des Rituals, wobei sich der Partner, der sich gezeigt hat, eine Berührung oder einen Kontakt von den anderen wünschen darf, der die Heilung seines Körpererlebens unterstützt. Jeder Teilnehmer der kleinen Gruppe hat für seinen Teil insgesamt etwa 45 bis 60 Minuten Zeit und dann wird gewechselt, so dass sich innerhalb der jeweiligen Gruppe eine innig vertraute Atmosphäre entwickeln kann, die selbst einem ängstlichen Teilnehmer viel akzeptierende Unterstützung schenkt.

Grundsätzlich gesehen ergeben sich die wesentlichen Gegenübertragungsprobleme meistens aus einem Mit- oder Gegenagieren auf der Ebene der jeweiligen Struktur. Man könnte also sagen, die Therapeutin oder der Therapeut lässt sich in die Problematik der jeweiligen Struktur einbeziehen und in ihr verwickeln. Notwendig ist daher grundsätzlich eine von der jeweiligen Struktur freie innere Haltung. Dies bedeutet beispielsweise, dass ein Therapeut bei der Behandlung einer neurotischen Struktur durchaus in seiner eigenen personalen Struktur verankert sein kann. Bei einer personalen Struktur der Klientin oder des Klienten muss er jedoch jenseits der personalen Ebene verankert sein, also im transpersonalen Bewusst-

sein, wenn eine weitere transformative Entwicklung ermöglicht werden soll. Die wesentlichen Gegenübertragungsprobleme im Umgang mit der personalen Struktur ergeben sich somit neben den häufigen neurotischen Phänomenen, also der üblichen Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation, durch die Fixierung auf die Personalität. Die Fixierung auf das Hier und Jetzt, das konkret Sinnliche, den Körper und die weltliche Begrenztheit führt zu einer Verabsolutierung der Konzepte des Therapeuten über das menschliche Leben, so dass er keine Freiheit besitzt, im Klienten eine Entwicklung zuzulassen, die außerhalb seines Menschen- und Weltbildes und außerhalb der Identifizierung mit seiner therapeutischen Methode liegt. So kommt es häufig zu einer Überbetonung der Selbstverwirklichung und des Individualismus, zu einer Überbetonung der Hier- und Jetzt-Perspektive, zu einer Ablehnung des Religiösen und zu einer gewissen dogmatischen Fixiertheit auf die eigene Schule. Vor allem die antireligiöse und antimystische Haltung verhindert das Finden eines positiven eigenen Lebenssinnes und die Aussöhnung mit dem Sterben als existentielles Geschehen. Diese Fragen, für die die personale Struktur irgendwann eine Antwort sucht, müssen in diesem Fall abgewehrt werden und führen dann zu resignierten Einstellungen. Sie sind nur von der transpersonalen Ebene her zu beantworten.

### **Die transpersonale Struktur (Transformation)**

Die wesentliche Entwicklung von der personalen zur transpersonalen Struktur besteht darin, dass eine Transformation von der Verankerung im Ich-Bewusstsein zu einer Verankerung im Wesen, im transpersonalen Grund der Seele stattfindet. Zunächst einmal erscheint es wie eine Öffnung für das eigene innere Wesen oder wie ein Durchbruch zum Sein. Das transpersonale Bewusstsein lässt sich charakterisieren durch eine hohe Präsenz und Bewusstheit. Es wird in Zuständen von innerer Stille und Freiheit, Leere und Weite, Rezeptivität und Hingabe, Herzensverbundenheit und Medialität erlebt, um einige typische Qualitäten dieses Bewusstseinsraumes zu nennen (Galuska,

1998). Die Persönlichkeit entwickelt dann eine gewisse Transparenz, eine Durchlässigkeit für den transpersonalen Seinsgrund, für die „immanente Transzendenz“ (Dürckheim, 1973). Aus dieser Perspektive kann die eigene Lebensaufgabe, die Bestimmung, der eigene Sinn erkannt werden, und die Person stellt sich in den Dienst dieses Auftrags und der damit verbundenen Visionen (Galuska, 1995), denn das eigene Wesen besteht geradezu darin, auf die eigene individuelle Weise das Überpersönliche, Göttliche, Absolute auszudrücken und in die Welt zu bringen. Die transpersonale Struktur ist geöffnet für die Verbundenheit der Menschen und letztlich aller energetischen Formen. Durch ihre Teilhabe am Fluss des Seins und der Vergänglichkeit aller Formen erlebt sie sich als hingegeben an die Fülle des Lebens und weiß um das Nichtwissen des Todes. Im transpersonalen Bewusstsein besteht, auch als körperliches Erleben, eine Durchlässigkeit für subtile Energiequalitäten, die im Gefäß der Bewusstheit bewahrt und gesteuert werden können. Die Hingabe an diese Qualitäten führt zur Erfahrung energetischen Fließens: es atmet, es geht, es fließt, alles Leben ist Tanz.

Die wesentliche Interventionsqualität für die transpersonale Struktur ist die Präsenz. Der Therapeut ist eher meditativer Begleiter, der aus dem transpersonalen Bewusstsein als Ort bewusster Intuition heraus die verschiedenen Ausdrucksformen des Existentiellen begleitet. Seine Ausstrahlung kreiert einen gemeinsamen Bewusstseinsraum, in der seine Erfahrung und die Erfahrung des Klienten sich weben zu einer Art gemeinsamen inneren oder äußeren Tanzes, dessen Form gelegentlich durch Konzepte verstanden werden kann. Insofern ist der Therapeut für die transpersonale Struktur in gewisser Weise auch Lebenslehrer oder transkonfessioneller spiritueller Lehrer, der durch seine Ideen, Bilder, intuitiven Vorschläge oder Berührungen den gemeinsamen Prozess anreichert und weiterfließen lässt.

Wir wollen auch diesmal ein konkretes Beispiel für die Energiebegleitung aus der Präsenz heraus geben, wie wir sie im kli-

nischen Kontext durchführen und die wir der Orgodynamik (Plesse, St. Clair, 1995) verdanken: Eine Möglichkeit der Hinführung zu einem inneren Raum der Weite und des Fließens ist der Bodyflow (Barnett, 1993). Mit geschlossenen Augen beginnt jeder Teilnehmer die Aufmerksamkeit auf die eigenen Hände zu richten, wie sie sich anfühlen und wie sie erlebt werden. Vielleicht gibt es feine Impulse, denen man folgen möchte, kleine Bewegungen ohne Anstrengung, die wie von selbst geschehen möchten. So folgt jeder Teilnehmer dem Bewegungsfluss seiner eigenen Finger und Hände, der sich langsam auf den gesamten Körper ausdehnen kann. Es kann sich anfühlen wie das Folgen einer inneren Melodie oder eine stille Meditation in Bewegung. Jeder Teilnehmer wird andere Beschreibungen für diesen Erlebnisraum finden, z. B.: „Mein ganzer Körper fühlt sich an wie ein einziges Fließen“. Oder: „Die Bewegungen schaffen sich immer wieder neu“. Begleitet werden kann der Bodyflow mit einer unterstützenden meditativen Musik. In einer großen Gruppe kann auch die eine Hälfte der Teilnehmer im Bodyflow sein, während jeweils ein zugeordneter Partner der anderen Hälfte den Raum schützt und seinem Partner seine ganze Aufmerksamkeit schenkt. So erleben beide eine Qualität von Verbundenheit und Verbundensein in ein größeres Ganzes. Für die Beobachtenden können sich während des Flows gewohnte Bewertungsmuster aufweichen und vom „Sehen mit dem Herzen“ abgelöst werden.

Das transpersonale Bewusstsein ist grundsätzlich eine Haltung jenseits von Übertragung und Gegenübertragung, da es Konzeptbildungen und Identifizierungsprozesse, auch von sich selbst und anderen, überschreitet. Die typischen Gegenübertragungsprobleme der Therapeutin bzw. des Therapeuten für die Arbeit mit Klienten auf der Ebene der transpersonalen Struktur hängen daher primär mit einer mangelhaften Verankerung im transpersonalen Bewusstsein zusammen. Es vermischen sich dann ungelöste Problembereiche anderer Strukturen mit der Arbeit im Transpersonalen. Dabei besitzen erfahrungsgemäß die größte Do-

minanz weniger neurotische als vor allem narzisstische ungelöste Themenkreise des Therapeuten. So kommt es zu allen möglichen Formen von guruhaften Verhaltensweisen des Therapeuten, der sich von seinen Klienten bewundern und hofieren lässt. Häufig sind auch missionarische Ansätze und mangelnde Fähigkeiten, die eigene Methode und den eigenen spirituellen Weg zu relativieren. Eine Verhaftung in der personalen Identität zeigt sich auch in einem übermäßigen persönlichen Engagement für die Heilung der Klienten und in einem zu aktiven, machenden, etwas technischen Interventionsstil. Stattdessen wäre ein Vertrauen in die Kraft der eigenen Intuition und den Fluss der Heilungsprozesse nötig, für die wir nur durchlässig sein können und an denen wir lediglich Anteil haben können.

Wir unterscheiden die transpersonale Struktur von der nondualen Bewusstseinsstruktur der Seinsverwirklichung, der Erleuchtung, der Auflösung jeglicher Dualität, in die sich die transpersonale Struktur wiederum bei weiterer Entwicklung transformiert.

### **Abschluss**

Körperpsychotherapie wird immer von mehr oder weniger gut strukturierten Körpertherapeuten bei mehr oder weniger gut integrierten Klienten durchgeführt. Wie sich aus unseren Ausführungen unschwer ableiten lässt, sind die jeweiligen körpertherapeutischen Methoden nicht für jede Störungsstruktur geeignet. Dabei besitzen einige Methoden ein vielschichtiges Spektrum an Möglichkeiten, so dass sie mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung auch bei unterschiedlichen Strukturen eingesetzt werden können, wie z. B. die integrative Bewegungs- und Leibtherapie, die Orgodynamik oder das TaKeTiNa. Andere Methoden, wie die strukturbildende Bewegungstherapie oder die Bioenergetik fokussieren auf ein oder zwei Störungsstrukturen und besitzen für diese eine große Prägnanz. Ein Körperpsychotherapeut sollte sich daher der Schwächen und Stärken seiner Methoden bewusst sein und diese entweder gezielt anwenden oder durch andere Me-

thoden ergänzen. Wir verkennen nicht, dass unsere, aus klinischer Perspektive begründete Einteilung ein Konzept ist, eine Form, die die Wirklichkeit formt. Wir halten diese klinische Konzeption für nützlich. Wir wissen jedoch, dass diese Einteilung zu relativieren ist. So gibt es allerlei Übergänge zwischen den Störungsstrukturen, also ein kontinuierliches Spektrum von Integration zur Desintegration. Je weniger Integriertheit vorliegt und damit eine labilisierte und zerrütetere Struktur, umso mehr sind strukturbildende Maßnahmen erforderlich. Da Strukturbildung auf Verinnerlichungsprozessen geordneter und gesunder Erfahrungen basiert, ist hier ein aktiverer und führenderer Interventionsstil bis hin zum symbolischen Austragen in der therapeutischen Beziehung erforderlich. Gleichzeitig fluktuieren die Strukturen, d. h., es gibt Momente, in denen wir integrierter und andere, in denen wir weniger integriert unser Überleben und Verhalten organisieren. Das heißt z. B. auch ein neurotisch strukturierter Mensch kann Momente extremerer Dissoziation oder Verluste der Selbststeuerungsfähigkeit erfahren und erfordert dann keinen mobilisierend aufdeckenden, sondern einen strukturbildenderen Interventionsstil. Aus klinischer Sicht hat also auch ein Körperpsychotherapeut die Aufgabe, situativ – angesichts der jeweils vorliegenden Struktur seiner Klienten –, seinen Interventionsstil anzupassen.

#### Literatur

- Arbeitskreis OPD (1996), Operationalisierte psychodynamische Diagnostik, Huber, Bern  
Barnett M (1993), Diamant Yoga Handbuch, CEC, Zürich  
Blanck G, Blanck R (1982), Angewandte Ich-Psychologie, Klett-Cotta, Stuttgart  
Dürckheim K G (1973), Vom doppelten Ursprung des Menschen, Herder, Freiburg  
Flatischler R (1984), Die vergessene Macht des Rhythmus, Synthesis, Essen  
Galuska J (1994), Ganzheitliche stationäre Psychotherapie, Integrative Therapie 1 - 2/1994, 101 - 112  
Galuska J (1995), Ich, Selbst und Sein, Transpersonale Psychologie und Psychotherapie 1, 1995  
Galuska J (1998), Die transpersonale Dimension der Psychotherapie in Riedel L. (Hrsg.), Sinn und Unsinn der Psychotherapie, Mandala Media, Rheinfelden  
Kernberg O F (1993), Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Huber, Bern  
Kernberg O F (1996), Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapeut 41, S. 288-296  
Klein M P (1991), Die „Ur-Ton“-Musiktherapie mit dem Klang- Massage-Sandawa-Monochord, Vortrag beim 3. Int. Somatotherapiekongreß in Straßburg  
Lichtenberg J D (1990), Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung, Psyche 44, 871 - 901  
Petzold H G (1988), Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Junfermann, Paderborn  
Plesse M, St. Clair G (1995), Orgodynamik-Tür zum Sein, in Zundel E, Loomans P, Im Energiekreis des Lebendigen, Herder, Freiburg  
Stauss K (1994), Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom, Junfermann, Paderborn  
Wilber K (2001), Integrale Psychologie, Arbor, Freiamt