

Integrative Bewegungstherapie

Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert, Apostolos Tsomplektis, Hilarion G. Petzold, Martin J. Waibel*

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),
Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;
Hermann Ludwig, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

Ausgabe 01/2000

„Berühren aus Berührtsein“
in der *Integrativen Leibtherapie*

Peter Eisler, Kilchberg (1991) *

Erschienen in: *Integrative Therapie* 1-2/91, S. 85-116

* Aus der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: info@ibt-verein.de, Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Zusammenfassung: „Berühren aus Berührtsein“ in der Integrativen Leibtherapie

Ausgehend von eigenen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit sogenannten frühgeschädigten Patienten wird ein psychotherapeutisches Vorgehen des „Berührens aus Berührtsein“ des Therapeuten entwickelt. Ausführlich wird auf die Physiologie, Psychophysiologie und Biopsychologie eingegangen. Notwendig für das Verständnis dieses therapeutischen Vorgehens und seiner Wirksamkeit ist die Überwindung des cartesianischen Denkens (dualistisches Weltbild), wie es in der heutigen Medizin noch weitverbreitet ist. Im weiteren wird der anthropologische und der phänomenologische Hintergrund reflektiert. Schließlich wird auf die Implikationen für diese Art des psychotherapeutischen Vorgehens anhand von klinischen Beispielen eingegangen sowie auf Indikationen, ethische Fragen und Gefahren.

Schlüsselwörter: Integrative/ Körper Psychotherapie, Heilende Berührung, aktiver Analyse, Exzentrizität

Summary: „Touching out of Being Touched“ in the Integrative Body Therapy

Out of proper clinical experiences with heavily early disturbed patients a psychotherapeutical procedure of „touching out of being touched“ by the therapist is developed. Physiology, psychophysiology and biopsychology are broadly discussed. To understand this psychotherapeutic procedure and its effectiveness it is important to overcome a cartesian view and to come to a holistic one. The anthropological and phenomenological background is discussed. Finally the psychotherapeutic procedure with its implications, indications, ethics and dangers is presented.

Keywords: Integrative /body psychotherapy; healing touch; active analysis; excentricity

Schon zu Beginn meiner Tätigkeit als Psychiater, zunächst als Assistenzarzt an verschiedenen psychiatrischen Kliniken, hatte ich es mit schwerkranken Patienten zu tun, von denen heute viele als „Frühgestörte“ diagnostiziert würden. Ich hatte damals kaum psychotherapeutische Konzepte für die Behandlung meiner Patienten. Und so mußte ich mich auf mein Gefühl, meine Intuition, meinen sogenannten gesunden Menschenverstand und meine Beobachtungen und Erfahrungen verlassen. Ich war und bin noch immer davon überzeugt, daß wohl das Wichtigste in diesen Behandlungen ist, daß ich diese Menschen gerne habe. Aus dieser Überzeugung heraus arbeitend, erlebte ich nach und nach, daß sich die klassischen Techniken der Psychoanalyse, wie sie mir damals gelehrt wurden, mit der Abstinenzregel, selbstverständlich mit Berührungsverbot, bei diesen Patienten im Umfeld dieser Kliniken nicht bewährten und zu keinem Erfolg führten. Und so begann ich, außerhalb der „gestandenen, großen“ Psychotherapieformen nach Wegen zu suchen. Auf meiner persönlichen und professionellen Suche nach bestimmten Formen des Heilens und Heilwerdens erlebte und experimentierte ich mit den verschiedensten therapeutischen Ansätzen (Bewegungstherapie, Tanztherapie, katathymes Bilderleben, expression corporelle, Malen, Körpertherapie, Gestalttherapie, Integrative Therapie, TA, usw.). Auf diesem Hintergrund bekam das Thema des Berührens und Berührtseins mit all seinen Schattierungen für mich einen zentralen Stellenwert. Ich realisierte immer mehr, wie wesentlich in der Behandlung solcher Patienten das Nicht- und Außersprachliche ist.

1. Physiologie, Psychophysiologie und Biopsychologie des Berührens und Berührtseins

Als Arzt interessierten mich natürlich die Lehrmeinungen in der Physiologie und den davon abgeleiteten Gebieten, wie Psychophy-

siologie und Biopsychologie, zu meinem Thema. Aus diesem Grund habe ich dieses Kapitel ausführlich gestaltet.

Berührtsein wird in Lehrbüchern der Physiologie, speziell in der allgemeinen Sinnesphysiologie, folgendermaßen verstanden: aus der Mannigfaltigkeit der Umwelteinflüsse vermögen einige davon unsere Sinnesorgane zu beeinflussen, diese werden als Sinnesreize bezeichnet. Diese Reize lösen in Sinnesrezeptoren (Augen, Ohren, Hautrezeptoren, Druckrezeptoren, etc.) Potentiale aus, die zur Erregung von zum Zentralnervensystem führenden sensorischen Nervenfasern führen. Die Erregungen gelangen parallel, rückgekoppelt und auch gehemmt in sensorische Hirnzentren und werden dort verarbeitet. Da diese Kette physikochemischer Ereignisse beobachtbar und meßbar ist, wird dieser Bereich „objektive Sinnesphysiologie“ genannt. Auf einen Sinnesreiz folgt subjektiv ein Sinneseindruck, wobei Sinneseindrücke Elemente der Empfindungen sind. Normalerweise ordnen wir sie in Erfahrenes und Erlerntes ein. Aus den Empfindungen werden Wahrnehmungen. Wahrnehmungen werden somit von psychischen Faktoren beeinflusst. Die Untersuchung der subjektiven Empfindungen und Wahrnehmungen, um die Leistungen unserer Sinnesorgane zu bestimmen, ist die Aufgabe der „subjektiven Sinnesphysiologie“. Dabei wird versucht, zu eigentlich philosophischen Fragen – sind die Sinnesreize und die subjektiven Empfindungen nur zwei Betrachtungsebenen einer Sache, nämlich der Hirnfunktion (monistische Anschauung)? oder ist das Hirn das komplizierte Instrument einer unabhängigen Seele (Körper-Seele-Trennung, dualistische Anschauung)? – keine Stellung zu beziehen; sondern die „objektive Sinnesphysiologie“ wird etwa so wie die Hardware eines Computers verstanden, die dann die Computersprache oder ein -programm, also analog die „subjektive Sinnesphysiologie“, determiniert (*Handwerker 1987; Silbernagl, Despopoulos 1988*).

Die durch Berührtsein ausgelösten Erregungen können, nach gängiger Meinung der Physiologie, auf allen Ebenen des Zentralnervensystems beeinflusst und verändert werden. Dies ist möglich, weil diese Erregungen auf die verschiedensten Hirnstrukturen und -zentren verteilt werden, die wiederum unter sich verbunden sind und selbst, sogenannte „absteigend“, also zentrifugal, Einfluß nehmen können. Unter diesen Zentren sind z.B. das limbische System zu erwähnen, das vor allem das angeborene und erworbene Verhalten steuert und als Ursprungsort von Trieben, Motivationen und Emotionen betrachtet wird. Dieses Zentrum ist wiederum mit verschiedenen Hirnteilen verbunden, deren Aufgabe es ist, das angeborene Verhalten der erlernten Kontrolle, d.h. den Absichten und Plänen, unterzuordnen (*Silbernagl, Despopoulos 1988; Rolls 1986*). Über den „Hypothalamus“ werden alle vegetativen (Kreislauf, Atmung, Ma-

gen, Darm, Sexualfunktion, Blase etc.) und die meisten endokrinen Prozesse (auf die Schilddrüse, die Keimzellen, das Wachstum, die Nebennierenrinde etc. wirkende Hormone) des menschlichen Körpers, also das innere Milieu, gesteuert. Unser Gehirn ist auch eng mit dem Immunsystem verbunden, hat also einen wesentlichen Einfluß auf die Gesundheit. Über motorische Zentren und Bahnen werden die Bewegung, die Körperhaltung, das Gleichgewicht und der muskuläre Grundtonus gesteuert (*Silbernagl, Despopoulos 1988; Zimmermann 1987*).

Diese Aufzählung ist keinesfalls vollständig; ich wollte damit nur verdeutlichen, daß die Verarbeitung von Sinnesreizen in einer vielfältigen Weise beeinflußt und gesteuert wird, bis wir schließlich wahrnehmen und/oder reagieren bzw. agieren. Unser Erleben wird von unserer aktuellen Befindlichkeit, dem aktuellen Kontext, den wir über unsere Sinnesorgane aufnehmen, und unserem früheren Erleben und Erfahren, das wir in unserem Gehirn gespeichert haben, beeinflußt. So ist auch verständlich, daß eine Berührung, ein Geruch, ein Seh- oder ein Höreindruck zu einer früher damit gekoppelten Szene oder einer wie auch immer gearteten Körperempfindung führen kann (*Rolls 1986*). Diese Rückkoppelung gilt nicht nur für unseren Umgang mit Reizen, sondern auch für unser Zugehen auf die Welt, also zum Beispiel berühren. Dies ist uns im Alltag völlig geläufig, fassen wir doch einen Stein anders an als ein rohes Ei. Vielleicht erinnern wir uns noch oder erleben es mit Kindern, daß hinter diesem automatischen Umgang ein langer Lernprozeß steht.

Und doch, mag diese Betrachtungsweise vordergründig noch so gut aufgehen, hintergründig basiert sie auf einem, ich wage zu behaupten, kaum reflektierten cartesianischen Weltbild und beinhaltet so eine Subjekt-Objekt-Spaltung. Unsere Sinne sind hier auf wenige, gewissermaßen an Sinneszellen festgemachte Sinne gebunden und beschränkt. Ein diesbezüglicher Paradigmawechsel ist notwendig, damit die Objekt-Subjekt-Spaltung überwunden werden kann. Dies würde zu einer Physiologie führen, in der über die klassischen 5 Sinne hinaus auch Gefühle, Atmosphären wahrnehmen, Denken etc. zu den Wahrnehmungsbereichen gezählt wird. In der „klassischen“ Physiologie werden die Funktionen des ZNS nur auf der Ebene der anatomisch sichtbaren und der biochemisch oder elektrisch meßbaren Bereiche angeschaut, als könnten nicht, im Sinne von synergetischen Prozessen, daraus viel komplexere Strukturen entstehen.

Santibáñez-H. (1986 a) erachtet es als naiv, den komplexen Hirnprozeß durch Messungen an gewissen Punkten im „Universum der aktivierten Struktur“ zu charakterisieren; es sei vielmehr sinnvoll, diese als räumliche Konfiguration von Energieveränderung, z.B. neuraler holographischer Prozesse im Sinne von *Pribram*, zu inter-

pretieren. Untersuchungen bei Tieren und Menschen haben gezeigt, daß akute oder wiederholte Streßsituationen, die sie nicht bewältigen können, zu einer Reaktionsveränderung des neuroendokrinen Systems führen. Dabei kommen gewisse Funktionseinheiten und deren Leitungsbahnen in den verschiedenen Hirnstrukturen wie des RES (Retikulo-Endotheliales-System), Hypothalamus, Amygdale, limbisches System, Cortex, unkoordiniert von anderen Einheiten in Erregung (Erhöhung des Catecholaminspiegels im Blut und Entleerung entsprechender Rezeptoren im Gehirn). Diese Funktionseinheiten werden funktional dominant, die mangelnde Koordination mit anderen Einheiten macht die Anpassung schwierig und führt so zu einer Steigerung des Streß. Diese neuroendokrine Fehlfunktion hat ein interessantes Charakteristikum: die gewissermaßen entgleiste Funktionseinheit ist über lange Zeit leichter als die anderen aktivierbar. Die kleinste streßbezogene Situation kann sie aktivieren, was natürlich auf das Lernverhalten, das Vegetativum, den Muskeltonus, Bewegung etc. Einfluß hat (*Santibáñez-H.* 1986 b). Tierversuche haben nämlich gezeigt, daß gewisse Hirngebiete für gewisse Reaktionen (z.B. mütterliches Verhalten) verantwortlich sind (*Santibáñez-H.* 1986 c). Hirntumoren können bei Menschen zu einer der Hysterie ähnlichen Symptomatik führen, chronisch diffuse Hirnentzündung zu einem Bild der Depression mit Selbstverstümmelung (*Santibáñez-H.* 1986 b). Dazu paßt das Multimind-Konzept von *Ornstein* (1989), der verschiedene Begabungs- (bzw. Talent-) und Gefühlszentren im Gehirn postuliert; diese Talente seien sehr unterschiedliche mentale Fähigkeiten, ganz grundlegende, wie die Regulation von Hunger und Durst, Informationssuche, Riechen, Fühlen, Heilen, Bewegung, Ortung, Identifikation und Reden bis hin zu Wissen und Steuern. Diese müssen nicht koordiniert und/oder nacheinander aktiv sein. Seiner Meinung nach sind sie aber von einem „Selbsttalent“ als übergeordnete Kontroll- und Steuerungsfunktion gesteuert, das vermutlich im Frontallappen des Gehirns liege. Neben dieser Funktion sind „die Selbstwahrnehmung im Sinne einer Beobachtung der eigenen Handlungen, schlußfolgerndes Nachdenken über das Wesen der äußeren Welt und über das eigene Selbst“ und die „Planung komplexer Handlungsabläufe“ funktionale Fähigkeiten des Selbsttalents. Alle diese Talente müssen jedoch entwickelt, daß heißt geschult werden.

Auch was streßerzeugend ist, muß nach *Santibáñez-H.* (1986 b) bei jedem Menschen aufgedeckt werden, da die Wahrnehmung von körperlichen Reaktionen, wie die eines Triebes (z.B. Hunger) oder „Talentes“ nach *Ornstein* (1989) individuell (inkl. der genetischen Prädisposition) und kulturell verschieden gelernt wird und sich im Laufe des Lebens wieder verändern kann. Die Zusammenfassung diesbezüglicher aufwendiger biopsychologischer Untersuchungen

der Emotionen hat nach *Otto* (1986) auch ergeben, daß Körperselbstwahrnehmungen und die Wahrnehmung von Emotionen vom individuellen physiologischen Geschehen, von generellen Alltagsüberzeugungen, also von kulturellen Gegebenheiten und Selbstbewertungen abhängig sind – Ergebnisse, die aus der Sicht des Organismus/Umwelt-Feld-Paradigma der Gestalttherapie (vgl. *Perls, Hefferline, Goodman* 1979) und des Identitätsmodells von *Petzold* (1984) nicht erstaunen. Nach *Bösel* (1986) jedoch sucht die Biopsychologie der Emotionen nach Entsprechungen zwischen bestimmten Gefühlen und Syndromen körperlicher Erregtheit und fragt nach dem Verhältnis von gedanklichen und körperlichen Prozessen. Meiner Meinung nach ist die Unergiebigkeit all dieser zum Teil sehr aufwendigen Untersuchungen auch auf das zugrundeliegende cartesianische, dualistische Weltbild zurückzuführen, das nie hinterfragt wird, oder noch weiter zurück auf die Körperfeindlichkeit der christlichen kirchlichen Dogmen. Denn auch hier werden Gefühle und körperliche Erregtheit, seelische und körperliche Prozesse im Sinne von Körper und Seele getrennt.

Von *Airapetyants* (1986) werden die Folgen von emotionalem Streß in drei Gruppen aufgeteilt: Die erste Gruppe enthält alle Fälle, in denen verlängerter emotionaler Streß ohne Begleitung eines psychischen Konfliktes zur Entwicklung von psychosomatischen Leiden wie Hypertonie, Ulcus, Diabetes mellitus, Asthma, Thyreotoxikose etc. führt. Die Untersuchungen von *Lynch* (1987) an Hypertonie- und Migränapatienten unterstützen diese Beurteilung, fand er doch heraus, daß diese Menschen, wie *Petzold* (1977) sagen würde, eine „Haben-Relation“ zu ihrem Körper haben, da sie nie im Austausch mit anderen Menschen gelernt haben, die körperlichen Begleiterscheinungen ihrer Gefühle wahrzunehmen und schließlich zu benennen, gewissermaßen in eine „Seins-Relation“ überzuführen. Die zweite Gruppe beinhaltet Leiden, bei denen zum akuten oder chronischen emotionalen Streß ein psychischer Konflikt hinzukommt. Nach diesem Autor kann nur bei Leiden aus dieser Gruppe von Neurosen gesprochen werden. Die dritte Gruppe, wahrscheinlich die am häufigsten auftretende, ist die, bei der emotionaler Streß kurzzeitig (Minuten bis Tage) zu starken vegetativen Reaktionen führt, die sich aber wieder völlig zurückbilden. Diese Einteilung ist psychotherapeutisch nutzbar. Bei der ersten Gruppe geht es nicht um die Lösung von Konflikten wie bei der zweiten, sondern um das Aneignen oder Entwickeln von an sich bereits vorhandenen Fähigkeiten, um Nachsozialisation. Was Berühren damit zu tun hat, werde ich später ausführen.

Mir scheint, in den meisten erwähnten Werken der Physiologie wurde auch ganz vergessen, daß aus dem Ektoderm (der äußersten der drei embryonalen Zellschichten) die Haut, die Haare, die Augen,

die Sinnesorgane des Geruchs, Geschmacks, Sehens, Hörens und Empfindens (Hitze, Kälte, Berührung, Schmerz) und das ganze Nervensystem ausdifferenziert werden, letztlich also gar nicht voneinander losgelöst betrachtet werden können. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß in der modernen Medizin noch immer die Seele in gewissen Gehirnstrukturen oder an synaptischen Übergängen gesucht und nicht als eine Ausdrucksform des Ganzen in seiner Umwelt verstanden wird, obwohl dies in der Physiologie, wie oben aufgeführt, bei genauem Hinsehen gar nicht der Fall sein kann. Genauso wenig kann der Mensch, für sich und in der Interaktion mit anderen Menschen, gewissermaßen unter dem Mikroskop, also losgelöst von seinem jeweiligen Kontext, angeschaut werden.

Die beiden Biologen *Maturana* und *Varela* (1987) meinen, das Erkennen des Menschen sei als sein Tun in der Eigenart seines Lebendig-Seins verwurzelt und könne somit nicht allein mittels der Untersuchung der Prozesse des Nervensystems verstanden werden. Der Mensch müsse also in seiner evolutiven und individuellen Verwurzelung gesehen werden. Sein, Tun und Erkennen gingen also ständig zusammen. Das Phänomen des Erkennens könne man dabei jedoch nicht so auffassen, als gäbe es Objekte „da draußen“, die man „nur aufzugreifen und in den Kopf hinein zu tun habe“. Vielmehr würden die Dinge auf spezifische Weise durch die menschliche Struktur konfiguriert. Diese Äußerungen erinnern an Konzepte der Gestalttherapie: „das Selbst ist die Kontaktgrenze in Tätigkeit“, ist „der Integrator“, die „synthetische Tätigkeit“, spielt die „Rolle des Finders und Herstellers von Bedeutungen, durch die wir wachsen“; in Kontaktsituationen ist das Selbst die Kraft, die die Gestalt im Feld bildet“ (*Perls, Hefferline, Goodman* 1979); auch das „être au monde“ von *Gabriel Marcel* wäre hier zu nennen. Unter Evolution verstehen *Maturana* und *Varela* aber ein strukturelles Driften bei fortwährender phylogenetischer Selektion: ein Wassertropfen driftet einen Berg herunter, kann aber auch hängen bleiben und verdunsten. Diese Vorstellungen scheinen mir aber im Hinblick auf Kreativität als zu eng. „Creative adjustment“ (*Perls, Hefferline, Goodman* 1979) haben hier Platz, nicht aber „creative change“ (*Petzold* 1984). Zudem scheint mir in diesem Modell ein gegenseitiges Sich-Austauschen und Verstehen bestenfalls zufälligerweise möglich.

Split-brain Forschungen, die Beobachtungen an zwei indischen Mädchen, die 1922 in einem bengalischen Dorf im Norden Indiens bei einer Wolfsfamilie aufgewachsen waren, und Tieruntersuchungen zeigen nach denselben Autoren, daß das Milieu im Nervensystem Veränderungen auslösen, aber nicht bestimmen kann. Ein Lämmchen, das nicht während der ersten Stunden nach der Geburt von seiner Mutter geleckt wurde, kann nicht mit anderen spielen und lernt es auch nicht mehr. Bei den Wolfsmädchen starb das eine,

gerade nachdem es „gerettet“ wurde, obwohl es vorher völlig gesund war, das andere lernte wohl anders zu gehen, aber nie richtig zu sprechen, und wurde auch nie als wirklich menschlich empfunden. Selbstbewußtsein, Bewußtheit, Geist sind nach *Maturana* und *Varela* (1987) Phänomene, die in der Sprache stattfinden. Ich möchte das so erweitern, daß sie über die menschliche Kommunikation gebildet werden, also im Kontakt mit den anderen Menschen.

Scheurle (1984) macht darauf aufmerksam, daß durch die Aufteilung in Subjekt und Objekt, in subjektives Erleben und sogenannte objektive Tatsachen, wie sie von *Kant* eingeführt wurde, Macht ausgeübt wird. Umgangssprachlich hieß es: „Es ist nur seine subjektive Meinung“, im Gegensatz zu den „harten objektiven Tatsachen“. Der Mensch als Subjekt sei aber immer den Objekten unterworfen („*subicere*“, bedeutet „unterwerfen“). Somit bleibe er, nach diesem Autor, im dualistischen Denken eigentlich ohne Eigenständigkeit, ohne wirkliche Autonomie, aber auch ohne wirkliche Bezogenheit. Denn gäbe es tatsächlich ein vollständiges Getrenntsein zwischen dem Wahrnehmenden und den wahrgenommenen Objekten, so wäre kein kontrollierbares Handeln und keine sinnvolle und verantwortungsvolle Gestaltung der Umwelt möglich. Wenn unsere Wahrnehmung nur subjektiv wäre, dann würde sich jeder Mensch in einem eigenen Universum bewegen, und Übereinstimmungen wären zufällig, wie auch die Kommunikation zwischen Menschen. In unserer entfremdeten Welt, in einer Wissenschaft oft ohne Ethik und Moral, könnte man zuweilen glauben, es sei wirklich so.

Und so distanziert sich *Scheurle* von der klassischen Sinneslehre, die auf *Helmholtz* und *v. Kries* gründet, und entwickelt eine Sinneslehre, die „nicht primär auf die Objektivität von Gegenständen, sondern auf ihre Konstitution im Wahrnehmen“ gerichtet ist (*Hensel*, zit. n. *Scheurle* 1984). Dabei sind sinnesphänomenale, also auf das unmittelbare Erfahren der Sinneswahrnehmung gerichtete Betrachtungsweisen wie auch erkenntniskritische Überlegungen von wesentlicher Bedeutung. Denn was ich erkenne, erkenne ich, und was ich nicht erkenne, erkenne ich nicht. Oder wie wir es aus dem Alltag und der Psychotherapie her kennen: was wir sagen, ist eines, was die andere Person hört, ist etwas anderes.

Die Welt ist nach *Scheurle* ein „in ständiger Verwandlung begriffenes Kontinuum“, in der „alles Werdende sich immer weiter wandelt, alles Gewordene sich wieder auflöst, in der nichts völlig Festes übrig bleibt, was dem Spiel der Wandlungen entgegensteht“. Sie kann demzufolge nicht durch exakte Definitionen erfaßt werden, da diese determiniert sind, die Welt aber indeterminiert ist. Die unmittelbare Sinneserkenntnis, die jeweilige Qualität und Genauigkeit der unmittelbaren Wahrnehmung ist das einzig „Wahre“ (als das den Menschen Wirkliche), denn nur sie enthält die dahinterliegenden

Gesetze. Definitionen und Theorien mögen vorübergehend zweckvoll sein, operationale Ansprüche erfüllen und Machtmittel sein, die Wirklichkeit sind sie aber nicht. Eine vergleichbare Position nimmt *Petzold* (1988) in seiner „prozessualen Diagnostik“ ein, in der er in diagnostisch-therapeutischen Situationen „von den Phänomenen zu den Strukturen“ geht. Da ja das menschliche Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen hochkomplexer Natur ist, können auch die verschiedensten Ursachen zu Schädigungen bei einem Menschen führen. Festgeschriebene Verursachungsmodelle (in der linearen Art von wenn - dann) können der Vielfalt der menschlichen Sozialisationen nicht gerecht werden. Um den einzelnen Patienten zu erfassen und ihn nicht kontaktvermeidend gewissermaßen an die Theorie anzupassen, ist es also notwendig, bei jedem wieder neu von den jeweiligen Phänomenen aus zu seinen pathogenen, fördernden oder fehlenden lebensgeschichtlichen und aktuellen Strukturen zu gehen.

In der klassischen Physiologie wird nach *Scheurle* die Wahrnehmung zu einer Rezeptivität herabgemindert, die erst durch Denkleistung erkannt werden könne. Der Reiz gehört dort in den Bereich der Physik, die Erregungsleistung in die Physiologie und Biochemie, Empfindungen und Sinnensvorstellungen in die Bereiche von Psychologie und Philosophie. Dabei wird jedoch immer wieder übersehen, daß wir über unsere Sinneswahrnehmung aufnehmen, seien es eine Kurve, ein Ton, Zahlen, etc. Wahrnehmung von der Phänomenologie her beschrieben, beinhaltet nach *Hensel* (zit. n. *Scheurle* 1984): Unmittelbarkeit des Erlebens. Wahrnehmung findet also immer im Jetzt statt; Wahrnehmung ist synonym für die Existenz der Dinge oder das Sein. Sinneswahrnehmungen sind zu einem bestimmten Grad indeterminiert, sie lassen also „Deutungsfreiheit“ zu, wobei es uns überlassen ist, welche Deutung wir für real halten wollen und welche nicht. Somit steht der Wahrnehmungsbegriff über dem Realitätskriterium, denn um beurteilen zu können, ob etwas real ist oder nicht, muß es zuerst wahrgenommen werden. Für das natürliche Wahrnehmungserleben besteht „innen“ und „außen“ nicht. Erst durch den kritischen Vergleich der verschiedenen Sinneswahrnehmungserleben untereinander kann sekundär zwischen umwelt- und leibbezogenen Wahrnehmungen unterschieden werden. Zur Wahrnehmung gehört, weiterhin nach *Scheurle*, der Gesamterfahrungsbe- reich, also die fünf klassischen Sinne, aber auch Denken (Logik, aber auch Erinnern und Erwarten), Phantasieren, Freude, Trauer, Hoffnung, Liebe etc.) (So gesehen ist die Empathie und Gegenübertragung des Therapeuten Wahrnehmung. Durch Erweiterung des Wahrnehmungsbegriffs über die alte Sinneslehre hinaus wird manches, was in einer Psychotherapie abläuft, verständlich und faßbar.)

Würden wir Wahrnehmung und Denken oder Fühlen trennen, würde wieder die Frage auftauchen: Wie können Inhalte der Wahr-

nehmung ins Denken oder Fühlen gelangen? Wiederum müßten wir irgendwo im Nervensystem nach dem Geist und der Seele suchen. Wie bereits dargestellt, blieb diese Suche bis heute aber erfolglos. Sehen, Hören, Denken etc. sind Modalitäten der Wahrnehmung, die wir intentional verschieden einsetzen und damit unsere Aufmerksamkeit auf etwas richten können. Die wahrgenommene Dingwelt wird durch die Sinnesempfindungen konstituiert, wobei sich jedes Sinneserkennen, sei es Sehen oder Hören oder sonst ein Sinneserkennen, als hermeneutischer, das heißt als unmittelbar Bedeutungen offenbarender Prozeß verstehen läßt. Denn ändert sich der Gesamtzusammenhang, so muß auch der Sinn der einzelnen Wahrnehmung ein anderer werden (eine Figur bildet erst mit ihrem Grund zusammen eine Gestalt). Die Sinnesempfindungen sind dabei die „einstelligen Elemente der Sinneserfahrung“ (Hensel, Reenpää, in Scheurle 1984). Es sind also die absolut invarianten Elemente der Wahrnehmung, wie Ton, Farbe, Bewegung, Gleichgewicht, Geruch, Geschmack, Schmerz, Behagen etc. Farbensehen ist nicht ein „rein subjektives“ Erleben, denn alle farbgesunden Menschen ordnen Gelb zwischen Grün und Orange in den Farbkreis ein und nicht zwischen Rot und Blau. Ebenso ist es mit den Gefühlen, denn ein Ärger, den ich empfinde, unterscheidet sich als Qualität nicht prinzipiell von demjenigen, den ein anderer Mensch empfindet (Scheurle). Wie könnten wir sonst mitfühlen, betroffen oder berührt sein? Wie könnte sonst eine Psychotherapie erfolgreich sein?

„Wahrnehmen“ beinhaltet bereits im Wort „nehmen“ ein aktives Erfassen und Auswählen. Nicht jeder Reiz führt zu einer Wahrnehmung. Erst die Aufmerksamkeit befähigt zur Wahrnehmung, indem sie aus potentiellen Sinnesstrukturen die aktuellen Sinne hervorruft, die dann für uns Sinn stiften. Beispielweise bedingt die intentionale Aktivierung des Farbensehens elektrophysiologisch feststellbare Potentialschwankungen anderer Gehirnpartien als die Aktivierung des Formensehens (Granit; Hubel und Wiesel, in Scheurle 1984). Hier passen die Untersuchungsergebnisse von Lynch (1987) hinein, die ich aber später ausführen möchte.

Genau besehen ist jeder Rezeptor, jeder Nerv nicht nur empfindendes, sondern auch ausführendes Organ. Umgekehrt sind die motorischen Funktionen im menschlichen Organismus niemals von sensiblen (fühlenden) Funktionen isolierbar, sondern jedes Bewegen ist auch immer Empfinden und jedes Empfinden auch ein Bewegen (v. Weizsäcker, in Scheurle 1984). So ist ein input/output-Modell, das Gleichsetzen unseres Nervensystems mit einem Computer falsch (Maturana, Varela 1987).

Doch wer oder was entscheidet, in welchem Sinnesbereich wir aufmerksam sind oder nicht? Nach Scheurle (1984) ist das die Tätigkeit des Ich. Doch da alle Formen des Eigenseins ständig im Fluß

sind, läßt sich nach ihm auch nicht näher angeben, „was“ das Ich ist. Phänomenal liegen die Erfahrungen der „Identifikation (Subjektivierung) und der Distanzierung (Objektivierung)“ den „Begriffen von Selbst und Umwelt“ zugrunde. Die Identifizierung ist nicht auf bestimmte Sinne beschränkt. So gibt es zwar somatisierte Wahrnehmungen, aber keine ausschließlich somatisierten Sinne. Ich kann in einem anfahrenen Zug erleben, daß ich „mich“ bewege (Identifizierung) oder daß der gegenüberstehende Zug sich bewegt (Distanzierung), und dann schließlich erleben, daß doch ich mich bewege. Auch die Fähigkeiten zur Schmerz- und Körperbeherrschung beruhen auf der Möglichkeit, sich von der Schmerz- und Bewegungswahrnehmung zu distanzieren. Dasselbe gilt für Gedanken, Gefühle, Erinnerungen oder Stimmen, die ich in meinem Kopf höre (so z.B. distanziert sich ein an einer paranoiden Schizophrenie Erkrankter von seiner Stimme in seinem Kopf und erlebt sie deshalb als fremd). Daraus wird deutlich, daß das Selbst ein dynamischer Begriff ist. *Scheurle* definiert hier einerseits das Ich und das Selbst so, wie wir es aus der Gestalttherapie von *Perls, Hefferline, Goodmann* (1979) kennen: Das Ich ist das „System der Identifizierungen und Entfremdungen“, das Selbst „konstituiert sich an der Kontaktgrenze“, erweitert es aber zu einem Identitätsbildungsprozeß: „wer bin ich dann, der ich immer nur dann ICH bin, wenn ich mich mit mir selbst identifiziere“, also zu einem „Ich-Selbst“, zu einem Ich, das nur solange existiert, als es Identität schafft. „Ich bin ICH“ ist nach *Scheurle* das einzige, was das Ich über sich selbst aussagen kann. „Die Identität ist die höchste Einheit, Übereinstimmung des Ich mit sich selbst, die sowohl *absolutes* Selbstsein als auch *absolutes* Weltsein umschließt.“ Hier entspricht *Scheurles* Identitätskonzept demjenigen von *Petzold* (1984), in welchem Identität nicht von ich und Selbst zu trennen ist und „Identitätserleben als die zentralste Funktion des Ichs, als das Erleben des Ich-Selbst, des Bei-sich-Seins und des Mit-anderen-Seins, abgegrenzt und zugleich im Kontakt koexistierend ...“ gesehen wird. *Scheurle* postuliert einen „Ich-Sinn“ (nach obigen Ausführungen würden wir von einem Ich-Selbst- bzw. Identitätssinn sprechen), den er mit den anderen Sinnen als Möglichkeit der Wahrnehmung gleichstellt und der genauso wie die anderen Sinne aus potentiellen Sinnstrukturen gebildet werden muß.

Zu diesen Überlegungen passen die Untersuchungsergebnisse von *Lynch* (1987) an Hypertonie und Migränepatienten: diese Patienten haben nicht einfach „keine Worte für Gefühle“ im Sinne des ursprünglichen Alexithymiekonzeptes von *Sifneos* (zit. n. *Lynch*), sondern „vielmehr haben sie keine Worte, um zu beschreiben, was sie in ihren eigenen Körpern nicht empfinden können“. Sie nehmen weder gewisse eigene Gefühle wahr, noch können sie die damit verbundenen körperlichen Reaktionen wahrnehmen. Oder in den

Begriffen von *Scheurle*: die Aufmerksamkeit muß geschult werden, damit aus potentiellen Sinnstrukturen Sinne gebildet werden, die uns dann Sinn geben. Da ja Subjekt und Objekt nicht wirklich zu trennen sind, sondern unsere Wahrnehmung gewissermaßen immer beides beinhaltet, geschieht dieses Lernen im Kontakt mit anderen Menschen, bestenfalls in intersubjektiver Korrespondenz nach *Petzold* (1978). Es scheint so, als ob die Identifizierung und Distanzierung in gewissen Bereichen ebenfalls gelernt werden muß, und zwar durch Erfahren. Was z.B. in taktilen Bereichen für uns vermeintlich automatisch verläuft, muß wohl auch, was die Gefühle betrifft, durch Erfahrung gelernt werden. Wenn wir eine Kugel halten, so sind gleichzeitig die verschiedensten Sinnesempfindungen daran beteiligt: Tastsinn, Temperatursinn, Bewegungssinn etc. Wie *Ayre-Stämpfli* meint (pers. Mitteilung), haben Kinder unseres Fernsehzeitalters, die kaum mehr Dinge in die Hände nehmen, also kaum mehr andere als visuelle und auditive sinnliche Erfahrungen machen, ausgeprägte Wahrnehmungsstörungen. Im funktionell plastisch veranlagten Zentralnervensystem werden also bestimmte Wahrnehmungseinheiten gebildet. Dies entspricht der intentionalen Bildung neuer Sinne. Unsere Sinne, hier als die Fähigkeit definiert, eine Sache konstituieren zu können, wandeln sich ständig. Unsere Wahrnehmung muß sich ja in unserem Leben immer wieder neuen Gegebenheiten anpassen, sich gleichsam mit ihnen verwandeln. Und das geschieht immer am Wahrnehmungserleben, gleich welche Sinnesleistungen (*Scheurle*).

Nach *Lynch* (1987) lernen Kinder, durch Teilen und Mitteilen durch ihre Eltern entsprechende Empfindungen und Gefühle wahrzunehmen, zu verbinden und wieder auszudrücken. Dieses Lernen (Kommunizieren) geschehe an einer „sozialen Membran, die eine halb-durchlässige Grenzfläche, zwischen Individuum und den Komponenten der Umwelt“, sei und „die eine Person einerseits von der übrigen sozialen und natürlichen Umwelt trennt und sie andererseits mit ihr verbindet“. Dies entspricht der Definition der Kontaktgrenze in der Gestalttherapie. Gefühle treten mit bestimmten körperlichen Empfindungen („eigenleibliches Spüren“ bei *Schmitz*, s.u.) zusammen auf; deshalb ist eine gemeinschaftliche Gültigkeitsklärung notwendig, die sonst beim Erfassen von Gegenständen durch diese gegeben sind. Eltern und Kind teilen miteinander sowohl die Bedeutung von Begriffen für bestimmte Gefühle als auch gleichartige körperliche Erfahrungen mittels ihrer gemeinsamen sozialen Membran. Werden einem Kind seine Gefühle, die ja stets mit einem körperlichen Ausdruck zusammengehen, nicht bestätigt, sondern weggetröstet, so kann, wie *Asper* (1987) es eindrücklich beschrieben hat, „Verlassenheit und Selbstentfremdung“, also eine narzißtische Störung, entstehen. Oder es kann zu einer „Haben-Re-

lation“ gegenüber dem eigenen Leib kommen, der dann eben zum Körper wird, im Sinne von *Petzold* (1977) und *Marcel* (1985), oder zu den psychosomatischen Störungen, wie sie *Lynch* untersucht hat. Talente müssen, wie *Ornstein* (1989) erklärt, geschult werden.

So sind Berührtsein und körperliches Berühren Formen der menschlichen Kommunikation, wobei körperliches Berühren den vor- und außersprachlichen Bereich des menschlichen Erlebens und Wahrnehmens anspricht. In diesem Kapitel wurde auch deutlich, daß nur „Berührung aus Berührtsein“ (eine Formel, die *Petzold* zur Grundlage seines leiborientierten Therapieansatzes machte) therapeutisch wirksam sein kann. Anderenfalls kommt es beim Patienten nicht zu einer Erfahrung, sondern bestenfalls zum Benennen von Gefühlen, ohne daß diese mit den entsprechenden leiblichen Empfindungen verbunden werden.

2. Kommunikation von Gefühlen

Da Berühren aus Berührtsein eine Form der zwischenmenschlichen Kommunikation ist und Berührtsein bereits eine vorgängige Kommunikation von Gefühlen zwischen Patient und Therapeut bedingt, interessieren mich auch die Ergebnisse moderner Kommunikationsforschung. Ich beschränke mich diesbezüglich auf die Ausführungen von *Buck* (1984), der zahlreiche Ergebnisse der verschiedensten Forscher und Philosophen zu integrieren suchte. Neben vielen anderen verarbeitete er *Argyle*, *Aristoteles*, *Bateson*, *Darwin*, *Descartes*, *Eibl-Eibesfeldt*, *Ekman*, *Eysenck*, *Gazzaniga*, *Goffman*, *Harlow*, *Pavlov*, *Piaget*, *Pribram*, *Schefflen*, *Skinner*, etc.

Seine Untersuchungen führten zur Unterscheidung von zwei Kommunikationsarten: einer spontanen und einer symbolischen Kommunikation, statt der üblichen verbalen und averbalen. Denn spontane und symbolische Kommunikation sind beide sowohl verbal als auch averbal möglich. Die spontane Kommunikation basiert auf einem biologisch gemeinsamen Signalsystem ist unwillkürlich, automatisch, eher eine Reflexantwort, ihre Elemente sind eher Zeichen als Symbole, und sie dient dem Austausch von emotionalen Befindlichkeiten. Sie basiert auf subcorticalen und paleocorticalen Mechanismen. Veränderungen in motivationalen/emotionalen Mechanismen, die der Hintergrund der spontanen Kommunikation sind, gehen parallel mit Reifung und Alter. Hinweise auf diese Art der Kommunikation sind ein natürlicher, sichtbarer Ausdruck des Betreffenden. Ein bestimmter Ausdruck von emotionalen/motivationalen Mechanismen wird sozial gefördert oder gehemmt. Reizungen in bestimmten Hirnregionen, z.B. durch Tumore, können aber zu Handlungen führen, denen man sich nicht widersetzen kann. Der

spontane Ausdruck ist dem Betreffenden weniger bewußt, also auch weniger rasch kontrollierbar, wie intentionaler (symbolischer). Der häufigste endokrine und muskuläre Ausdruck (vor allem der Muskeltonus, auch der Blutgefäße) findet außerhalb der bewußten Awareness statt, so daß wir normalerweise nicht lernen, diesen zu identifizieren und zu benennen. Ein sorgfältiger Beobachter kann aber am Wechsel der Hautfarbe, am Muskeltonus, am Schwitzen etc. solchen Ausdruck bemerken. Sein Auftreten hängt stark von der Sozialisation eines Menschen ab. Menschen, deren spontaner Ausdruck nicht gefördert oder unterdrückt wurde oder die ihn als Bewältigungsstrategie kulturellen Mustern angepaßt haben und ihn dann sekundär wieder unbewußt werden ließen, ihn also gewissermaßen als „automatisch“ erleben, zeigen häufiger solche Reaktionen.

Harlow (zit. n. Buck 1984) beschrieb, daß in der normalen sozialen Entwicklung von Rhesusaffen eine Serie von „affektiven Systemen“ entsteht, die mit dem mütterlichen beginnen, dann mit der Peergruppe weitergehen und schließlich in einem heterosexuellen affektiven System münden. Jedes Stadium ist der Boden für das nächste, und während dieser Stadien lernen die Tiere, wie sie effektiv und adäquat das Emotionskommunikationssystem, das sich in ihrer Spezies entwickelt hat, anwenden können. Hatten diese Tiere keine frühen sozialen Erfahrungen, führte dies zu bleibenden Schäden im sozialen Verhalten. Möglicherweise liegt ein Grund dafür darin, daß in diesen sensiblen Phasen entsprechende Hirnstrukturen nicht ausreifen konnten. Es gibt Hinweise, daß analoge Phänomene beim Menschen auch auftreten können.

Die symbolische Kommunikation ist sozial geteilt und die Folge von langem Unterscheidungslernen durch Imitation und soziale Verstärkung. Sie ist willentlich, versucht spezifische Botschaften zu vermitteln, ist absichtsvoll, und ihr Ausdruck ist einer logischen Analyse unterziehbar, also auf Wahrheit und Unwahrheit überprüfbar. Diese Kommunikationsform basiert auf corticalen Mechanismen und verändert sich mit der kognitiven Entwicklung und Erfahrung und kann sich im Alter und bei Krankheit vermindern. Die spontane Kommunikation ist die Basis der symbolischen Kommunikation. Spontane Kommunikation alleine ist möglich, symbolische alleine nicht.

Bei der Fähigkeit, nichtverbale Äußerungen einer Person aufzunehmen und zu entschlüsseln, spielen mindestens vier Faktoren eine Rolle: (1) allgemeine Fähigkeiten und Erfahrungen im Entschlüsseln; (2) Fähigkeit und Erfahrung im Entschlüsseln dieser Person; (3) die nichtverbale Ausdrucksfähigkeit des Empfängers selbst, und (4) dessen Aufmerksamkeit auf nonverbale Signale. Oder anders ausgedrückt: Habe ich dazu eine gewisse Begabung an sich? Bin ich fähig

und erfahren, mit dieser Person mitzuschwingen (nicht jeder Mensch liegt mir)? Ist mir der nonverbale Ausdruck selbst erlaubt und möglich, oder bin ich hier selbst geschädigt? Kann ich auf nonverbale Signale achten, oder versperrt mir hier eine Übertragung die Sicht?

In der Interaktion zweier Menschen gibt es also zwei Kommunikationskanäle. Die symbolische Kommunikation, den Austausch von Ideen betreffend, und die spontane Kommunikation, den Austausch von Gefühlen betreffend. Interagierende Menschen beeinflussen sich gegenseitig simultan durch ihre Sende- und Empfangsmechanismen. Der spontane Kommunikationsfluß, und somit die Emotionen des einen, können direkt durch den spontanen Ausdruck des anderen beeinflußt werden und umgekehrt. Der symbolische Kommunikationsfluß hingegen kann aber nicht direkt die Emotionen beeinflussen, da er zuerst vom jeweiligen Empfänger entziffert werden muß.

Bei Berühren aus Berührtsein geht um die hier erwähnte spontane Kommunikation, wobei ich hier Berühren nicht auf körperliche Berührung beschränkt verstehe. Berührtwerden kann ich als Therapeut aber auch über die symbolische Kommunikation, wobei dies zuerst eine „Übersetzungsleistung“ meinerseits erfordert.

3. Anthropologie, Phänomenologie

Nach *Schmitz* (1969, 1985, 1989) sind Gefühle räumlich ergossene und den spürbaren Leib wie das phänomenale Klima umschließende und durchdringende Atmosphären, die man entweder bloß wahrnehmen kann (Wahrnehmung von Gefühl, von ihm auch als Gefühlswahrnehmung bezeichnet), z.B. die lustige Stimmung auf einem Fest, zu dem man eben hinzugekommen ist; oder durch die man affektiv betroffen, „affiziert“ sein kann, von denen man somit ergriffen ist, die mich etwas angehen, mir nahegehen, mir zu Herzen gehen, oder die ich mir zu Herzen nehme. Es geht mich etwas an, ist meine Sache, und ich kann sie nur mit strikt ichbezogenen Ausdrücken beschreiben; ich eigne mir gewissermaßen etwas an. Ich sage z.B. „ich bin traurig“. Affektiv betroffen bin ich dann, wenn mir das nahe geht, wenn es mich gewissermaßen „gepackt“ hat. Und was ich dabei erlebe, ist ein Affekt. (Meinem Verständnis nach gehört das von *Schmitz* als Affekt bezeichnete Erleben eines Menschen bei *Scheurle* (1984) zur Wahrnehmung.) Es handelt sich also nicht um einen Zustand der Traurigkeit, den ich mit den Worten „ich bin traurig“ ausdrücken könnte, dabei aber im Grunde genommen über eine Befindlichkeit von mir spreche, die ich bloß wahrnehme, von der ich aber nicht ergriffen bin (*Schmitz* 1969, 1985). Das affektive Betroffen-

sein von Gefühlen ist immer leiblich, und so beinhaltet es auch immer die dazugehörige Haltung und Bewegung. Das entspricht dem nonverbalen Anteil der „spontanen Kommunikation“ von *Buck* (1984). Nur anempfundenes affektives Betroffensein von Gefühlen ist demzufolge auch mit Unsicherheit im Ausdruck verbunden, was wohl jedem bei halbherziger mitleidiger Anteilnahme (Kondolation) bekannt sein dürfte.

In der Gestalttherapie wird nach *Kepner* (1988) das existentielle Ereignis, das man „Gefühl“ nennt, als ein Ganzes bezeichnet, „das aus körperlichen Empfindungen (*Schmitz* 1965, 1989 spricht hier von „eigenleiblichem Spüren“), mentalen Abläufen wie Vorstellungen und Gedanken (Selbstverbalisierung), Bewegungen und der Umwelt besteht“. Sinngemäß entspricht dies dem affektiven Betroffensein von *Schmitz*. Beispiele für die hier gemeinten körperlichen Empfindungen, bzw. für eigenleibliches Spüren, sind die Schwere in der Brust, die Einschnürung der Kehle, die Anspannung des Zwerchfelles bei Traurigkeit oder das Zittern im Bauch, das Prickeln und Fließen in den Gliedmaßen bei Erregung. Mit der Leiblichkeit im affektiven Betroffensein von Gefühlen erlebe ich stets meine Subjektivität; es geht mich etwas an, es betrifft mich. Also nur ich und höchstens ich kann in meinem eigenen Namen über mein Erleben etwas aussagen. Ich erfahre mich also unmittelbar selbst.

Das Verständnis von Erlebnisausdruck, also das Verständnis des einen von der affektiven Betroffenheit von einem Gefühl eines anderen, ist durch gegenseitige Einleibung möglich, wobei es der zusätzlichen Resonanz, des Mitschwingens bedarf; denn an der Modifikation des eigenen leiblichen Befindens durch die Weise, wie man vom anderen getroffen wird, weiß man, womit man es zu tun hat (ergreifende Blicke, Blicke, die ineinander versinken, jemand der wutentbrannt auf einen zukommt, aber wohl auch die sogenannte Gegenübertragung). Resonanz ist also Ergriffensein eines Menschen durch ein Gefühl (*Schmitz* (1969). Und daß wir aus unseren eigenen Regungen entnehmen können, daß wir wirklich wahrnehmen, was beim anderen vor sich geht, hat damit zu tun, daß wir als Menschen alle auf dem Hintergrund von primordialer Korrespondenz (*Petzold* 1980) leben. In der Gestalttherapie würde man sagen, man ist mit dem anderen und sich selbst in Kontakt. Sicher spielt hier die Sozialisation eine wesentliche Rolle, da wir ja vieles nur verstehen können, wenn der andere ähnlich wie wir sozialisiert ist.

Von der Kontaktaufnahme zweier Menschen an spielt sich von selbst eine gemeinsame Situation ein, mit Spielregeln, die gleichsam über die Partner verhängt sind. Diese gemeinsame Situation bildet sich durch die wechselseitige Einleibung der Partner in ihrem Berührtwerden. In der leiblichen Kommunikation geht also der spürbare eigene Leib in ein größeres Ganzes ein, das als ihn umfassender

größerer Leib sich spontan neu bildet (Schmitz 1965, 1989). In der Gestalttherapie würden wir sagen, die Begegnung der beiden Menschen findet auf dem Hintergrund dieser beiden Menschen mit ihrem ganzen Sein in der aktuellen Situation statt, woraus sich die Gestalt dieser Begegnung konstituiert und Hintergrund und Vordergrund einander beeinflussen.

Bei der Erfahrung von Anwesenheit ist das Atmosphärische wesentlich. Und das ist eine Ausstrahlung des Leibes. Das Leib-Sein konstituiert sich in ihr (Marcel 1985). Das „Zwischen“, „Con-“, die soziale Membran nach Lynch (1987), die Kontaktgrenze der Gestalttherapie, sind für das Leib-Sein grundlegend. Pathologische Erscheinungen treten nur in Beziehung eines Menschen zu anderen und der Umwelt auf, als Störungen seines Einbezogenseins, also Störungen des Zwischen, der Zwischenleiblichkeit, der Intersubjektivität. Sobald der Körper wie ein Instrument verwendet wird, ist Begegnung, Berührtsein, „Sozial-Sein“ unmöglich. Aus dem „être-au-monde“, auf die Welt gerichtet Sein, der Koexistenz, wird ein „être-dans-le-monde“, der entfremdete Mensch (Merleau-Ponty, in Dahl 1981; Petzold 1980). In offener, wacher Anwesenheit, im Dabeisein, für den anderen Dasein, Berührtsein ist Mitsein enthalten und erfahrbar (Marcel 1985), wird Leib-Sein konstituiert. Nur so ist es uns möglich, über unseren Körper hinauszugehen und Zusammenhalt, Zugehörigkeit und Liebe in einem Selbst, in einem größeren Leib zu erfahren, mit dem wir uns identifizieren, der uns Sinn und Identität gibt. Wenn ich mich berühren lasse, berühre ich auch immer. Oder indem ich berühre, werde immer auch ich berührt. Kontakt ist Abgrenzung und Berührung zugleich. Der Mensch wird durch den Mitmenschen zum Mensch. Er muß in leiblicher Präsenz angeschaut, berührt und angesprochen werden (Petzold 1980, 1988).

Wenn es zu Schädigungen im Bereich des affektiven Betroffen-seins von Gefühlen, des Kontakts zu diesen Gefühlen kommt, dann wird dieser Bereich vom normalen Kontakt abgespalten, eine Kontaktfunktion wird ausgeschaltet oder evtl. gar nicht entwickelt, was häufig bedeutet, daß das eigenleibliche Spüren abgeschnitten wird oder in gewissen Bereichen nicht entwickelt ist. Es kommt zu emotionalen Resonanzstörungen, Störungen der „Mit-Schwingungsfähigkeit“, zu einer Einschränkung der Fähigkeiten des Selbst, einem Selbst, das nach Kepner (1988) der Integrator von Erfahrungen, das System der Kontaktfunktionen ist und im Leib gründet (Petzold 1984). Dieser Mensch kann sich nicht mehr „berühren lassen“, sich von Gefühlen als Atmosphären nicht mehr ergreifen lassen, in diesem Bereich nicht mehr affektiv betroffen sein, weder von sich noch von anderen. Er hat in gewissen Bereichen sein Selbstgefühl von seinem Körper abgezogen oder identifiziert sich nicht mit diesem. Das Leib-Selbst umfaßt somit gewisse Bereiche des Körpers nicht.

Klinisch kann sich das darin äußern, daß solche Menschen eigenartig schmerzunempfindlich sind, Körperschemastörungen zeigen, kalte Hände haben, eine schlaaffe oder eine gespannte Muskulatur zeigen oder gar körperlich leicht übersehen werden. Man sieht nur deren Kopf, der restliche Körper hat wie keine Präsenz. Oder im Kontakt mit ihnen sind sie unberührbar, kühl, distanziert, in einem „Charakter“ verpanzert. Um sich zu schützen, haben sich diese Menschen teilweise objektiviert.

Nach *Marcel* (1985) ist Dasein aber immer nur inkarniertes Sein. Ich bin mein Leib. Wird mein Leib objektiviert, so erscheint mein Körper. Als Voraussetzung dafür, daß ich Leib bin, muß ich aber einen Körper haben. Der Leib ist die Verschränkung von Subjekt und Objekt. Die Verdinglichung des Leibes bewirkt somit eine Objekt-Subjekt-Spaltung. Als Leib bin ich bezogen, leibhaft der Welt verwachsen. Sehend werde ich gesehen, berührend werde ich berührt usw. Ich bin wahrnehmend und brauche die Mit-Welt, um leben und meine Identität aufbauen zu können. *Perls* (1986) meint dazu: „Gesundheit ist ein angemessenes Gleichgewicht des Zusammenspiels alles dessen, was wir sind. ... In dem Augenblick nämlich, in dem wir sagen, wir *haben* einen Körper, führen wir eine Spaltung ein – so, als ob es ein *Ich* gäbe, das sich im Besitz des Körpers ...glaubt. Wir *sind* Körper (*body*), wir *sind* jemand (*somebody*) – Ich *bin* jemand (*somebody*)“; ... und später: „Nicht einmal die Organismen und die Umwelt kann man voneinander trennen. Eine Pflanze, die aus ihrer Umwelt herausgenommen wird, kann nicht leben ..., genauso wenig kann es ein menschliches Wesen. ... Wo immer wir hingehen, nehmen wir irgendwie Welt mit. Menschen und Organismen haben also eine gemeinsame Welt, die Mitwelt, was schließlich die Kommunikation ermöglicht.“ Als lebendige, wahrnehmende Wesen sind wir wesensmäßig bezogen.

In elementar-leiblichem Betroffensein von heftigen Gefühlen (Schreck, Schmerz, Angst, etc.) sinkt der Betroffene von seiner „entfalteten Gegenwart“, die auch Elemente der Zukunft und der Vergangenheit enthält, ganz ins Hier und Jetzt, ohne Distanzierungsfähigkeit (primitive Gegenwart). Er verliert seine Exzentrizität, ist also ganz zentriert. Erst durch affektives Betroffensein kommt es zu Bewußthaben und daraus zu Bewußthabern, bzw. Subjekten, bzw. Selbstbewußthaben, bzw. Selbstbewußtsein (*Schmitz* 1965, 1989). Menschen, die sich sonst entfremdet sind, verlieren dadurch ihre Kontaktlosigkeit zu sich selbst und sind voll und ganz mit sich in Kontakt, im Kontaktvollzug, in dem es für einen Augenblick praktisch keinen Hintergrund gibt (*Perls, Hefferline, Goodman* 1979). Mit anderen Worten, das Erfahren von affektivem Betroffensein (es betrifft mich, es geht um meine Sache) führt zu Selbstheilung. Doch man wird nur betroffen, indem man sich gewissermaßen „gefangen-

nehmen“ läßt. Erst durch „personale Emanzipation von dieser Grundlage her“ (*Schmitz*), vom Rückzug aus dem Kontakt bis zum Erlangen von Exzentrizität, konstituieren wir die Welt als „entfaltete Gegenwart“, kommt es zum Ich und Nicht-Ich, bildet sich Identität im Sinne von *Petzold* (1984), wachsen wir durch Integration oder Verwerfung. Jedes nachhaltige Betroffensein ist personale Regression. Wenn diese zu kurz kommt, fehlen dem Leben die Höhen und Tiefen, das „Lebendige“, die Kontaktnahme und somit dem Menschen die Möglichkeit zu wachsen. Bloße personale Emanzipation, also Kontaktlosigkeit, führt dazu, daß dieser Mensch alles, was seinem Sosein zugeschrieben wird, wie Kleider von sich abschieben kann, mit denen er ja letztlich nichts zu tun hat, die ihn ja nicht wirklich betreffen. Der personal emanzipierte Mensch bedarf also der personalen Regression als Rückgang in die kompakte Ganzheit des affektiven Betroffenseins, um immer wieder seiner selbst in primitiver Gegenwart gewiß zu werden (*Schmitz* 1989), die primordiale Koexistenz zu erleben und wieder am Grundvertrauen (*Petzold* 1980) anschließen zu können.

4. Berühren aus Berührtsein in der Psychotherapie

4.1 Voraussetzungen des Therapeuten

Eindeutigkeit in der Beziehungsgestaltung, Verlässlichkeit, Echtheit des Therapeuten in einer warmen, wohlwollenden, akzeptierenden Haltung und partielles Engagement (*Petzold* 1980) sind hier wichtig. Unter Verlässlichkeit verstehe ich hier ganz im Sinne von *Ferenczi*: „Vertrauenswürdigkeit unter allen Umständen, insbesondere das unerschütterliche Wohlwollen des Analytikers dem Patienten gegenüber, mag sich letzterer in seinem Benehmen und in seinen Äußerungen noch so ungebührlich gebärden.“ Im weiteren im Kontakt sein, nicht konfluent, um nicht im Leiden des Patienten mitzuversinken, vorgelebte Mitmenschlichkeit: „daß man keinem etwas antun soll, was man unter den gleichen Verhältnissen selber nicht von anderen erfahren möchte“ (*Ferenczi* 1982). Wenn ich aus Berührtsein körperlich berühre, berühre ich mit meinem Leib-Selbst und teile damit über mein eigenes Mensch-Sein, meine Beziehung zum anderen und zur Welt mit. Als Therapeut muß ich also um meine eigene Bedürftigkeit nach körperlicher Zuwendung, um selbst erlittene leibliche oder gar körperliche Übergriffe, Verletzungen und Unklarheiten wissen.

Um bei dieser Arbeit immer wieder therapeutische Exzentrizität (*Petzold* 1988 f.) erlangen zu können und um nicht z.B. aus eigener Bedürftigkeit den Patienten zur Stillung des eigenen seelischen Hun-

gers zu mißbrauchen, sind eine Lehranalyse, die auch diesen Bereich abdeckte, eine nährenden Lebenssituation (Partner, Freunde, Familie), kollegialer Austausch und immer wieder Supervision und Kontrolle notwendig. Als Therapeut kann ich nur gut „beeltern“, wenn ich selbst gute Eltern oder Ersatzeltern erlebt habe und mir selbst ein guter Begleiter sein kann. Ich kann mich nur berühren lassen, wenn ich selbst nicht innerlich eingefroren bin oder aus eigener Verletztheit Distanz haben oder zwanghaft alles Gefühlfhafte kontrollieren muß. Ein Therapeut, der sein Herz um seines Erfolges oder seiner Karriere willen „verkauft“ hat, wie es so eindrücklich in der Gestalt des Köhlers Peter in Hauffs Märchen „das kalte Herz“ (Hauff 1939) dargestellt wird, kann sich wie der Köhler Peter nicht vom Leiden anderer, von deren seelischer Not und Hunger berühren lassen. Vielleicht beherrscht er brillant therapeutische Techniken und Tricks, aber er ist sicher kein Heiler. Die Anwendung von Methoden und Medien allein reicht nicht aus, es braucht einen Therapeuten, der beziehungsfähig und beziehungswillig ist. Nur der echte Gefühlsausdruck hilft, ein aufgesetzter würde vom Patienten als eine erneute Entwertung erlebt. Wenn ich technisch einen Körper berühre und nicht eine Person, so mache ich den Patienten zum Objekt (Marcel 1985; Kepner 1988).

Die Fähigkeit zur Exzentrizität des Therapeuten, die sich darin äußert, daß er sich berühren, affektiv betreffen läßt, wie Schmitz es nennen würde, zum Beispiel von der Atmosphäre des einsamen, hungrigen und verlassenen Kindes in einem sogenannt früh geschädigten Patienten, daß er sich von diesen Gefühlen atmosphärisch ergreifen läßt, ohne sich dabei selbst zu verlieren, ist für den Patienten modellhaft und ermöglicht diesem mit der Zeit, zu seinem Leiden auch eine gewisse Distanz zu bekommen. Und das ist nicht dasselbe wie die früher erfahrene Kontaktlosigkeit oder Gleichgültigkeit oder Ambivalenz. Mitleid für sich selbst und seine Geschichte ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg, sich selbst ein guter Begleiter zu werden, auf dem Weg zur Versöhnung, und sei es „nur“ mit seinem Schicksal. Das gilt selbstverständlich auch für vieles mehr, was einem von Patienten gewissermaßen entgegenweht, sei es Wut, Schmerz, Haß, Empörung etc., auch des Jugendlichen im Patienten oder aus aktuell erlebten Schädigungen.

Die Gegenübertragung des Therapeuten ist hier also eine empathische Reaktion, eine Form von teilweiser Konfluenz; sie ist unser affektives Betroffensein, unsere seelische Resonanz auf das im Patienten, von dem wir uns haben berühren lassen. Des Therapeuten Fähigkeit, sich durch das, was der Patient atmosphärisch verbreitet, ergreifen zu lassen, gibt ihm auch die Sicherheit, zu erkennen, in welcher Weise er leiblich angefragt ist und welche Beziehungsart er für den Patienten verkörpern soll. Für den Therapeuten wird so die

unsichtbare Szene oder eine Atmosphäre, eine Anmutung deutlich. Aus einer gewissen „Exzentrizität“ heraus kann er seine eigenen Regungen prüfen, sie an den eigenen biographischen und lehranalytischen Erfahrungen messen und entsprechend handeln. Auch nur so kann ich wahrnehmen, ob der Patient eine Berührung annehmen kann und will und ob ich ein mögliches eigenes Abgewiesenwerden annehmen kann, ohne dieses in einer Übertragung auf den Patienten ausagieren zu müssen; oder ob ich mit dem Patienten zusammen Einsamkeit aushalten kann, ohne ihn berühren zu müssen, weil ich selbst die Einsamkeit sonst nicht aushalten könnte.

4.2 Formen des Berührtwerdens

Der Patient berührt uns immer mit einer Ausdrucksweise seiner Leiblichkeit. Wenn ich hier versuche, mein Berührtwerden in körperliche, seelische und geistige Bereiche aufzuteilen, so geht es mir um eine Verdeutlichung und nicht um eine Aufteilung in einem cartesianischen Sinn. Der Mensch ist Leib-Subjekt (was identisch ist mit Körper-Seele-Geist-Subjekt) in seinem Kontext und seinem Zeitkontinuum (Petzold 1980).

Als Therapeut kann ich berührt werden, indem ich *körperlich* angefaßt werde, oder durch einen „körperlichen“ Ausdruck wie Blick, Worte, Gesten, Körperhaltung und -bewegung; *seelisch* durch Stimmungen, Anmutungen, Atmosphären; und *geistig* durch Gedankengänge, die mich faszinieren. Da der Mensch Leib-Subjekt ist, sind die erwähnten körperlichen, seelischen und geistigen Formen des Berührtwerdens Ausformungen von leiblichem Berührtwerden. Ich werde also stets durch den Leib des Patienten berührt. Wesentliche Voraussetzung dafür ist aber immer, daß ich selbst mich in diesen Bereichen überhaupt berühren lassen kann. Die Frage ist, ob ich mitschwingen kann, oder ob ich in einem entsprechenden Teil meiner eigenen Biographie berührt bin, der durch derartige Entbehnungen geprägt ist, mit der Folge, daß ich entweder den Kontakt nicht aushalte oder daß meine eigene Geschichte derartig in den Vordergrund tritt, daß ich mein Gegenüber gar nicht wahrnehme, sondern selbst eine Übertragung mache.

4.3 Formen des Berührens

Wie ich auf verschiedenste Art berührt werden kann, so kann ich selbst berühren. Mit Worten, mit Gedankengängen, mit dem Blick, mit Gesten, mit der Atmosphäre, die ich verbreite, und natürlich durch direkte körperliche Berührung. Bei letzterer und auch bei den

anderen erwähnten Formen des Berührens geht es darum, daß sie aus Berührtheit, aus dem affektiven Betroffensein des Therapeuten von seinem Patienten kommt. Selbstverständlich verbreite ich in meinem Berührtsein eine Atmosphäre, die beim Anfassen des Patienten eine wichtige Rolle spielt; ich berühre durch mein Berührtsein. Mancher weiß aus der eigenen Therapie oder Analyse, daß er durch den berührten Gesichtsausdruck, durch Anteilnahme ausdrückende Worte, Gesten, Geräusche des Therapeuten oder Analytikers vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben von dem ihm früher Widerfahrenen berührt ist und dabei gleichzeitig eine Anteilnahme erlebt, die ihm vermutlich früher versagt war, nicht nur in schmerzlichen Erfahrungen, sondern auch in freudvollen.

Neuere Untersuchungen über die Auswirkungen von körperlicher Berührung durch den Therapeuten in einem psychotherapeutischen Setting führten zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen. *Mosko* (1970) fand in einer Vergleichsstudie von hospitalisierten chronisch schizophrenen Patienten, die entweder an einer vor allem mit körperlichem Kontakt arbeitenden Gruppe oder einer Gesprächsgruppe oder einer „Placebogruppe“ teilnahmen, daß die Patienten der erst-erwähnten Gruppe nachher ein größeres Interesse an anderen Menschen zeigten und sich auch länger verbal mit Fremden auseinandersetzen als die Teilnehmer der anderen Gruppe. *Bacorn* (1982) untersuchte bei deprimierten und verbal unentschlossenen Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, ob Patienten, die vom Therapeuten berührt wurden, sich empathischer und fürsorglicher behandelt fühlten und auch bereiter waren, von sich zu berichten, als solche, die nicht berührt wurden. Es wurde diesbezüglich kein Unterschied zur Kontrollgruppe festgestellt. Aber die Unentschlossenen hätten das Berührtwerden mehr genossen als die Deprimierten. *Driscoll* (1985) kommt in einer Studie mit gleicher Fragestellung, aber mit Klienten zu dem Schluß, daß körperliche Berührung einen fördernden Einfluß hat. *Makowske* (1986) fand zur gleichen Fragestellung, daß körperliche Berührung möglicherweise einen fördernden Einfluß haben könne. Daß diese Untersuchungen zu so unterschiedlichen Ergebnissen geführt haben, erstaunt mich nicht, denn bei all diesen Studien wurden die Patienten nicht aus eigenem Berührtsein heraus berührt, sondern nur in Form einer Therapievariablen, die man einsetzt oder nicht. Berühren wurde gewissermaßen als ein Instrument verwendet, das man wie ein Objekt einsetzt oder nicht. Die Auswirkung dieser Haltung auf die therapeutische Beziehung wurde dabei in den erwähnten Arbeiten nie reflektiert.

4.4 Zeitpunkt des Berührens

Da es sich bei dieser Form des Berührens nicht um eine Technik handelt, ist es eigentlich leicht verständlich, daß es nicht losgelöst vom therapeutischen Prozeß und der therapeutischen Beziehung stattfinden kann. Der Patient bestimmt den Zeitpunkt also mit und muß mit dem Berührtwerden auch einverstanden sein. Das kann verbal mitgeteilt und überprüft werden, entbindet den Therapeuten aber nicht wahrzunehmen, wie sein Gegenüber auf die Berührung selbst körperlich reagiert. Viele der frühgeschädigten Patienten sind äußerst angepaßte Menschen, die aus Angst, erneut abgewiesen zu werden, rasch bereit sind, ja zu sagen, deren Körper aber dann ihr „nein“ ausdrückt, sei es durch ein Zurückzucken oder eine spürbare Erhöhung des Tonus oder ein Kaltwerden.

Im Grunde genommen braucht es nicht viele Überlegungen, ob und wann und wie ich den Patienten anfassen soll oder ob ich ihm ein Taschentuch reichen will oder sonstwie meine Betroffenheit mitteile. Affektives Betroffensein von Gefühlen heißt ja, daß mir etwas zu Herzen geht oder daß ich mir etwas zu Herzen nehme und daraus kommuniziere. Mein Berührtsein erzeugt so auch eine Atmosphäre, die dem Patienten die Möglichkeit gibt, sich affektiv betreffen zu lassen. In der Arbeit mit früh geschädigten Menschen ist es aber klar, daß auch körperliche Berührung notwendig ist, da es hier um Schädigungen im vor- und außersprachlichen Bereich geht.

4.5 Sinn in dieser Art zu therapieren

Wie bereits erwähnt, braucht der Mensch den Menschen, um Mensch zu werden. Als auf die Welt Bezogener findet er zu sich – oder eben nicht. Wurde er in objektivierender Weise großgezogen, so ist es nicht erstaunlich, wenn er sich selbst auch nur als ein Instrument sieht, das ihm dazu dienen soll, im Leben Erfolg zu haben. Wenn mein kleiner, wenige Monate alter Sohn nicht gerade schläft, erlebe ich ihn mit all seinen Sinnen auf die Welt ausgerichtet. Je nach unserem Verhalten (und seinen Verarbeitungsmöglichkeiten) erfährt er sich als zugehörig, abgelehnt, teilweise angenommen oder nur auf eine bestimmte Art angenommen. Dabei ist die Art, wie wir ihn berühren, wie wir ihn halten, der Klang unserer Stimme, die Atmosphäre, die wir verbreiten, im Sinne von *Schmitz* als ergreifende Gefühlsmacht wesentlich. Wie im Kapitel „Physiologie“ ausführlich dargestellt, führt dies zu zentralnervösen Bahnungen, zu Verknüpfungen im Sinne von *Lynch*, zur Förderung oder Hemmung von Talenten im Sinne von *Ornstein*. Ich möchte das erweitern zu „Verleiblichungen“, in solche die veränderbar sind, und wohl auch solche, die kaum mehr veränderbar sind. Jedoch sind die Veränderbar-

keit, unsere Plastizität und unser Gesundheitspotential viel größer als früher angenommen wurde. Denn späteres seelisches Leiden auf Grund von in früher Kindheit erlebten Entbehrungen, wie es in der klassischen psychoanalytischen Theorie angenommen wurde, läßt sich nach neueren Untersuchungen (Ernst und Luckner, zit. n. Papoušek 1989) nicht voraussagen. Indem wir also in „intuitiver elterlicher Anpassung“, also in Resonanz und Spiegelung, auf das Bedürfnis unseres Sohnes eingehen, sich die unbekannte Welt vertraut zu machen, Zusammenhänge zwischen seinem Verhalten und der Umwelt zu entdecken und aktiv auf die Umwelt einzuwirken, helfen wir ihm, Sicherheit, Freude, Vertrautheit, Motivation zum aktiven Erfassen der Welt, kommunikative Sicherheit, Beziehungsfähigkeit, Selbstentwicklung und Individuation zu erreichen. Und dies ist ein lebenslanger Prozeß (Papoušek 1989). Auch hier geht es grundsätzlich um Berühren aus und durch Berührtsein. Andererseits ist eine volle Entfaltung, wie sie in einer dafür sensiblen Entwicklungsphase möglich ist, später im Leben nicht mehr möglich.

Als Illustration von Verknüpfung im Sinne von Lynch ein Ausschnitt aus der Therapie mit Gerhard, wie sie von Petzold (1988) zitiert wird: „(Er) lernt, seine Gefühle und Regungen zu benennen. Ich leihe ihm dazu die Worte, eine Sprache, indem ich für ihn Emotionen differenziere. Gerhard: „ich fühle mich heute wieder so kaputt.“ – T: „Welches andere Wort kannst Du für kaputt gebrauchen?“ – Gerhard: „na eben traurig.“ – Auch der Begriff „Traurigkeit“ ist nicht „stimmig“. – T: „Ist es traurig oder niedergeschlagen oder bedrückt oder verzweifelt oder so allein oder isoliert oder abgeschnitten? Was ist das genau, deine Traurigkeit?“ Gerhard: „Bedrückt ist es und so allein, die zwei!“

Bei dieser Art zu therapieren ist es wesentlich, den Patienten erfahren zu lassen, daß es andere Möglichkeiten von Wirklichkeit gibt, außer sich abzuschotten oder zurückzuziehen oder weiterhin in Einsamkeit zu leben, daß ich als Mitmensch von ihm berührt sein kann, mich von ihm berühren lasse, und zwar auch in körperlicher Weise, daß er also ein berührender Mensch ist, ein Mensch, der es wert ist, daß ich ihn liebevoll, sorgfältig, fürsorglich, respektvoll und wertschätzend berühre, nicht nur auf der Ebene der Worte, sondern auch körperlich. In diesem Bereich hat er entweder Mangel, Ablehnung oder Uneindeutigkeit erlebt; oder es kam unter traumatischen Bedingungen zu einer Kolonialisierung des Leibes des Patienten. Wir sprechen dann von Übergriffen, Vereinnahmungen, Vergewaltigung, Machtmißbrauch, die dieser Mensch in seinem Leben durchmachen mußte. Oder durch mangelnde Stimulierung oder fehlende modellhafte Verknüpfungen im Sinne von Scheurle und Lynch kam es nicht zu einer weiteren Entwicklung von Teilen des archaischen Selbst. In leiblich konkretem „caring“ (Fürsorge) erlebt der Patient,

daß er dessen wert ist. Durch meine Berührung vermittele ich nonverbal meine Gegenwart und Anteilnahme, wenn ein Patient mit erschütternden Gefühlen in Kontakt kommt. Und so begrüße ich auch seine wieder aufkeimende Liebesfähigkeit, seinen Wunsch, mich in bestimmter Weise zu berühren. Wie bei *Rhode-Dachser* (1983) beschrieben, scheint ja eine der Ursachen der Borderline-Störungen darin zu liegen, daß die Liebe dieser Patienten als Kinder zu ihren Eltern von diesen nicht angenommen wurde. Indem der Patient wieder fähig wird, andere Menschen zu lieben, wird er auch wieder fähig, Dinge, seine materielle Umwelt, zu lieben. Hierzu ein Beispiel aus meiner Praxis: Im Verlauf der Therapie einer Frau, die in einer intellektuellen, ablehnenden, gefühlskalten und berührungsarmen Atmosphäre aufgewachsen war und selber kaum beziehungsfähig war, setzte ich mich neben sie. Sie erfaßte darauf meinen Oberarm und war völlig überwältigt und betroffen davon, daß dieser standhielt, sich nicht einfach in Luft auflöste, daß sie ihn wirklich halten konnte, daß sie anlehnen konnte, daß ich wirklich, leibhaftig, faßbar da war und blieb.

In seiner Anteilnahme ist der Therapeut ein Modell, das der Patient internalisieren kann. Und diese Anteilnahme erfolgt ja aus meinem Berührtsein heraus; sie drückt sich sicher nicht nur in meiner Weise des Berührens aus, sondern auch in meinem Gesichtsausdruck, in Worten oder mitfühlenden Tönen, in der Atmosphäre, die ich verbreite. Ich hoffe, daß er durch meine Resonanz, mein Mitschwingen selbst wieder resonanzfähig wird, wieder emotional bewegbar und beweglich wird, wieder von Evidenzerlebnissen (*Petzold* 1980) ergriffen sein kann, sich wieder berühren lassen kann, von sich und anderen, so daß ihm schließlich wieder affektives Betroffensein möglich ist. Denn Betroffenheit ist die Voraussetzung für Veränderung. Wie wir wissen, genügt Einsicht oft nicht. Viele Patienten wissen genau über ihr Leiden Bescheid, sie sind brave, angepaßte Kinder, „gelehrte Säuglinge“ (*Ferenczi* 1982), die als Kinder, um angenommen zu sein, furchtbar verständnisvoll sein mußten und alle Antennen eingesetzt haben, um die anderen zu verstehen – nur sich selbst nicht; und so gehen sie weiterhin mit offenen Augen in ihr Unglück. In der affektiven Betroffenheit von Gefühlen erlebt der Patient immer wieder, wie *Schmitz* (1989) es beschreibt, bewußte Zentrierung und Zugehörigkeit. Bisher Unbewußtes wird wieder bewußt und somit der Integration zugänglich. Primordiale Koexistenz kann wieder zum Schwingen kommen, Heilung wird möglich. Erleben von Mit-Sein (*Marcel*) und Grundvertrauen wird geweckt, ermöglicht oder vertieft und bekräftigt. „ALLEINSEIN führt zur Spaltung. Dasein von Jemand, mit dem man Freud und Leid teilen und mitteilen kann (Liebe und Verständnis), heilt das Trauma“ (*Ferenczi* 1988). Aber dabei ist es wichtig, daß der Patient wieder lernt,

seine Erfahrungen selbst zu definieren. Sinngemäß versteht hier *Ferenczi* unter „Alleinsein“ Alleingelassensein, Verlassensein. „Spaltung“ beschreibt er wie folgt: „fühlt sich der Patient in der analytischen Situation verletzt, enttäuscht, im Stich gelassen, so beginnt er manchmal wie ein verlassenes Kind mit sich selbst zu spielen. Man hat entschieden den Eindruck, daß Verlassensein eine Persönlichkeitsspaltung nach sich zieht. Ein Teil der eigenen Person beginnt Mutter- oder Vaterrolle mit dem restlichen Teil zu spielen und macht dadurch das Verlassensein sozusagen ungeschehen“ (*Ferenczi* 1982); die „Heilung des Trauma“ betrifft die Folgen einer Schädigung.

Ein Beispiel dazu: eine 28jährige Frau kommt zu mir in die Therapie, weil sie an Angst- und Panikzuständen leidet, die es ihr kaum mehr erlauben, den Alltag zu meistern. Diese Zustände traten zunehmend nach notfallmäßigen Unterleibsoperationen auf, die zu Zeugungsunfähigkeit führten. Die Patientin wurde dabei weder vor noch nach den Operationen von den Ärzten genügend und sorgfältig informiert. Von ihrer Familie erlebte sie ebenfalls kaum Anteilnahme. Als einziges Mädchen unter sieben Kindern war sie es zudem gewohnt, keine „Sorgen zu machen“, die sie selbst-verständlich auch mir nicht machen wollte. In der Therapie immer wieder von ihrem Schicksal berührt, berührte ich sie immer wieder unterstützend und tröstend. Auf diese Weise kam sie damit in Kontakt, wie sie sich muskulär zusammennahm, wie auch im Kontakt mit ihrer Einsamkeit, mit ihrer Trauer, ihrem Schmerz und ihrem (verdrängten) starken Wunsch nach eigenen Kindern.

Therapeutisch geht es hier um Nachnähren, klar und eindeutig zu sein, konstant zu sein, mitzuteilen und zu klären, und zwar dann, wenn der Patient in sein prävalentes pathogenes Milieu regrediert ist. Es geht dabei um *parentage* und *reparentage* (*Petzold* 1988f.), oder nach *Ferenczi* (1988): „Nur Sympathie heilt (Healing). Verständnis ist notwendig, um die Sympathie an der richtigen Stelle (Analyse), in der richtigen Art anzuwenden. Ohne Sympathie keine Heilung (höchstens Einsichten in die Genese des Leidens).“ Wenn ich regredierte Patienten allein mit intelligenten Deutungen aufklären will, so verlasse ich sie erneut in ihrer höchsten Not, die zu ihrer Erkrankung geführt hat.

Je nach Schädigung handle ich dabei in meiner Begleitung aus „mütterlicher Zärtlichkeit“ oder „klarer, liebevoller väterlicher Anleitung“ heraus. Ich mußte beim Schreiben dieses Kapitels oft an meinen Großvater denken, der Zeit und Muße hatte, mich auf seinen Knien sitzen zu lassen, mich anzulächeln, mir seine Taschenuhr hinhielt, damit ich das „tick-tack“ höre, oder eine Muschel ans Ohr hielt, damit ich „das Rauschen des Meeres“ hören konnte, der mich seine geliebte Taschenuhr auf und zu klappen und an deren Krone drehen ließ, der nach Tabak roch und gelegentlich auf seiner Ta-

bakpfeife „wie ein Vögelchen“ zu pfeifen versuchte. Mit seiner Art vermittelte er mir eine Atmosphäre des Willkommen-Seins.

Es reicht aber nicht, daß der Therapeut nun als gute mütterliche oder väterliche Figur introjiziert bleibt. Auch dieses Geschehen muß, wenn immer möglich, im Verlauf der Therapie ergänzt werden und zu einer eigenen guten Elternhaltung sich selbst gegenüber führen, so daß sich der Patient schließlich selbst eine gute Mutter und ein guter Vater ist.

Wenn diese körperliche Berührung gleichzeitig oder auch später mit gesprochenen Worten, mit dem Aussprechen der erfahrenen Gefühle verbunden wird, ermöglichen wir dem Patienten, eine Sprache für seine Sprachlosigkeit zu finden, Gefühle, die er bisher vielleicht nur diffus und unangenehm erlebt hat, zu benennen, in Begriffe zu fassen, begreifbar und mit-teilbar zu machen, was eine Reifung des Selbst und der Identität bedeutet und seine soziale Kompetenz fördert.

Neue Perspektiven für ihn selbst und sein Leben werden möglich, und auch die Trauer um seine Schädigung. Dazu ein Beispiel aus der Behandlung einer jungen Frau, die unter einer sogenannten frühen Schädigung (im Sinne eines Borderline Syndroms) und einer angeborenen körperlichen Behinderung litt und in deren Behandlung ich zeitweilig auch eine antidepressive Medikation einsetzen mußte. Nach einer Behandlungsdauer von annähernd zwei Jahren, während der die Patientin, wie ich glaube, immer wieder meine Zuverlässigkeit testete, mich immer wieder heftig zurückwies und kritisierte, dabei vor allem über ihr Leben klagte und jammerte, mit ihrer Arbeit wie mit allem unzufrieden war, mir aber immer wieder wütend ihre Unabhängigkeit erklärte, hatte ich wieder einmal in solch einer Therapiestunde das Bild eines einsamen, hilflosen, verlassenen und verlorenen, frierenden Mädchens vor meinem inneren Auge. Ich äußerte ihr gegenüber mein inneres Bild und erklärte, ich verspürte den Impuls, mich neben sie zu setzen und sie zu berühren. Nach einem ersten nein erklärte sie sich dann doch damit einverstanden. Ich setzte mich neben sie, berührte sie mit meiner Hand an ihrer Schulter, worauf sie sich auf die Seite legte, ihren Kopf mir auf meinen Schoß legte, mich fest hielt und heftig zu weinen begann. Von nun an folgten viele Stunden, in denen sie den frühen Tod ihrer Mutter, mehrere gescheiterte Beziehungen zu Männern und ihre Behinderung betrauern konnte. In einer daran anschließenden langen Phase, in der ich sie Stunde um Stunde wie ein kleines Kind in meinen Armen hielt und für sie mein Atemrhythmus sehr wichtig war (ich vermute, auf dieser Ebene erfolgte eine Art „Brust geben“), überwand sie ihre Depression, ihre Suizidalität, fand den Mut, beruflich einen Jugendtraum zu verwirklichen, und verliebte sich.

Heute hat sie ihre Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen und ist glücklich verheiratet.

Menschen, die wie die erwähnte Patientin so viele offene Gestalten haben, daß kaum etwas zur Bewältigung des Lebens übrig bleibt, brauchen ein „sicheres, warmes Nest“, in dem diese offenen Gestalten, die vielen schweren Wunden behandelt werden und langsam ausheilen können. Es sei hier an *Montagu* (1980) erinnert, der beschreibt, daß schwerkranke Kinder zur Heilung viel liebevolle körperliche Zuwendung brauchen.

Es geht auch darum, den Patienten darin zu unterstützen, daß er früher beschädigte, aufgegebene oder nicht gelebte Kontaktfunktionen sich (wieder) aneignet, was zu einer (Wieder-)Herstellung von Selbstbereichen, von Identitätsstrukturen führt. Als Folge von Defiziten und Traumen wurden z.B., im Sinne der archaischen Retroflexion und Anästhesierung, autoplastische Bewältigungsstrategien angenommen. Diese Menschen veränderten ihr Leib-Selbst, auch wenn es quasi die Selbstaufgabe bedeutet, nur um zu überleben. In dieser therapeutischen Form des berührten Miteinander kann der Patient zu alloplastischen Bewältigungsstrategien kommen. Er lernt schließlich zu erkennen, was wie von außen kommt und wie er heute seine Lebensumstände gestalten und verändern kann. – Hierzu ein Beispiel aus meiner frühesten therapeutischen Tätigkeit. Ich war damals ausschließlich psychoanalytisch ausgebildet und supervidiert. Auch hier handelte es sich um die Behandlung einer jungen Frau, die nach mehreren Suizidversuchen in die Klinik eingewiesen wurde und bei der man heute eine schwere „frühe“ Schädigung, die oft psychotisches Ausmaß annahm, diagnostizieren würde. Ich begann damals die Therapie klassisch mit Stunden „auf der Couch“. Nach einigen Monaten setzte sie sich von sich aus zu meinen Füßen auf den Boden und lehnte sich dabei an meinen Unterschenkeln an. Ich konnte nicht anders, ich mußte (damals welch eine „psychoanalytische Sünde“!) meine Hand auf ihren Kopf legen und leicht über ihre Haare streicheln, was sich in den folgenden Stunden oft wiederholte. Von dieser Körperstelle aus begann nun die Patientin, die, wenn sie sich an eine Mauer lehnte, nach kurzem nicht mehr wahrnahm, wo sie aufhörte und wo die Mauer begann, oder beim Schreibmaschinenschreiben sich in die Maschine übergehend erlebte, Körpergrenzen aufzubauen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß diese Art von Therapie den erwähnten Patienten hilft, in neuer Freiheit auf sich und ihre Welt zuzugehen. Was erstarrt war oder leblos oder noch nicht zum Leben erweckt, kommt wieder in Bewegung, wird wieder lebendig. Mit Hilfe meiner Bewegtheit, meines Berührtseins, meiner Resonanz kommt beim Patienten etwas zum „re-sonare“, widerschwingen, wieder in Bewegung, wieder zum Leben.

4.6 Indikationen und Kontraindikationen

Indiziert ist Berühren aus Berührtsein bei sogenannten Frühgeschädigten. Ich spreche lieber von Menschen mit Grundschädigungen; denn es läßt sich heute nicht mehr halten, daß Schädigungen, die nur in den ersten Lebensmonaten bis Jahren stattfanden, zu solch einer Pathologie führen können. Nach meiner Meinung handelt es sich hier vielmehr um eine Mischung von genetisch gegebenen Verarbeitungsfähigkeiten und Schädigungen, die bereits früh im Leben dieser Menschen einsetzten und andauerten, Schädigungen, die das ganz basale Mitmensch-Sein betreffen, da sie die ersten und basalen Weisen des Auf-die-Welt-gerichtet-Seins des Menschen betreffen (wie Körperkontakt, Klang der Stimme, Atmosphärisches) und die in diesen Bereichen über Jahre weiter andauern. Es ist nicht so, daß uns diese Arten, die Welt zu erleben, mit der Entwicklung verloren gehen, zumal es außersprachliche Bereiche betrifft. Unsicherheit im Körperkontakt in einer Familie kann dauernd weitergehen. Man kennt die eisige Atmosphäre in manchen Familien, die über Jahre anhaltende ablehnende Haltung gegenüber einem Familienmitglied. Objektivierende Atmosphären (Haben-Relationen) führen zur Verdinglichung, und so kommt man zu einer einverlebten, verdinglichenden Haltung sich selbst gegenüber (*Kepner* 1988), möglicherweise zu einer Spaltung mit emotionaler Regression und intellektueller Progression. Narrative (Skripts) entstehen nicht durch einmaliges „Erzählen“. Daß Lebensereignisse, die man als Narrationen verarbeiten könnte, festgehalten werden, zu Lebensleitsätzen (Narrativen) werden, muß immer wieder vorgelebt, mitgelebt und entschieden werden.

Und so ist eine therapeutische Haltung des Berührens aus Berührtsein aus einer liebevollen Atmosphäre heraus notwendig, sonst ist es nur ein technischer Trick und somit ein erneuter Mißbrauch, ein weiteres Objektivieren des Patienten, den man nicht sich als Mit-Leib-Subjekt erfahren läßt, ihn erneut nicht ernst nimmt und verläßt, eine weitere narzißtische Verwundung. Es braucht also eine gute, tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut, die zuerst geschaffen sein muß, bevor Berühren Platz hat. Ich erinnere hier an mein Beispiel der körperlich behinderten Patientin.

Ich schließe mich hier der Meinung von *Kepner* (1988) an, daß, wenn keine starke, tragfähige Beziehung, kein gesichertes und bewährtes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut besteht, Berühren bei Patienten mit schwerer Grundschädigung, wie schizophrenen Störungen oder bei sehr schwachem Ich, kontraindiziert ist. Die Lebensgeschichten solcher Patienten enthalten regelmäßig Verletzungen und Übergriffe, und sie leiden unter einer erhöhten Vulnerabilität, so daß sie nur schwer zwischen schädlichen

und nichtschädlichen Berührungen unterscheiden können und deshalb als Bewältigungsstrategie (Abwehr) rasch spalten. Das ist nur dann nicht tragisch, wenn dies in einer tragenden therapeutischen Beziehung aufgearbeitet werden kann und dort andere Formen des „Nein-Sagens“ und der Differenzierung gefunden werden.

4.7 Gefahren und Risiken

Wie zwar bei jeder Form von Psychotherapie auch, so sind ethische Überlegungen dann ganz besonders wichtig, wenn körperliche Berührung hinzukommt. Denn hier ist die Gefahr des Mißbrauchs des Patienten und somit für den Patienten die Wiederholung alter Erfahrungen groß. Diese Patienten bringen regelmäßig Verletzungen der eigenen Integrität mit, sei es, daß sie zur narzißtischen Bedürfnisbefriedigung eines anderen benutzt wurden, oder sei es, daß sie direkter körperlicher Gewaltanwendung oder gar sexuellem Mißbrauch ausgesetzt waren. Es waren ja solche Erfahrungen, die zum geschädigten Leib-Selbst geführt haben. Nur so konnte der Patient mit dem Erlebten fertigwerden. Und wenn er sich nur wieder damit auseinandersetzen will, kommt er wieder mit vielem Demütigendem, Schmerzlichem und Schrecklichem in Kontakt. Und dazu muß die therapeutische Beziehung eindeutig und sicher sein.

Körperliche Berührung führt zu großer Nähe und Intimität. Wenn wir noch die kulturellen und persönlichen Ängste vieler Menschen und deren oft sehnsüchtigen und demzufolge ambivalenten Wunsch nach körperlicher Berührung vor Augen halten, ist es offensichtlich, welche Verantwortung wir Therapeuten beim Einsatz von körperlichem Berühren haben. Wie eingangs dieses Kapitels erwähnt, ist Klarheit und Eindeutigkeit des Therapeuten in seinem Vorgehen unerlässlich. Wir alle brauchen, wie *Montagu* (1980) es eindrücklich dargestellt hat, zu unserem Gedeihen und Wohlbefinden Körperkontakt, nicht nur die Patienten, auch die Therapeuten. Welche Voraussetzungen für eine solche psychotherapeutische Tätigkeit notwendig sind, wurde bereits oben ausgeführt. Hinzu kommt, daß körperlicher Kontakt oft gewohnheitsmäßig mit sexuellem Kontakt assoziiert wird, dann nämlich, wenn eine „Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind“ besteht, die „Sprache der Zärtlichkeit“ der Kinder von den Eltern mit der „Sprache der Leidenschaft“ verwechselt wurde (*Ferenczi* 1982). Und das kann sowohl bei einem Therapeuten wie auch bei einer Patientin der Fall sein. Das macht noch einmal mehr deutlich, daß eine gründliche Lehr- und Kontrollanalyse notwendig sind. Wir werden in Therapien immer wieder mit Patientinnen und Patienten konfrontiert sein, die die „Sprache der Leidenschaft“ sprechen, aber eigentlich die „Sprache

der Zärtlichkeit“ (den tiefen kindlichen Wunsch nach Nähe und Geborgenheit) meinen.

Sexueller Kontakt hat in einer psychotherapeutischen Beziehung keinen Platz. Eigentlich gehört es bereits in die Indikationsstellung des Therapeuten, daß er sich dabei klar wird, ob er zur Zeit (aktuelle Lebenssituation) sich auch einer vermutlich aufkommenden starken erotischen Therapiesituation aussetzen kann oder nicht.

Therapeuten mit großen narzißtischen Defiziten sind speziell gefährdet, zu sexuell mißbrauchenden Therapeuten zu werden, vor allem dann, wenn es um süchtiges Suchen nach Bestätigung aus Mangel an verinnerlichtem Akzeptiertsein oder um das Erleben von Macht in einer Abhängigkeitsbeziehung geht. Wenn die therapeutische Arbeit wegen eines unbefriedigenden Privatlebens zudem noch zum einzigen Ort der Begegnung mit anderen Menschen wird, dann ist die Gefahr des sexuellen Mißbrauchs von Patientinnen (und meist handelt es sich hier um bereits sexuell mißbrauchte) noch größer. Welche Folgen dies für solche Patientinnen haben kann, beschreibt Wirtz ausführlich in ihrem Buch „Seelenmord“ (1989).

Abschließend möchte ich ausdrücklich festhalten, daß beziehungsorientierte Psychotherapie, ganz besonders, wenn zu dieser Arbeit auch Berühren aus Berührtsein gehört, eine faszinierende und anstrengende Arbeit ist. Man kann nicht jede Menge Menschen innerlich adoptieren, wie es hier notwendig ist. Außerdem ist körperliches Berühren nicht immer ein notwendiger, wünschenswerter und erwünschter Bestandteil einer Psychotherapie, sondern bedarf einer sorgfältigen Indikation und persönlichen Abstimmung zwischen Therapeut und Patient. Bei einer solchen „Stimmigkeit“ allerdings ist hier ein neuer Weg in der Behandlung schwerer Krankheitsbilder und eine Hilfe für Menschen in belasteten Lebenssituationen gegeben, der das bewährte Instrumentarium der Psychotherapie grundsätzlich erweitert.

Zusammenfassung

Ausgehend von eigenen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit sogenannten frühgeschädigten Patienten wird ein psychotherapeutisches Vorgehen des „Berührens aus Berührtsein“ des Therapeuten entwickelt. Ausführlich wird auf die Physiologie, Psychophysiologie und Biopsychologie eingegangen. Notwendig für das Verständnis dieses therapeutischen Vorgehens und seiner Wirksamkeit ist die Überwindung des cartesianischen Denkens (dualistisches Weltbild), wie es in der heutigen Medizin noch weitverbreitet ist. Im weiteren wird der anthropologische und der phänomenologische Hintergrund reflektiert. Schließlich wird auf die Implikationen für diese Art des psychotherapeutischen Vorgehens anhand von klinischen Beispielen eingegangen sowie auf Indikationen, ethische Fragen und Gefahren.

Summary: „Touching out of Being Touched“ in the Integrative Body Therapy

Out of proper clinical experiences with heavily early disturbed patients a psychotherapeutic procedure of „touching out of being touched“ by the therapist is developed. Physiology, psychophysiology and biopsychology are broadly discussed. To understand this psychotherapeutic procedure and its effectiveness it is important to overcome a cartesian view and to come to a holistic one. The anthropological and phenomenological background is discussed. Finally the psychotherapeutic procedure with its implications, indications, ethics and dangers is presented.

Key Words: *Integrative body psychotherapy; healing touch; active analysis; excentricity.*

Literatur

- Airapetyants, M. G., From stress to eurosis in: *Santiebáñez, H. Lindemann*, 1986..
- Asper, K., *Verlassenheit und Selbstentfremdung*, Walter, Olten 1987.
- Bacorn, C. N., The effects of touch on depressed and vocationally undecided clients, The University of Nebraska at Lincoln, 1982.
- Bösel, R., *Biopsychologie der Emotionen*, de Gruyter, Berlin 1986.
- Buck, R., *The Communication of Emotion*, Guilford, New York 1984.
- Dahl, K.-A., Der phänomenologische Ansatz Maurice Merleau-Pontys und seine Bedeutung für die Theorie der Gestalttherapie. *Integrative Therapie* 7 (1981), 95-119.
- Driscoll, M. S., The effects of counselor touch in communicating empathy and regard, and the promotion of client self-disclosure, Oklahoma State University, 1985.
- Ferenczi, S., *Ohne Sympathie keine Heilung*, Fischer, Frankfurt a. M. 1988.
- , *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. II, Fischer, Frankfurt a. M. 1982.
- Handwerker, H., *Allgemeine Sinnesphysiologie*, in: *Schmidt, R. F., Thews, G. (Hrsg.)*, *Physiologie des Menschen*, Springer, Berlin 1987.
- Hauff, W., *Märchen*, Droemer Knauer, Th. Knauer Nachf., Berlin 1939.
- Kepner, J. I., *Körperprozesse*, Edition Humanistische Psychologie, Köln 1988.
- Lynch, J. J., *Die Sprache des Herzens*, Junfermann, Paderborn 1987.
- Makowske, E. S., The effect of counselor touch, counselor sex, and observer personality on willingness to self-disclose and rating of counselor characteristics, Catholic University of America, 1986.
- Marcel, G., *Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang*, in: *Petzold, H. (Hrsg.)*, *Leiblichkeit*, Junfermann, Paderborn 1985.
- Maturana, H. R., *Varela, F. J.*, *Der Baum der Erkenntnis*, Scherz, Bern 1987.
- Montagu, A., *Körperkontakt*, Klett-Cotta, Stuttgart 1980.
- Mosko, A. F., A comparison of physical contact psychotherapy, verbal-oriented psychotherapy, and an attention-placebo control with chronically hospitalized schizophrenic patients, The University of Texas at Austin, 1970.
- Ornstein, R., *Multimind*, Junfermann, Paderborn 1989.
- Otto, J., *Interozeption*, in: *Bösel*, 1986.
- Papoušek, M., Frühe Phasen der Eltern-Kind-Beziehungen, *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 34 (1989), 109-122.
- Perls, F. S., *Gestalttherapie in Aktion*, Klett-Cotta, Stuttgart 1986.
- , *Hefferline, R. F., Goodman, P.*, *Gestalt-Therapie, Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*, Klett-Cotta, Stuttgart 1979.
- Petzold, H., *Beziehung und Deutung in der „Integrativen Bewegungstherapie“ und leiborientierten Formen der Psychotherapie*, in: *Petzold, H.*, *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*, Junfermann, Paderborn 1988.
- , *Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“*, in: *Petzold, H.*, *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*, Bd. 2, Junfermann, Paderborn 1988.
- , *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie*, in: *Petzold, H. (Hrsg.)*, *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*, Junfermann, Paderborn 1980.

- , Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1988.
- , Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie, in: *Petzold, H.* (Hrsg.), Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn, 1977.
- , Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie, *Integrative Therapie* 10 (1984), 73-115.
- Rohde-Dachser, C.*, Das Borderline-Syndrom, Hans Huber, Bern 1983.
- Rolls, E. T.*, A theory of emotion, in: *Oomura, Y.* (ed.), Emotions, Neuronal and Chemical Control, Japan Societies Press, Tokio 1986.
- Santibáñez-H., G.*, Behavior and behavioral vectors, in: *Santibáñez-H., Lindemann*, 1986c.
- , General physiopathological aspects of neurotic states, in: *Santibáñez-H., Lindemann* 1986b.
- , *Lindemann, M.* (ed.), Introduction to the physiopathology of neurotic states, VEB Georg Thieme, Leipzig 1986.
- , Principal functions of the neuroendocrine system: the functional basis of the integrative activity of the brain, in: *Santibáñez-H., Lindemann*, 1986a.
- Scheurle, H. J.*, Die Gesamtsinnesorganisation, Überwindung der Subjekt-Objekt-Spaltung in der Sinneslehre, Georg Thieme, Stuttgart 1984.
- Schmitz, H.*, Leib und Gefühl, Junfermann, Paderborn 1989.
- , Phänomenologie der Leiblichkeit, in: *Petzold, H.* (Hrsg.), Leiblichkeit, Junfermann, Paderborn 1985.
- , System der Philosophie, Bd. 2, Bouvier, Bonn 1965.
- , System der Philosophie, Bd. 3, Bouvier, Bonn 1969.
- Silbernagl, S., Despopoulos, A.*, Taschenatlas der Physiologie, Georg Thieme, Stuttgart 1988.
- Wirtz, U.*, Seelenmord, Kreuz, Zürich 1989.
- Zimmermann, M.*, Das somatoviscerale sensorische System, in: *Schmidt, R. F., Thews, G.* (Hrsg.), Physiologie des Menschen, Springer, Berlin 1987.