

Werkzeuge der körperpsychotherapeutischen Behandlung

Vortrag bei der ISPPM AG Psychotherapie im Mai 2018 von **Ulrike Lichtenberg**

Mein Anliegen für den Vortrag

Die meisten SelbstzahlerInnen von Therapiesitzungen kommen üblicherweise nur alle vierzehn Tage. Mit diesem Vortrag möchte ich aufzeigen, wie es auch unter diesen Umständen möglich ist, hilfreiche Unterstützung in der Bewältigung schwieriger Lebensumstände anzubieten. Mit den diversen Methoden der Körperpsychotherapie kann es gelingen, Behandlungsfortschritte auch bei früh traumatisierten KlientInnen zu erzielen. Mein Fokus dabei ist es, neue Erfahrungen, größere Handlungsmöglichkeiten und eine verbesserte Selbstregulation zu vermitteln.

Dies werde ich auch anhand von Behandlungsvignetten darstellen. Zur theoretischen Untermauerung meiner Herangehensweise werde ich in groben Zügen die Erkenntnisse der „Polyvagalen Theorie“ von Stephen Porges heranziehen

Allgemeine Informationen zu meiner Arbeit

Ich begleite Menschen mit Bindungsstörungen, Depressionen, Traumafolgestörungen, Phobien, Ängsten, Zwängen, nach traumatischen Geburtserfahrungen und vielem mehr. In früheren Jahren habe ich auch KlientInnen mit chronisch-schizophrenen Erkrankungen behandelt. Ausserdem kommen nun Schwangere mit Bindungsanalysen und KlientInnen, welche Selbsterfahrung für eine körperpsychotherapeutische Ausbildung benötigen, in meine Praxis.

Vor meiner Selbstständigkeit arbeite ich 15 Jahre als Bewegungstherapeutin in der Psychiatrie. Diese Erfahrungen in psychiatrischer Einzel- und Gruppentherapie bildeten ein Fundament für meine heutige, multimodale Vorgehensweise. Als Ausbildungen dienen mir die Funktionelle Entspannung, die Biosynthese, die Bindungsanalyse, TIPI und viele prä- und perinatale Weiterbildungen. Neben den Einzeltherapien leite ich zusammen mit Kolleginnen auch Seminare zur prä- & perinatalen Selbsterfahrung.

Allgemeines zur Körperpsychotherapie

Für die Hinwendung zu prägenden, frühen Erfahrungen nutzt die KPT die Wahrnehmung von Körperausdruck, Körperhaltung, Mimik, Gestik und Prosodie. Die Klienten lernen in der psychotherapeutischen Arbeit, ihre belastende Erfahrungen in vielfältiger Weise auszudrücken. Es gibt sowohl den verbalen Austausch mit dem Therapeuten, wie auch den Austausch über die körperliche Wahrnehmung. Belastende Gefühle werden nicht nur benannt sondern auch körperlich gespürt. Wenn die auftauchenden Körperempfindungen konkretisiert werden, wird das Gefühl deutlicher erkannt und bekommt mehr Gewicht. Sagt jemand *Ich bin traurig*, dann spricht er über ein Gefühl. Wenn er darüber hinaus auf die Körperempfindungen achtet, wird zusätzlich auch das körperliche Erleben bewusst. Er spürt vermutlich die zugeschnürten Kehle, die Schwere im Herzraum, die aufsteigenden Tränen, die hängenden Schultern und so weiter – der Klient erlebt sich wahrhaftig in seinem gesamten Sein.

Nach einem Vertiefen des Erlebens, wird der Klient eingeladen zu spüren, ob ein Impuls aus diesem Gefühl der Trauer heraus entsteht. Daraufhin könnte eine Bewegung, eine Geste oder ein mimischer Ausdruck entstehen. Ich möchte das im folgenden fiktiven, natürlich etwas holzschnittartigen, Dialog verdeutlichen.

Ein Gefühl taucht auf

KL: *Ich schäme mich irgendwie, obwohl ich nichts getan habe*

Th: *Wie fühlt sich das im Körper an?*

Der Körperausdruck wird benannt

Kl: *Ich bin eingesunken und zurückgezogen, mein Kopf ist so gebeugt.*

Th: *Gibt es einen Impuls in Ihrem Körper?*

Ein neuer Impuls entsteht

Kl: *Ich möchte mich strecken und aufrichten, das ist besser.*

Ein weiteres Gefühl kommt

Jetzt fühle ich plötzlich Wut in mir aufsteigen.....

Th: *Was geschieht, wenn die Wut auftaucht?*

Ein neues Wort und neue Geste tauchen auf

Kl: *Ich will „stop“ rufen.*

Er streckt dabei die Hand nach vorne und kommt in eine erwachsene, aufrechte Haltung.

Mit diesem Beispiel möchte ich zeigen, dass über die Arbeit mit dem Körper häufig eine Brücke entsteht, die es ermöglicht, von der alten, schambesetzten Haltung hin zum Erleben von Selbstbewusstsein zu gelangen. Die Stichworte zu diesem Prozess lauten **Selbstregulation**, **Selbstentfaltung** und **Selbstwirksamkeit**.

Die Bedeutung der drei Keimblätter in der Biosynthese

Aufbauend auf Francis Mott und Frank Lake hat mein Lehrer David Boadella schon in den siebziger Jahren ein umfassendes pränatales Konzept entwickelt. Neu ist, das Einbeziehen der drei Keimblätter, welche sich in der dritten Woche nach der Empfängnis entwickeln.

Das **Ektoderm** (Hirn, Haut) ist verbunden mit dem **Denken**

Das **Mesoderm** (Bewegungsapparat & Gefäßsystem) gehört zum **Handeln**

Das **Endoderm** (Verdauungsorgane & Lungen) bildet die Basis für das **Fühlen**

Es zeigen sich bestimmte Muster, die mit der mangelhaften „Besetzung“ dieser frühen Grundtendenzen unseres Seins zu tun haben. Es ermöglicht unterschiedliche Herangehensweisen, wenn ich erkenne, in welchen Lebensmustern ein Klient gefangen ist.

- jemand ist klar im Denken, hat aber keinen Kontakt zu seinen Gefühlen
- jemand ist immer von Gefühlen überschwemmt und hat keinen Zugang zur Kognition
- jemand ist vorrangig handlungsorientiert, verschliesst sich aber seinen Gefühlen oder seinem Denken.

Grundtendenzen in Charaktermustern

zu wenig

in der Mitte

zu viel

kopflös

Ektoderm

–

klares Denken

fiberhaft

erstarrt

Mesoderm

–

passendes Handeln

überbordend

leer

Endoderm

–

stimmiges Fühlen

panisch

Klienten kommen mit dem Wunsch zur Veränderung in der Praxis, wenn sie nicht „in ihrer Mitte“ sein können. Wenn zu wenig Teilnahme am Leben möglich ist, also die Tendenz zu kopflös, erstarrt, leer vorherrscht, dann geht es, wie wir in der Biosynthese sagen, um Aufwärtsregulation. Ist jemand ständig überaktiviert also fieberhaft, überbordend, panisch, dann geht es um Abwärtsregulation. Ich hoffe, die Überlappung zwischen psychologischen und physiologischen Anteilen in der Behandlung wird deutlich. Körperorientiert behandeln heißt, es geht immer um einen Ausgleich.

Als Körperpsychotherapeutin habe ich zahlreiche Möglichkeiten, neben der psychologischen Therapie die Aufmerksamkeit auf die Funktionsweise des autonomen Nervensystems zu richten. Die Biosynthese bietet viele Werkzeuge an, um über Atemarbeit, Massage, Sprache, Bilder, Träume, Tanz, Bewegung, Malen den Zugang zu den bisher unterdrückten Anteilen zu fördern

Die Polyvagal-Theorie von Stephen Porges

Für alle Therapieformen dürfte es gelten, dass ein Klient sich auf keine **therapeutische Intervention einlassen kann**, wenn sich sein vegetatives Nervensystem in einem stark dysfunktionalen Zustand befindet. Zu viel Aufregung und ebenso auch ein mangelnder Antrieb und mangelnder Wachheit verhindern ein klares Denken, Fühlen und Handeln. Für mich sind die theoretischen Grundlagen von Stephen Porges als Ergänzung zu meinem bisherigen Werkzeug sehr wichtig geworden. Die Wirksamkeit von körpertherapeutischen Interventionen wird durch seine Theorie stark untermauert.

Als Professor für Psychiatrie und Biomedizintechnik und Direktor des ‚Brain Body Center‘ an der University of Illinois in Chicago erforschte und entwickelte Porges in den 90er Jahren die Theorie des Polyvagalen Nervensystems. Polyvagal heißt, dass der **Vagus**, je nach Ursprung im dorsalen Hirnnervenkern oder im nur 3 mm ventral davon gelegenen Nucleus ambiguus eine Vielfalt von Funktionen besitzt. Porges entdeckte, dass myelinisierte und nicht myelinisierte Vagusfasern an den jeweils selben Zielorganen sehr unterschiedliche Reaktionen auslösen.

Der dorsale Vagus ist der phylogenetisch ältere Teil. Er ist nicht myelinisiert und langsamer in der Reaktion. Im störungsfreien Modus ist er zuständig für Verdauung, Schlaf und Erholung.

Der **ventrale Vagus** ist der phylogenetisch neuere Teil des autonomen Nervensystems und ermöglicht Kooperation und Bindung. Er ist myelinisiert und somit deutlich schneller, was wiederum einen wachen, lebendigen und doch entspannten Zustand ermöglicht. Zusammen mit den Hirnnerven Trigemini V, Fazialis VII, Glossopharyngeus IX und Akzessorius XI entspricht der ventrale Vagus dem **sozialen Nervensystem**, englisch auch social engagement system genannt.

Im folgenden Schaubild wird **nicht** die pathologische, sondern die förderliche Funktionsweise der drei Anteile hervorgehoben.

Evolution of the Autonomic Nervous System *"The Ultimate Survival Machine"*

Stage One: A primitive passive feeding and reproduction system creating a metabolic baseline of operation to manage oxygen and nutrient-rich blood.

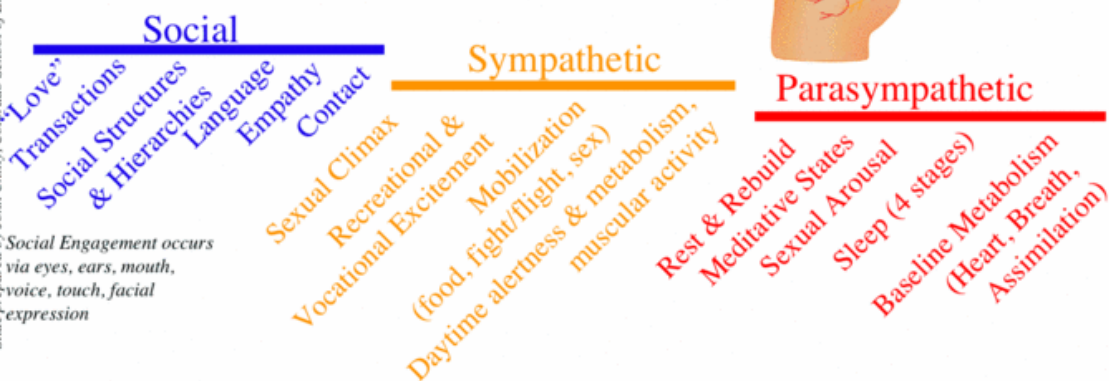
Stage Two: A more sophisticated set of responses enabling mobility for feeding, defense and reproduction via limbs & muscles.

Stage Three: A sophisticated set of responses supporting massive cortical development (i.e., enabling maternal bonding (extended protection of vulnerable immature cortex processors) and social cooperation (language and social structures) via facial functions).



*"Three neural circuits form a phylogenically ordered response hierarchy that regulates behavioral and physiological adaptation to safe, dangerous and life-threatening environments."
-Porges 8/05*

Slide prepared by John Chitty, Colorado School of Energy Studies, www.energyschool.com



Der Sympathikus wird gelb gezeigt. Das parasympathische NS mit dem Vagusnerv wird mit zwei Farben gekennzeichnet - blau für den **ventralen** Vagus und rot für den **dorsalen** Vagus.

Es folgt eine hierarchische Beschreibung der drei Aktivierungsstufen – von der Ruhe über die Gefahr hin zur Immobilisation.

1. System der SICHERHEIT: der ventrale Vagus

Wenn Sicherheit erlebt wird, sind alle Säugetiere in einem ruhigen, aber aktiven Zustand. Sie kauen, säugen, und fressen gemeinsam. Sie sind im Modus kommunikativer Orientierung hin zu den Artgenossen durch Geräuschfilter im Mittel-Ohr, Gesichtsfunktion und Mimik (Emotionsvermittlung, Kommunizieren), Stimmgebung (Kehlkopf, Rachen), ruhige Aufmerksamkeit und Zuwendung (Augenlid-Öffnen, Kopfdrehung) und Beruhigung (Bremsfunktion der Herzfrequenz). Schon Babies nutzen beim Bonding diese Möglichkeiten. Das Kind erfährt **Sicherheit, wenn es mit der Mutter kommuniziert**

Das soziale Nervensystem ermöglicht ein schnelles Hin- und Abwenden, wie auch ruhige, wache und flexible Allgemeinzustände. Es befähigt uns, Gesichtsausdrücke zu lesen und hilft beim Zuhören. Es **reguliert das sympathische Nervensystem nach unten**, es hilft uns, uns auf die Umgebung einzulassen, und es ermöglicht, Bindung und soziale Beziehungen zu entwickeln.

2. System der MOBILISIERUNG: der Sympathikus

Das sympathische Nervensystem ist weniger flexibel (primitiver) als das Soziale Nervensystem. Es wird, wie auf dem Schaubild beschrieben, bei angenehmer Erregung aktiviert, wenn z.B. beim Sport freudige und gleichzeitig aufregende Aktivierung gefordert ist. Bei **Gefahr** geschieht bekanntermaßen Folgendes: das Arousal wird erhöht. Die **Atmung** wird beschleunigt, die **Muskeln** besser durchblutet, die **Blutzufuhr** zum Kortex verringert. Dadurch wird Energie und Kraft für Kampf/Flucht-Aktivitäten bereitgestellt.

3. System der IMMOBILISIERUNG: der dorsale Vagus

In freudigen Momenten ist der dorsale Vagus zuständig für eine **Immobilisierung ohne Angst**. Dies ermöglicht eine relative Bewegungslosigkeit beim Stillen oder in bestimmten Phasen des Paarungsverhaltens. Es beinhaltet die bedingungslose Aufgabe des eigenen Grenzbereiches und kann deshalb nur zustande kommen, wenn ein besonders großer Vertrauensvorschuss gegenüber dem Partner da ist.

Immobilisierung mit Angst

Der dorsale Vagus wirkt, wenn Kampf und Flucht nicht mehr wirksam sind. Bei Lebensgefahr werden die ersten beiden Systeme, das Soziale Nervensystem und der Sympathikus „abgeschaltet“. Der dorsale Vagus bewirkt den Totstellreflex. Er wird durch **verminderte Atmung** aktiviert und bewirkt eine Immobilisierung in Form von Reglosigkeit und Ohnmachtzuständen oder eine Entleerung von Magen und Darm.

Was bedeuten diese Erkenntnisse für TherapeutInnen?

Diese dreigliedrige Teilung im ANS bringt spannende und bestätigende Hinweise für die Arbeit mit dem Körper in der Psychotherapie. Es gibt viele Techniken, um Menschen zu helfen, wieder in einen ausgeglicheneren Zustand zu kommen..

Hilfe für Klienten in einem vegetativ dysregulierten Zustand

In der Biosynthese arbeiten wir mit zwei Begriffen für vegetativ labile Zustände: die Abwärtsregulation bei Hyperaktivierung und die Aufwärtsregulation bei Hypoaktivierung.

1. **Wenn das sympathische System chronisch aktiviert ist**, dann ist der aufnahmebereite Teil behindert. Dies beeinträchtigt die Fähigkeit, Entscheidungen, zu treffen das Verhalten wird reflexhaft und impulsiv. Hier entsteht ein Zustand, der in der Therapie die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt bis unmöglich macht, Verarbeitungsprozesse werden erschwert bis verhindert, neue Möglichkeiten zur Veränderung werden vom Klienten nicht verstanden. Das betrifft übrigens genauso auch die Kinder in der Schule. Kurz und bündig gesagt: ‚Don’t talk to me – I am scanning for danger!’

Die Abwärtsregulation geschieht im Allgemeinen über verlangsamende Atmung und Bewegung, Berührung, Rhythmus, Selbstberührung im Gesicht, Augenbewegungen, motorische Verlangsamung, Craniosacrale Therapie, Yoga und so weiter.

2. **Bei einer chronischen Einschränkung dorsalen Vagus**, entsteht Verwirrung und verminderte Aufmerksamkeit. Körperfunktionen werden eingeschränkt, was zu einer verminderten Herz- und Atemfrequenz führt und psychisch als Taubheit oder Dissoziation erlebt wird. Diese Symptome werden manchmal als Depression oder Widerstand verstanden, sind aber eher physiologische Zustände

Die Aufwärtsregulation entsteht über Aktivierung durch anregende Tätigkeiten. Körperpsychotherapeutisch gibt es viele Möglichkeiten, aktivierend mit Bewegung, Atmung, Dehnung und Massage zu arbeiten.

Seitliche Augenbewegungen als Übung in der Gruppe

Besonders hilfreich hat sich eine Übung erwiesen, die mit seitlichen Augenbewegungen arbeitet, so dass das soziale Nervensystem wieder angeregt wird. Diese Selbsthilfe kann mehrmals täglich wiederholt werden.

Kopfwendung prüfen.

Wie weit geht es ohne Anstrengung nach rechts und links?

Hände hinter dem Kopf verschränken, Kopf entspannt hineinlegen

und dann mit geschlossenen Augen oder mit offenen Augen:

rechtes Auge zuerst nur nach rechts bewegen

Atemimpuls abwarten

und wieder zurück in die Mitte bewegen.

Dann linkes Auge nach links bewegen

Atemimpuls abwarten und

wieder zurück in die Mitte.

Erneut die Kopfwendung prüfen.

Wie weit geht es ohne Anstrengung nach rechts und links?

Was geschieht im Körper?

Überprüfen der gesamten rechten und linken Körperseite.

Diese gezielte Arbeit mit den Augen ermöglicht eine deutliche Entspannung und verbessert die Orientierung. Der Klient kann wieder mehr im sozialen Nervensystem sein und sich besser konzentrieren und auf die Therapie einlassen.

Die Körpergrenzen werden in der Regel deutlicher wahrgenommen und der Klient ist wieder in der Gegenwart.

Ursprünglich kannte ich diese Übung schon aus der Feldenkrais-Methode.

Im Buch von Stanley Rosenberg: **Accessing the healing power of the vagus nerve** wird diese Augenübung leicht modifiziert auch auf die Atmung bezogen und Basisübung genannt.

Meine Arbeitsweise

Nach diesen Ausführungen nach der Relevanz der Arbeit mit dem Nervensystem möchte ich nun mehr über meine Arbeit im Kontext von pränatalen Themen bringen. In meinem therapeutischen Alltag ist es mir wichtig, pränatale Ursachen von vielen somatischen und seelischen Themen sichtbar zu machen. Wenn die frühe Dimension Eingang in den ganz normalen therapeutischen Alltag findet, gibt es auf Seiten der Klienten oft eine große Entlastung. Es folgt ein Überblick über meine eigene Herangehensweise. Grundlage ist natürlich für alle unten angeführten Bereiche der Aufbau und die Gestaltung einer emphatischen und Sicherheit vermittelnden Beziehung.

Beginn einer Sitzung

Es ist elementar, genügend Sicherheit in der Beziehungsaufnahme zu vermitteln. Hier spreche ich bereits innerlich das Soziale Nervensystem des Klienten an. Ich beginne eine Sitzung, indem ich dem Klienten bitte, sich einen Platz zu suchen, an dem er sich wohl fühlt. Diese Sequenz entspricht im **pränatalen Kontext** einer **Einnistung**. Eine eigene Entscheidung für einen Platz ist für manche Menschen bedeutsam und hier geschehen schon sehr viel aufschlussreiche Prozesse.

Es gibt viele Varianten, wenn man Klienten den Platz wählen lässt. Für ein Gespräch ist eine gute Abstandsregelung und die Position der Sessel zueinander sehr wichtig. Unwillkürlich geschieht im Klienten die „Sicherheitsprüfung“: *Ist irgendwo Gefahr? Wo ist die Tür? Wo ist das Fenster? Die Ausgänge aus einem Raum sind bei traumatisierten Menschen extrem wichtig. Brauche ich eine Decke zum Schutz? Möchte ich mich lieber leicht abgewandt hinsetzen? Ist der Boden sicherer als der Stuhl? Welche Form von Augenkontakt ist erlaubt?*

Orientierung im Raum

Die Klienten orientieren sich in meinem Raum, indem ich sie bewusst bitte, sich umzuschauen. Ich gebe Erläuterungen, dass alle Teile im Raum, die Sessel, die Liege, die vielen Kissen, Decken, Kuscheltiere, Felle, jede Menge Figuren, Materialien im Kontext meiner Arbeit zu verstehen sind. Ich frage, ob die Person Wasser möchte. Diese „versorgenden“ Details passen pränatal gesehen zur **plazentaren Versorgung**.

Anregung durch Angebote

Die im Folgenden beschriebenen unterschiedlichen Zugangswege zur therapeutischen Arbeit könnte das **Sein in einer gewährenden, positiven Gebärmutter** repräsentieren. Ich vermittele jedem neuen Klienten, dass es sehr viel verschiedene Möglichkeiten und auch Lösungen gibt, wenn man sich einem Problem annähert. Den Klienten hilft es, zu hören, dass jeder Mensch seine ganz eigene Art finden kann, wie er seinem Problem am besten begegnet.

Gespräch

Manche Menschen wollen in jeder Sitzung am liebsten erzählen und Raum haben, gehört zu werden. Ihnen ist die Gesprächsebene am wichtigsten im Prozess.

Darstellung mit Gegenständen

Manchen Klienten fällt das Sprechen und Erklären schwer und sie tauen merklich auf, wenn sie die Möglichkeit bekommen, sich im Raum zu bewegen, Gegenstände zusammensuchen und ihr Erleben darzustellen. Welche Figur, welches Kissen, welches Kuscheltier repräsentiert z.B. eine spezielle Angst? Ähnlich wie im Sandspiel werden unbewusste Aspekte ans Licht gebracht und sichtbar. Wie stehen die Familienmitglieder zueinander? Wenn Klienten das Familiensystem mit dieser Methode zeigen, spart in der Regel sehr viel Zeit. Ausserdem bringt es massive Erleichterung, wenn man sich selber an einen anderen Platz hinlegen kann in einem bedrohlichen Kontext. Das „Darlegen“ der eigenen inneren Bilder schafft einen neuen Bedeutungshorizont für den Klienten. Dann gewinnt jedes Gespräch über die eigene Geschichte plötzlich an Lebendigkeit. Viele Klienten machen Fotos von diesen Bildern und arbeiten zuhause damit weiter.

Aktive oder passive Körperarbeit, Bewegung und Entspannung

Es gibt ein großes Spektrum in Bezug auf die Arbeit mit dem sich bewegenden oder ruhenden Körper. Es gibt die Möglichkeit, über **aktive Bewegung** Neues über sich erfahren. Das Gegenteil davon ist eine intensive Selbsterfahrung in einem **regressiven Wahrnehmungsprozess**. Für manche Klienten sind beide genannten Möglichkeiten eine Überforderung. Für diese Menschen braucht es auch eine klare Struktur. Hier können **übende Verfahren** helfen, sich im Körper zu erleben.

Meditation

Manchmal ist es hilfreich und heilsam für Klienten, für einige Minuten gemeinsam in die Stille zu gehen und damit Verbundenheit zu erleben.

Erlernen von Selbstwirksamkeit

Egal, welche der angesprochenen Möglichkeiten als therapeutischer Zugang gewählt wird, ist in meiner Arbeit die Aufarbeitung psychologischer Themen mit der Betrachtung der physiologischen Befindlichkeit verschränkt und verbunden. Die gezielte Arbeit mit Körperempfindungen hilft den Klienten, eine für sie neue und deutlichere Selbstwahrnehmung zu entwickeln.

Je schneller die Klienten erfassen, wie viel sie über die Hinwendung zu ihren körperlichen Reaktionen spüren, desto schneller können sie lernen, mit diesen störenden Empfindungen selber zu arbeiten. Es geht hierbei um eine Distanzierung durch Beobachtung. Diese Herangehensweise hilft den Klienten, statt ausgeliefert zu sein und überschwemmt zu werden, einen neuen und hilfreichen Abstand durch die körperliche Regulierung zu gewinnen. Die Selbstbeobachtung und ein besserer Umgang mit unangenehmen Körperempfindungen ermöglicht mit der Zeit, diese Empfindungen als natürlich anzusehen und ihnen zuzustimmen. Es gelingt dann, sich selbst beobachten und sich selbst zu begleiten. Die Selbstwirksamkeit wird dadurch größer.

Körperorientierte Prozessbegleitung in die pränatale Dimension

In meiner Arbeit gibt es sowohl lange Prozesse im Sitzen oder im Liegen. Es gibt aber auch sehr kurze Sequenzen mit Techniken wie TIPI von Luc Nicon. Auch in dieser Methode gelingt über einen situationsabhängigen Einstieg in auftauchende Körperempfindungen ein direkter Zugang zu pränatalen Themen, wie Zwillingsverlust, Nabelschnurumschlingung und Nahtoderlebnissen bei Geburten.

Über die Frage *Was geschieht gerade in ihrem Körper, wenn Sie mir berichten?* kommt es häufig zum Übergang in eine tiefere Ebene, die oft pränatal ist. Eine Fallvignette möge diesen Ebenenwechsel aufzeigen.

Erste Fallvignette:

Ich habe eine 48jährige Klientin ausgewählt. Sie hat aus meiner Sicht in zweiundzwanzig Sitzungen in achtzehn Monaten, seit sie bei mir ist, viele Fortschritte gemacht. Vor einigen Tagen sagte sie zu mir: „Wenn wir **mit der aktuellen Körperwahrnehmung arbeiten und dann in die Tiefe gehe ist das sehr hilfreich**. Wenn ich in dem Kontext meine frühen Themen erlebe und erkennen kann, dann habe ich hinterher immer besonders stark das Gefühl, dass ich vorankomme.“

Frau F. hat alle erdenklichen Schmerzsyndrome, Panikattacken, heftige Schmerzen in den Kiefergelenken, zahlreiche vegetativen Störungen mit plötzlichem Blasendrang, der manchmal zur Ohnmacht führt, heftige Allergien, immer wieder Ekel bei Körperkontakt, Schwindelattacken, Bluthochdruck, Darmerkrankungen usw. Ihre Panikattacken führten zu Klinikeinweisung, wo sie dann nach kurzer Zeit wieder o.B. nach Hause geschickt wurde. Ihr Alltag ist geprägt von Vermeidungen. Die Klientin ist verheiratet, hat eine sehr symbiotische Beziehung zum Mann als auch zu ihrer 14-jährigen Tochter.

Im Erstgespräch sagt sie als Erstes: mein Arzt schickt mich, aber ich sage Ihnen gleich, von Psychotherapie halte ich nichts, ich habe Angst vor Interpretationen und finde psychologisieren übergriffig. Dabei sah sie etwas bedrohlich in ihrer Körperhaltung aus und wirkte in ihren Augen eher ängstlich. Der Arzt hatte ihr vermittelt, dass ich auch mit dem Körper arbeite, aber andere Zugänge habe als die, die sie bisher ausgelotet hatte.

Frau F. war nicht erwünscht, wurde drangsaliert und ausgebeutet von einer unachtsamen Mutter. Ein behinderter, jüngerer Bruder bekam jede Aufmerksamkeit – sie fühlte sich vernachlässigt. So wurde sie zur Außenseiterin, war sehr gut in der Schule, aber schon als Kind geplagt von Ängsten und Versagensgefühlen. Bis heute leidet sie darunter, ihre Dissertation nicht beendet zu haben. Sie wirkt sehr intelligent, wertet sich aber ständig ab. Sie bemerkt: Ich fühle ich mich immer schuldig, wenn etwas in meiner Umgebung geschieht, selbst wenn ich nichts damit zu tun habe.

Die Klientin hat blaue Hände, wirkt wie in Stein gemeißelt. Sie braucht die Nähe zu ihrem Mann, doch schnell entsteht dabei ein panischer Wunsch nach mehr Distanz. Nach dieser Anamnese erklärte ich ihr mein Arbeitsmodell mit etwas Bauchgrimmen. Wir vereinbarten vorläufig ein paar Sitzungen. Es war ein sehr wackeliger Boden, den wir beide betraten. Ständig hatte ich das Gefühl, auf der Hut sein zu müssen, um ihr nicht zu nahe zu treten. Nachdem sie recht schnell gelernt hatte, ein Gefühl für die Signale ihres Körpers zu entwickeln und sehr aufgeschlossen war, diese Signale zu entschlüsseln und besser zu verstehen, wie ihre Themen und ihr alltägliches katastrophisches Erleben zusammenhängen, begannen wir, die Dramen ihrer Kindheit und deren „psychologische“ Dimension miteinander in Beziehung zu setzen. Sie begann, die Darstellung ihrer Situationen, aber auch ihre Gefühle und Bilder mit Gegenständen zu erarbeiten. Diese Arbeit half ihr, da sie den Eindruck hat, damit die Dinge „dingfest“ zu machen und so besser zu verstehen, was sie dann fühlte (als sie kam, traute sie sich kaum, Gefühle haben zu dürfen) und was dann mit ihr körperlich geschah. Manchmal macht sie Fotos und arbeitet zu hause weiter an den entstandenen Bildern.

In der 16. Sitzung, als sie wieder von Schwäche und Schmerzen geplagt wurde, legte sie sich zu ersten Mal mit einigen Fellen auf den Boden. Bis dahin war Berührung für mich tabu, da ich keine „Behandlung“, wie sie es aus manuellen Therapien kennt, in unsere Arbeit bringen wollte. Dieses Mal ließ sie Kontakt zu. Sie wollte meine Hand erst einmal in der Nähe zu ihrem Rücken mit sehr viel Raum dazwischen. Sie erlebte meine nicht fordernden begleitenden Hände als raumgebend. Dann sprach sie von auftauchenden Schmerzen in ihren Füßen, die sie immer wieder spürte. Diese waren durch Korrektur-OPs der Beine verursacht worden. Ausserdem, sagte sie, fühle sie sich an den Beinen und Füßen immer haltlos. Ich legte ihr ein schweres Meditations-Kissen an ihre Fußsohlen und fragte, wie sie dieses erlebt. Sie fand das Kissen zuerst als haltgebend und wurde dann plötzlich sehr unruhig. In einer bisher für mich unbekanntem Vehemenz stieß sie das Kissen von sich und rief, „das Ding muss weg“, ich kann mich nicht bewegen, ich hasse es, es nimmt mir meinen Raum und vieles mehr. Ich lud sie ein, sich weiter mit dem schweren Meditationskissen zu befassen. Sie ging dann einen Prozess mit dem Kissen, dass sie rauswerfen wollte, aber dann doch wieder schluchzend zu sich nahm. Ein Dialog entstand, der deutlich auf einen Zwillingungsverlust hindeutete. Später sagte sie dann, die Mutter hätte erwähnt, der Arzt habe längere Zeit bei Untersuchungen zwei Herzen schlagen hören, aber dann sei später nichts mehr gewesen. Zu ihrer Thematik mit Ekel und Beengung im Kontakt mit anderen, könnte es ein Hinweis auf einen Papyraceus-Zwilling gewesen sein. Nach einiger Zeit des Umgangs und Verstehens mit dieser frühen Ursache einiger ihrer gegenwärtigen Leiden ist die Klientin wesentlich umgänglicher geworden. Sie hat ein besseres Verständnis für manche Themen, wie ihre Angst vor Nähe bekommen. Sie versteht nun ihre Ambivalenz. Mittlerweile kommt sie gerne zur Therapie. Weil sie viel Zeit braucht in der Sitzung, nimmt sie inzwischen eine Doppelstunde. Viele Ängste sind durch die gezielte Arbeit an den auftauchenden Körperempfindungen schon wesentlich geringer geworden. Sie hat einen ganzen Notfallkoffer mit Übungen, die sie anwendet, wenn wieder Panik auftaucht. Techniken wie TIPI und Meridianklopfen die ich mit ihr erarbeitet habe, begleiten sie in ihrem Prozess

Wie im diesem Beispiel deutlich geworden, tauchen nach meiner Erfahrung pränatale Themen einfach auf, wenn sie „reif“ sind. Aus diesem Grund bemühe ich mich, meinen Klienten zu vermitteln dass auch pränatale Erfahrungen und mit Erfahrungen bezüglich der eigenen Geburt auftauchen können. Die Klienten werden vertrauter mit der Idee, dass um ein erforschen der Zeitspanne zwischen dem heutigen „in der Welt sein“ und den frühen Prägungen bzw. den frühen Bedingungen von Anbeginn an geht.

Arbeit mit der Hand

Viele Klienten möchten Kontakt und Berührung. Ich erläutere neuen Klienten immer, dass Berührung in der KPT möglich ist und sich oft segensreich auswirkt, aber sie muss nicht zwangsläufig Teil einer Therapie sein. Meine Lehrerin Sophie Krietsch war eine großartige Therapeutin in der Arbeit mit schizophrenen Patienten. Sie war eine der Wenigen die überhaupt mit diesen Patienten auch mit Körperkontakt gearbeitet haben. Bei ihr lernte ich die Arbeit mit der Hand. Ich möchte dazu eine Anregung geben, auch um dem leider immer noch existierenden Vorurteil von Erotisierung in der therapeutischen Arbeit mit der Hand etwas entgegenzusetzen. Natürlich bedarf es einer Schulung, um wirksam zu arbeiten. Es geht nicht, wie so oft vermutet wird, um Trost und oberflächliches „beruhigen“, sondern um das konkret erfahrbare Erleben von Halt. Hierzu braucht es fein auf den Klienten abgestufte Herangehensweisen.

- a. Kontakt erleben mit der aktiven bzw. handelnden Hand
- b. Kontakt erleben mit der passiven bzw. rezeptiven Hand.
- c. Die Anpassung an die Intention des Klienten:
Halt spüren, Widerstand geben, Kraft als Gegendruck einsetzen, Mikrobewegungen erfahren u.v.m.

Die Hand wird anfangs **immer** als Spürhilfe eingesetzt.
Die Hand wird **immer** im Dialog mit dem Klienten benutzt.

Im Kontext der prä- peri - und postnatalen Thematik möchte ich den ausserordentlich bedeutsamen Aspekt der Beziehung zur Hand nennen. Die Hand wird zur Instanz, die Sicherheit vermittelt. Über die Hand erlebt ein Klient sehr direkt die verschiedenen Aspekte einer frühen Bindungsstörung. Intrauterine Erfahrungen von Haltlosigkeit bei der Einnistung und im pränatalen Wachstum können erlebt werden. Die Hand kann zur verlässlichen Uteruswand werden und eine sichere Nabelschnur. Durch die Arbeit mit der Hand entstehen viele Bilder und Empfindungen beim Klienten. Was sie erleben, wird angeschaut und miteinander erforscht. Wenn es um pränatale Erfahrungen und um frühe Säuglingsthemen geht, bevorzuge ich eine Hinwendung zu den propriozeptiven Wahrnehmungen. Postnatal sind natürlich Aspekte wie Augenkontakt, Bewegung, Haut, Stimme wichtig.

Diese ruhige und sehr präzise Arbeit mit der Hand als therapeutisches Werkzeug ist kaum in Worten zu beschreiben. Sie muss erfahren werden. Natürlich geht es nicht um eine Abhängigkeit von der Hand, sondern um eine Internalisierung dieser Hand.

Gemeinsame Übung in der Gruppe mit der Hand

Paare bilden, ein Partner ist „Klient“, einer „Therapeut“. Der Klient kann eine kurze Erfahrung mit dem Kontakt zur Hand machen und spüren ob um passives gehalten werden stimmig ist oder ein eigener Impuls ausgedrückt werden möchte. Anschließend austauschen und wechseln.

Die TeilnehmerInnen gingen in einen lebhaften Austausch und berichteten über interessante Erfahrungen.

Fiktive Szene

Um einen Eindruck zu vermitteln, wie eine therapeutische Arbeit mit der Hand stattfinden könnte, habe ich zunächst mal eine Szene aus einigen von mir begleiteten Therapie-situationen zusammengestellt. Es geht in diesem Beispiel um das Thema Einsamkeit. Natürlich findet zuerst ein Gespräch statt. Wenn der Klient bereit ist, öffne ich ein Feld für eine tiefere Betrachtung auf mehreren Ebenen, indem ich einlade, den Körper „sprechen“ zu lassen. Hier spiegele ich als erstes die Körperempfindungen, die bei mir auftauchen.

Th: *Ich spüre so eine gewisse Schwere bei mir im Brustkorb.
Was geschieht bei Ihnen?*

Kl: *Es geht mir nicht gut, es fühlt sich in mir so verlassen an.*

Th: *Wie spüren Sie diese Verlassenheit im Körper?*

Kl: *Es ist wie tot im Brustkorb, ich kann gar nicht richtig fühlen, ich bin so leblos.*

Th: *Taucht etwas in Ihrer Wahrnehmung auf?*

Kl: *Es ist so leer um mich, dunkel, ich bin ganz allein. Ich kann nichts tun, ich fühle mich hilflos.*

An dieser Stelle gibt es jetzt zwei Möglichkeiten der Begleitung. Als Therapeutin könnte ich weiter in die Regression hinein begleiten oder ich könnte mehr Lebendigkeit anregen, um so der Hilflosigkeit etwas entgegen zu setzen. Wenn ich z. B den Eindruck habe, dass dieser Klient in eine ‚ungute‘ Regression kommt und Überschwemmung droht, dann könnte es auf der Ebene des Autonomen Nervensystem zu einer Immobilisierung oder Erstarrung kommen. Aus diesem Grund folgt ein Beispiel einer aktivierenden Begleitung.

Th: *Können Sie spüren, ob es in Ihnen Impulse gibt?*

Kl: *Ich möchte mich bewegen, bin aber zu schwach.*

Th: *Würde es helfen, wenn Sie Unterstützung bekommen?
Ich könnte Ihnen einen Kontakt an ihrem Rücken/ Fuß, Arm....anbieten.*

Kl: *Ja, wenn Sie das sagen, kommt sofort eine Erleichterung.*

Th: *Was geschieht, wenn ich die Hand an den Rücken lege?*

Kl: *Ich bin wieder anwesend . Jetzt bin ich wieder mehr bei mir.*

Th: *Schildern Sie mir, was jetzt gerade geschieht?*

KL: *Ich möchte mich gegen die Hand bewegen, am liebsten ein wenig drücken.
Jetzt fühle ich mich ganz lebendig.
Ich bin überrascht über meine Kraft im Rücken.
Jetzt bin ich nicht mehr so ausgeliefert.*

So könnte ein Dialog über einen Prozess mit der Hand aussehen. Sie ermöglicht eine korrigierende Erfahrung, die mit Kontakt und Lebendigkeit einhergeht.

In diesem Beispiel ist es die Erfahrung des *sich zuwenden dürfen* und *lebendig sein dürfen*. Der pränatale Aspekt wäre hier eine Veränderung vom Skript *nicht gesehen werden* oder *nicht willkommen sein* zum *ich werde angenommen*. Es gab keine Wiederholung der Urszene, sondern eine neue Möglichkeit, ein *re patterning* geschieht. In der Biosynthese geht es nicht immer ums Erleben der realen Situation in der Vergangenheit, sondern manchmal um die Entfaltung von Eigenaktivität. Diese Herangehensweise ist hilfreich im Kontext eines Settings von vierzehntägigen Sitzungen. David Boadella hat dies die Arbeit mit "the deep surface" genannt. Es wird scheinbar mit der Oberfläche gearbeitet, aber es geht um eine tiefgreifende Erfahrung.

Zweite Fallvignette

Ich habe aus einer Therapie zwei aufeinanderfolgende Sitzungen gewählt, bei denen die Arbeit mit der Hand eine wichtige Rolle spielte.

Ein Klient, der vor fünf Jahren zur kurzzeitigen Krisenintervention kam, als er spürte, wie wenig er sich seinem damals zweijährigen Kind zuwenden konnte. Er hatte zur Mutter des Kindes nur kurze Beziehung gehabt. Damals wollte der Klient nur einige Sitzungen. Herr V. arbeitet als manueller Therapeut. Er ist sehr erfolgreich, aber er in seinem Privatleben einsam. Er sagt: „ich überlebe bloß“. Er schildert, dass er sich nicht auf andere einlassen, sobald Beziehungsangebote kommen, muss er sie begrenzen und oberflächlich halten. Er wurde von einer Mutter geboren, die wegen einer Psychose während der Schwangerschaft Psychopharmaka nehmen musste. Er war ungewollt und wurde nach der Geburt zur Adoption freigegeben.

Der Klient ist von kräftiger Statur, wirkt vom Gesichtsausdruck zurückgezogen mit flüchtig fragendem Augenkontakt, wie wenn er im sich Abwenden doch hinschaut. Er spricht von Szenen, in denen immer wieder von anderen Kontakt angeboten wird, er dann aber zurück schreckt und Ausflüchte sucht. Ich frage, ob er etwas über diesen Rückzug auf der Ebene des Körpererlebens berichten kann. Er sagt, nachdem er länger im Sitzen in einen Wahrnehmungsprozess gegangen ist: Ich bin dann auch im Körper auf Rückzug, es ist wie ein „nicht mehr dasein“. Mein Kopf spricht, aber ich fühle nichts. In dem Moment gibt es im Rücken eine Art ausweichende Bewegung. Bei Th 10 habe ich oft einen starken Schmerz, sagt er, der ist jetzt auch wieder da. Ich biete ihm an, eine Hand an diese Stelle zu legen. Wir erforschen gemeinsam, wie er den Kontakt zur Hand gestalten möchte. Er möchte einen sehr starken Halt von der Hand. Kaum ist der Halt da, kommt die Ambivalenz. Genauso wie in seinem Alltag. Er entscheidet sich, der Tendenz zur Rückzug bzw. die Vermeidung zu widerstehen. „Ich wage mal, in Kontakt zu gehen“ sagt er.

Es entsteht eine längere Stille. Meine Hand habe ich bequem zwischen Sessellehne, Fell und seinem Rücken platziert. Ich sage ihm, dass ich es mir so bequem mache, dass es für mich gut geht. Das ist eine wichtige Voraussetzung für diese Arbeit, sonst kann sich der Klient nicht richtig einlassen. Er braucht die Sicherheit, dass es mir als Behandlerin gut geht. Sonst könnte in ihm das Gefühl entstehen, dass er zur Last für mich werden könnte, wie damals als pränatales Wesen. Nach einer gewissen Zeit gibt es eine feine Bewegung, es geht eine Weile um Kontakt und Rückzug auf einer feineren Gewebe-Ebene, dann dockt er an. Unsere gemeinsame Vereinbarung ist: ich nehme die Hand erst dann weg, wenn er das Ende dieses Prozesses für sich stimmig erlebt. Die Atmung vertieft sich, eine gewisse Zuversicht entsteht, dass er diesen Kontakt erleben und halten kann. Es gibt in dieser Sequenz viele weitere wichtige Elemente, deren Beschreibung in diesem Kontext zu viel Raum einnehmen würde. Am Ende der Stunde arbeiten wir in mit der „passenden“ Trennung von Hand und Rücken.

Er sagt, dass er die Hand vom Körperempfinden her „mitnimmt“. Sie ist noch vorhanden, als ich die Hand schon längst gelöst habe. Er wirkt zufrieden und ist stolz, dass er seine Rückzugstendenz überwunden hat und ein so gute Erfahrung mit dem „Dran bleiben“ gemacht hat.

Zweite Sitzung: Der Klient berichtet, dass er tiefe Eindrücke von der Sitzung mitgenommen hat. Er will in dieser Stunde wieder mit der Hand am Rücken arbeiten. Es entsteht eine tiefe Regression. Kleine Bewegungen im Körper entstehen. Es wird sehr ruhig im Raum. Ich habe den Eindruck, meine Hand ist zur Plazenta geworden. Es fühlt sich an, wie wenn er sich Nahrung holt. Dann kommt wieder die Ambivalenz zwischen „aufgeben und bleiben“. Es gibt Bewegungen mit hinwenden, und abwenden in seiner WS, er fühlt sich "allein im Weltraum“. Aber er erlebt auch die Hand als sicher, erlebt, dass er angebunden ist und nicht verloren geht. Er fühlt sich, wie er sagt „sehr ernst“. Auch ich erlebe diese ernste Stimmung. Es ist ähnlich wie in einer Bindungsanalysesitzung, wenn ein vorgeburtliches Baby mit der Mutter kommuniziert. Mein Klient erlebt sich als das ernste Kind, welches erkennt, welche Bedingungen es hat. „Es ist, wie es ist.“, sagt er. Ja, so erlebe ich es auch. Es geht um ein anerkennen, dass es nun mal nicht zu ändern ist. Diese Mutter wollte ihn nicht. Er erlebt die Frage nach dem Recht zu sein, er fühlt erneut die Ambivalenz zwischen Rückzug und Bleiben. Er spürt die Hand, die bleibt. Eine korrigierende Erfahrung geschieht.

Er sagt dann: es ist hell und ich bin draussen. Er spürt Mundbewegungen, ein suchen. Ich sage, er könne ja seine Hand nehmen, um sie in den Mund zu stecken. Er wurde direkt weggenommen von der Mutter, er wurde nicht gestillt, sondern bekam die Flasche. Es geschieht Anbindung. Er nuckelt eine Weile an seiner Hand, fühlt „Leben“ und kleine krallende Bewegungen in den Füßen, die auf einem weichen Fell stehen. Er lacht. Dann ist auch Traurigkeit da, aber es ist noch zu früh, sie zuzulassen. Ich frage, was die Augen wollen, die die ganz Zeit geschlossen sind: zaghaftes blinzeln, zaghafte kleine Augenblicke, dann entsteht ein Bonding mit den Augen. Ich begegne seinen suchenden Augen. Aus Seminaren mit vorgeburtlichen Themen kenne ich diese sehr beeindruckende Sequenz, bei der es tatsächlich so ist, wie wenn die Augen eines Neugeborenen fragend in die Welt schauen. Ich habe schon mehrfach erlebt, dass sich ein Klient hinterher an diesen nährenden Prozess so erinnert, als hätte er in die Augen der wohlmeinenden Mutter oder Eltern geschaut.

Diese ganze Regression fand im Sitzen statt. Das Sitzen ermöglicht die nötige Kontrolle für den Klienten. In der tiefe geht es natürlich um unerträglichen Mangel. Aber so kann es gelingen, dass Klient und Therapeut von einer erwachsenen Ebene und in der Gegenwart einen Ausschnitt aus der Vergangenheit erforschen. Handkontakt und Stimme sind in der Gegenwart. Ich behalte auch eine empathische „Nüchternheit“, um keine Gefühle zu triggern, die für ihn „zu viel“ sein könnten. Es ist, wie er sagte, ernst, aber es war keine Wiederholung vom „Überleben“, sondern Leben.

Zur kreativen Arbeit mit Gegenständen

Zum Schluss bringe ich noch eine Fallvignette, die noch einen Blick auf diese kreative therapeutische Arbeit mit pränatalen Themen wirft.

Es werden, sehr ähnlich wie im therapeutischen Malen, häufig pränatale Themen dargestellt. Klienten legen einen Uterus, der karg oder gemütlich ist. Dann werden spontan Begleiter wie Kuschtiere ausgewählt und in den Uterus gelegt. Übergänge von einem Zustand in den nächsten werden gelegt, die z.B. an den Vorgang des hatching denken lassen.

Eine Klientin hat so ihre Agoraphobie beschrieben. Sie legte eine kleine Figur, die einen Taucher symbolisierte. Er schwamm in einem riesigen Raum ist und konnte nirgends ankommen.

Die Gegenstände ermöglichen den Klienten, ihre Themen nicht nur zu erzählen, sondern zu sehen und zu fühlen. Es gelingt ihnen, sie sozusagen „dingfest“ zu machen. Sie dienen der Symbolisierung. Gedanken werden sichtbar, Gefühle werden spürbar, Familiensituationen greifbar, alles wird auf den Teppich gelegt. Meistens folgen diesen stillen „Darlegungen“ kreative Impulse zur Veränderung. Etwas Neues, bisher nicht Gewagtes entsteht: sich abgrenzen wollen, jemanden vor die Tür setzen, sich beschützen lassen, eine Enge verlassen oder an einen neuen Ort gehen.

Dritte Fallvignette

Ich habe für die Arbeit mit Gegenständen eine 42-jährige Klientin ausgewählt. Frau A. ist berentet wegen Arbeitsunfähigkeit, Diagnose PTBS. Sie erlebte einen langjährigen Missbrauch durch einen entfernteren Angehörigen. Frau A. hat diverse Male versucht, sich das Leben zu nehmen. Sie war über zwei Jahre in der Psychiatrie. Seit dem 15. Lebensjahr hat sie eine Anorexie, die mehrfach lebensgefährlich für sie war. Sie hat durch schneiden und ritzen überall schwere Narben.

Im Erstgespräch sagte sie: „Ich hasse meinen Körper, er ist fett, ich kann das Leben nur aushalten, wenn ich im Kopf bin. Ich sehne mich danach, körperlos zu sein.“ Jemand hatte ihr empfohlen, bei mir anzurufen, um mehr in Kontakt mit sich zu kommen.

Bisher hat sie 16 Sitzungen in zwei Jahren genommen. Sie hat kein Geld für eine zeitintensivere Arbeit. Es war ihr bisher kein Bedürfnis, mit dem Körper in Kontakt zu kommen, aber sie hat sich bald für die kreative Arbeit mit Gegenständen interessiert. Die Abstraktion und die „Darlegung“ ihrer Lebensgeschichte auf dem Teppich hat sie als „erträglich“ empfunden, besser, als wenn sie sie erzählen muss. Sie hat sich langsam an bedrohlichen Themen angenähert, diese aber mit einem großen Tuch zugedeckt. Das hat sie sehr entlastet. Wenn es ums „aufdecken“ geht, dann wählt sie Aspekte, die für die wenigen positiven Dinge in ihrem Leben stehen. Auch hilft es ihr, das Schreckliche im Alltag, die ständigen Zwangsgedanken und Zwangsrituale zu benennen und ihnen auf dem Teppich „einen Platz ausserhalb ihres Kopfes“ zu geben.

Anfangs war sie noch überzeugt davon, dass es in ihrem Leben nur Qual gibt bzw. selbst die schönen Momente ihr so viel Angst und Erregung machen, dass sie sie lieber nicht hat. Mit einem grünen Ball, der für sie Kraft bedeutet und einem schwarzen Ball, der ihren Geist symbolisiert, fand sie das erste Mal einen ruhigen Moment in der Therapie. Sie trägt die Bälle mit sich. Wir begannen behutsam, weitere kleine Lichtblicke zu suchen.

Sie entwickelt Bilder mit kleinen „freien Zonen“ in ihrem Gehirn, die nicht von Zwangsgedanken okkupiert werden. Sie legt ihr inneres Gefängnis auf den Boden und traut sich, eine Tür für einen möglichen Ausgang zu legen. Diese berührende Vorstellung, das es doch eine Tür geben könnte, hat sie bisher nicht für möglich gehalten. Sie legt ihr Familiensystem und hat überraschende Einsichten in die katastrophale Situation ihrer Eltern vor ihrer Zeugung. Die transgenerationalen Bedingungen geben ihr ein gewisses Verständnis für die mangelnden Fähigkeiten ihrer Eltern. Sie hat sich inzwischen mit der dementen Mutter versöhnen können und nimmt gerne ihre Hand, wenn sie sie besucht. Sie kann nun erstmals Körperkontakt zur Mutter zulassen und dies als angenehm erleben.

Sie hat auch eine freundschaftliche Beziehung zu einer Frau aufgebaut, die zwar anstrengend und auch ambivalent ist, aber trotzdem ein Fortschritt bedeutet. Sie kommt gerne zu mir. Sie versucht seit fast zwei Jahren eine Bezahlung ihrer Therapie vom Fond für Missbrauchsopfer zu bekommen, ist aber immer noch auf der Warteliste.

Schlussbemerkung

Ich hoffe, ich konnte zeigen, dass auch im Kontext von vierzehntägigen oder noch selteneren Sitzungen, Klienten eine gute Bindung aufbauen können und sich erfolgreich auf eine Therapie einlassen können.