

Angelika Korp: Berührung in der Körperpsychotherapie

"The piano has been drinkin'... not me!" Aus irgendeinem, mir zunächst unerklärlichen Grund fiel mir diese Zeile aus einem sehr heftigen Tom Waits- Song ein, als ich begann, mich auf diesen Text gedanklich einzustellen. Ich fand diesen Einfall eigenartig, versuchte dann aber aus lauter Neugierde, der Spur nachzugehen: Da kommt ein betrunkenener Zecher nach Hause und hat natürlich Schiß vor seiner Frau, das ist die mit dem Nudelholz. Im Morgengrauen versucht er, auf leisen Sohlen unbemerkt zur Haustür hineinzukommen - aber da steht sie schon, wie immer, er ist auf frischer Tat ertappt.... Also muß das Klavier herhalten: "Das Klavier hat gesoffen - nicht ich..." bringt er als Rettungsversuch hervor.

Soweit diese Episode, die etwas in mir ansprach, was ich nicht benennen konnte. Ich fragte mich also: Könnte es einen Zusammenhang geben zwischen der Szene mit der so grandiosen Ausrede und dem von mir gewählten Thema?

Eine Verbindung sprang mir natürlich sofort ins Auge: In dem Song von Tom Waits geht es um Beziehung, Beziehung zu sich selbst und zu anderen. Es geht um eine konfliktreiche Beziehung und das ist in der Therapie nicht anders. Da gibt es auch mindestens zwei, die ihr Feld miteinander und aneinander gestalten: als Tanz, manchmal als Kampf oder als Reibung, um nur einige Merkmale zu nennen.

Ein anderer, viel drastischerer Aspekt fiel mir auf: Sie ist schuld. Weil sie immer das Nudelholz in der Hand hat, mußte das Klavier das Saufen lernen. Das Klavier hat mich angesteckt, es hat mich verführt... Ich konnte nicht

anders...

Das kennen wir gut aus unserer Arbeit. Die klassische Täter - Opfer - Geschichte. Weil sie mich enttäuscht hat, muß ich in den Sumpf, in die Vorhölle, ins Fegefeuer - oder aber in die Therapie. Im Verständnis des Songs wäre Therapie dann die Situation, in der die Wunden endlich ordentlich geleckt würden - von einem mitfühlenden Therapeuten, von einem, der für Wiedergutmachung zuständig ist.

Ich fand diese Assoziationen allesamt ein bißchen schlicht und natürlich auch sehr negativ als ersten Bestimmungsversuch von Therapie, aber trotzdem ließ mich da etwas aufhorchen. Etwas, das mit meinen Erfahrungen als Therapeutin für Körperpsychotherapie zu tun hat und zwar nicht unbedingt mit den Sonnenseiten meiner Tätigkeit. "Du bist die Therapeutin... mach weg..." fiel mir ein. Ich dachte an etliche Erstgespräche mit Patientinnen und Patienten, in denen "Mangel" und "Bedürftigkeit" im Mittelpunkt gestanden hatten, verbunden mit der Hoffnung, daß in der Therapie lebensgeschichtlich erfahrene Defizite an Wärme, Zuneigung, Nähe, Verständnis usw. durch Körperarbeit aufgehoben und ausgeglichen werden könnten.

Plötzlich war mir klar: In diesem Sinne habe ich immer offensiv versucht, eine ent - täuschende Therapeutin zu sein. Und zu dieser Entdeckung verhalf mir der Song.

Ent - täuschend darf man ja eigentlich nicht sein als Therapeutin und schon gar nicht programmatisch - womit ich bereits das Selbstverständnis des Körperpsychotherapeuten thematisiere.

Ich erinnere mich, als ich mit der therapeutischen Arbeit begann, war ich jedes Mal glücklich, wenn eine Sitzung gut ausgegangen war. Ich hatte Gerda Boyesens Worte in den Ohren vom Happy Ending jeder Stunde und war froh, wenn ein sichtlich zufriedener Patient meine Praxis verließ. Die Bedürfnisse des Patienten erkennen und mit den Bedürfnissen zu gehen, war das Gebot der Stunde - meine Aufgabe bestand darin, herauszufinden, wie ich eine Brücke herstellen konnte zwischen erlittenem Mangel und dem Auffüllen der leeren Tanks. Ohne es zu merken, befand ich mich in der Rolle einer Bediensteten, die Gelüste und Launen der Herrschaften möglichst diskret herauszufinden hat und Wünsche von den Augen ablesen kann. Wiedergutmachung hieß das Konzept unausgesprochen. Ich hielt meine Haltung für Empathie, für Mitgefühl. Ich gab biodynamische Massagen, wurde immer genauer in der Wahrnehmung des körperlichen Ausdrucks von Mangel und Bedürftigkeit, ich ließ mir beschreiben, wie sich der jeweils akut erlebte Mangel anfühlt, um daraus Ideen zu entwickeln, welche Art von Berührung und körperlicher Intervention jetzt gerade passend sei, um das erlebte Dilemma zu beheben. Denn darum ging es mir. Meine Intention war: Linderung oder wenn möglich, Behebung der Symptome durch Berührung, Berührung war für mich selbstverständlich.

Ich sah Berührung a priori als heilend an, als belebend, beruhigend, den eigenen inneren Prozeß fördernd - was auch immer "der Prozeß" auch war. Es galt das Vertrauen darauf, daß das, was unter der Oberfläche schwelt,

sich seinen eigenen Weg bahnen werde und in diesem Zusammenhang war Berührung gut per se.

Nagende Zweifel stellten sich trotzdem ein. Ich fütterte und fütterte und machte dennoch die Erfahrung: Nicht gut genug, nicht genug, genau am Bedürfnis vorbei, den Mangel nie füllen, immer noch nicht genug, nie genug... Ich hatte mein Werkzeug als Therapeutin für biodynamische Körperpsychotherapie zu verfeinern gelernt - allerdings gab es einen hohen Preis dafür: Ich steigerte meine Ansprüche an wahrnehmbare Therapieergebnisse - ich ließ mich von den Erwartungen der Patienten an die Therapie binden, indem ich davon ausging, daß verdrängte Affekte sich sofort offenbaren würden, wenn nur das spezifische Defizit aufgedeckt und genügend Nahrung nachgereicht würde. Ich nahm selbstverständlich an, daß direkte körperliche Berührung automatisch verdrängte Affekte zum Vorschein brächte.

Dem war nicht so. Es dauerte, bis ich begriff, daß ich mich mit dieser Haltung zur Komplizin der Verdrängungsfähigkeiten der Patienten machte. Durch gut - mütterliche Nachfütterung half ich, die Konfrontation mit gefühltem Mangel zu verdecken. Ohne es zu wollen, unterstützte ich unbewußt die Aussparung dieser Erfahrung: Wie fühlt sich der jeweils spezifische Mangel an? Welche spezifischen Bedürfnisse in der frühen Kindheit wurden frustriert? Und wie zeigt sich dieser Mangel dem erwachsenen Patienten heute? Wie und woran erlebt er ihn?

Immer wieder sehr erhellend in diesem Zusammenhang kann die Frage sein, wozu etwas, als negativ Erlebtes gut sein könnte, so auch zum Beispiel Mangel. Eines lernte ich immer mehr zu schätzen: Die stabilisierende Seite

dessen, was als leidvoll empfunden wird, verdient Würdigung für sich selbst. Wenn ich mich dem widme, was nicht war und nicht ist, muß ich

mich nicht mit dem beschäftigen, was stattdessen sein könnte. So bin ich stabil mit dem Mangel beschäftigt. Den Mangel aber als das zu erleben, was er ist, nämlich als Mangel, das bietet dem Patienten die Chance in Kontakt zu kommen mit dem, was er heute als defizitär erlebt und was entwicklungsgeschichtlich defizitär war. Wenn ich als Therapeutin zu schnell dafür Sorge, daß die Kontaktaufnahme mit defizitären Affekten durch beruhigende Berührung beschwichtigt wird, helfe ich unter Umständen zu verhindern, daß der Patient **erlebt**, was **nicht** geht, helfe ich zu verhindern, daß er **spürt**, was er **nicht** bekommen hat. Ich stelle mich damit als Therapeut der Anerkennung dessen, was **nicht** war, in den Weg und damit auch der Anerkennung dessen, was da ist und was trotz aller Defizite möglich wäre. Erst wenn ich erlebe, was nicht geht, und das anerkannt bekomme und selber anzuerkennen lerne, dann habe ich die Chance, mich mit dem zu entwickeln was wirklich da ist. Erst dann habe ich die Chance, aus dem negativen Selbstentwurf herauszutreten und nicht einfach die Umkehrung dieses Konzeptes zu betreiben. Der Streß, wie ich mich gefälligst im Rahmen von Therapie zu entwickeln hätte, wenn das, was ich als Mangel erlebe, erfolgreich behoben werden könnte, würde umschlagen in mehr Empathie für sich selbst, in das Anerkennen der eigenen Geschichte und des eigenen Erlebens.

Womit ich beim Selbstbild des Patienten wäre. Wir alle wissen, daß es viele Gründe gibt, eine Therapie zu beginnen, Lebenskrisen können Auslöser sein, ebenso psychosomatische Symptome. Patienten mit psychosomatischen Symptomen haben in der Regel schon Etliches

versucht, um ihr Leiden zu mildern. Es gibt Patienten, die an der Art ihrer Streßbewältigung besonders leiden und Wege raus aus der Wiederholungsschleife suchen. Wir alle kennen die Situation von Erstgesprächen, wo ein behutsamer Einstieg in Möglichkeiten der Therapie gesucht wird. Diese Patienten haben sich auf den Weg gemacht zu jemand, der Körperpsychotherapie anbietet. Die Vorstellungen, was das sein könnte, gehen oft sehr auseinander. Ich habe festgestellt, daß die meisten Menschen sich unter Körperpsychotherapie etwas fast Magisches vorstellen: Da wird man berührt, am besten im Liegen, dann kommen Gefühle hoch, diese Gefühle weisen den Weg raus, sie zeigen sich, sie verlangen nach Integration, Veränderung, Heilung ist nahe. Magisches und mythisches Denken sind sich in diesem Sinne nicht fremd. Mythisches Denken ist verbunden mit Denken jenseits von Geschichte. Da ist was, was immer so war und immer so sein wird. Da muß nicht mehr differenziert werden, um welche Schicht oder Ebene es sich handelt oder wie ein Problem oder Thema eingebunden ist in die eigene Geschichte und auch in kulturelle Identität.

Die Kehrseite solcher Vorstellungen von "Heilung" oder wie es auch oft heißt "Ganzwerdung" ist häufig geprägt von ausgesprochen negativen Selbstwert - Einschätzungen. Nicht liebesfähig sein, nicht hingabefähig, nicht offen, nicht aufnahmefähig sein, überhaupt, "noch nicht so weit sein..."

Wenn ich solchen Selbstbeschreibungen begegne, überfällt mich oft ein tiefes Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Rekorde, Rekorde, Rekorde - die Maßstäbe von Körperpsychotherapie können so zu neuem Terror werden. Der Zwang zum Fühlen - Müssen, der Zwang, sich verändern zu müssen, der Zwang, in einer bestimmten Art sein zu sollen, von der man sich

wahrscheinlich sehr weit entfernt outet, - dies alles bestimmt und überschattet den Raum zwischen Patient und Therapeut bevor die Therapie überhaupt begonnen hat.

Welche Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Berührung in der Körperpsychotherapie? Wenn ich als Therapeut nicht einfach erlebten Mangel durch Nachlieferung von "guter" Nahrung - sprich: direkte körperliche Berührung - ausgleichen will, wenn ich als Therapeut nicht zum Bedürfniserfüller des Patienten werden möchte, wenn ich als Therapeut nicht meinem eigenen Helfersyndrom aufsitze, indem ich dem Patienten nur "Gutes tun will - also unbewußt den Patienten für meine eigene Bedürfniserfüllung gebrauche, wenn ich als Therapeut auch nicht davon ausgehe, daß Berührung per se gut ist, dann muß ich mich fragen: Welchen Anlaß gibt es denn überhaupt im Rahmen von Körperpsychotherapie, jemand zu berühren? Also die Frage nach dem Wann. Ebenso muß ich mich fragen: Warum berühre ich? Und dann muß ich mich damit auseinandersetzen, was ich berühre, wenn ich berühre und wen ich berühre, wenn ich berühre. Meine Intention muß mir klar sein: Wodurch fühle ich mich eingeladen zu einer derartigen Intimität, die Berührung ja immer ist. Wenn ich jemand berühre, befinde ich mich in der Kette all derjenigen, die diesen Menschen im Laufe seines Lebens berührt haben. Meine Berührung wird also auch in diesem Zusammenhang Gefühle und Erinnerungen auslösen.

Wenn ich berühre, gehe ich in vielerlei Hinsicht über die Grenze des anderen. Was und worauf treffe ich auf der anderen Seite? Ist überhaupt jemand zu Hause oder ist das Haus fluchtartig bei meinem Eintreten

verlassen worden, befinden wir uns also eher auf der Ebene des Therapie - Spiels? Das geht zum Beispiel so: Der Patient muß dankbar sein, weil der Therapeut ihm Gutes tut, wäre eine mögliche Regel des Spiels. Oder aber: Der Therapeut meint es gut mit dem Patienten, aber der Patient "ist noch nicht so weit", die ganze Qualität des Kontaktes zu nehmen, die durch Berührung angeboten wird. Das wäre eine andere Art Spielregel. Was passiert eigentlich, wenn sich jemand in die Hände eines anderen begibt?

Im Laufe meiner Arbeit haben sich eine Menge Fragen angehäuft zum Thema Berührung. Die Selbstverständlichkeit, die mir zu Beginn meines Therapeutinnendaseins zur Verfügung stand, ist längst einer großen Zurückhaltung gewichen. Heute interessiert mich der Raum zwischen Patient und Therapeut am meisten. Der Beziehungsaspekt ist mittlerweile ins Zentrum meiner Arbeit gerückt. Und ich habe festgestellt, daß es in diesem Rahmen viele Möglichkeiten der Berührung gibt, ohne den Patienten tatsächlich anzufassen. Berühren hat zu tun mit Dimensionen von "Rühren" aber auch von "Aufruhr". Berühren hat mit bewegen zu tun. Berühren braucht mindestens zwei. Da geht etwas hin und her. Da dehnt sich etwas aus oder da zieht sich etwas zusammen, deshalb ist Berührung immer räumlich. Es gibt so etwas wie den Raum der Berührung. Dieser Raum ist hat kein Ziel. Er ist zunächst mit nichts gefüllt, und es ist auch nicht klar, womit er sich füllen wird. Der produktive "leere Raum", der nicht um seine Bestimmung weiß, ist Teil der Voraussetzung für Kontakt und damit für die Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Wie muß dieser Raum beschaffen sein, daß er einlädt zu einer Begegnung mit sich selbst und mit dem anderen? Meine Vorstellungen darüber gehen in Richtung "Raum des Gewährens", "Raum des Nichtstuns", "Raum, der sich selbst

genießen darf", "Raum für Dasein". In diesem Raum kann Berührung stattfinden auch über Entfernung, zum Beispiel über Augenkontakt. Die Stimme kann berühren, indem sie den Raum zwischen Therapeut und Patient überbrückt. Durch einfache Präsenz ist Berührung möglich, ohne daß ein einziges Wort gesprochen würde. Präsenz, Augen, Stimme, Worte sind Kanäle des Kontaktes. Wann welcher Kontaktkanal aktiviert wird, hängt vom jeweiligen Kontext und vom Thema ab. Berührung jenseits von Kontext und Thema steht meiner Meinung nach auf tönernen Füßen. Zu vorschnelle Berührung könnte eventuell das "Ich kann nicht" ... - z.B. "fühlen" verdecken helfen. Dann wäre ich als Therapeutin plötzlich in der Position der Person, die verspräche, Last abnehmen zu können oder Defizite beheben zu können, weil sie über die "richtige" Nahrung verfügt.

Berührung findet in der Zeit statt. Der Zeitaspekt hat viel mit Quantität und Qualität zu tun. Oft ist weniger mehr, Ich nehme als Therapeut Kontakt auf zum Patienten. Aus der Eröffnungssituation der Sitzung ergibt sich, wie wir arbeiten werden. Wenn sich daraus eine direkte Berührung ergibt, ist es wichtig für mich, immer wieder die Qualität der Berührung zum Thema zu machen. Wie fühlt sich das an, was gerade geschieht? Was löst die Berührung an Phantasien, Erinnerungen und Wünschen aus? Zum Beispiel, wenn ein Patient immer berührt werden will, wie gehe ich damit um? Ich werde versuchen, diesen Wunsch möglichst produktiv zu frustrieren. Mit "produktiv frustrieren" meine ich, daß ich wieder und wieder - und da spielt der Zeitaspekt eine große Rolle - den Wunsch anerkennen werde. Ich werde anerkennen, daß es diesen Hunger gibt und daß vom Berührt - Werden Rettung erwartet wird, und auch, daß von nichts anderem als Berührt - Werden diese Rettung erwartet wird. Aber ich werde wahrscheinlich gerade diesen Patienten eher nicht direkt

berühren oder nur ausgesprochen wohl dosiert. Ich werde mit einem solchen Patienten aber ausgiebigst die Phantasien über Berührung und Berührt - Werden erforschen. Wie könnte sich das gestalten, genug zu bekommen, wie sähe "genug" aus? Wie fühlte sich "genug" an? Welche Farbe hat "genug", welchen Geschmack?

Ich habe Patienten, die im Erstgespräch die Wichtigkeit von Berührung und Berührt - Werden sehr hervorhoben, bei denen aber im Laufe der Therapie vor allem Ambivalenz dem Berührt - Werden gegenüber auftrat. Der Wunsch, über Berührung "ganz" zu werden überlagerte die Abwehr von Berührung. Erst der Raum für "nichts ist richtig" brachte das Thema ans Tageslicht. Viel wichtiger für diese Patienten ist es, Gefühle und Zustände wie Ekel oder Angst vor Berührung und Berührt - Werden ausdrücken zu dürfen. Wirklich den Raum von "ich bin unnahbar" betreten und erforschen zu dürfen. Sich zu erleben als jemand, der Unterstützung annimmt in dem, was nicht geht. Sich nicht immer nur als bedürftig sehen zu müssen, Nähe verweigern zu dürfen und darin anerkannt zu werden. In dem Sinn ist auch die Auseinandersetzung mit Nicht - Berührung ein Weg, mit eigenen Affekten in Kontakt zu kommen und damit wieder bei Selbst - Berührung zu landen.

Die Beschäftigung mit Nicht - Berührt - Werden - Wollen ist mittlerweile in meiner Arbeit ähnlich wichtig geworden, wie die Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach Berührung. Genau so wie es den frühkindlich erlebten Mangel an Berührt - Werden gibt, existiert das Zu - Viel an Berührt - Worden - Sein. Als meine jetzt achtjährige Tochter geboren wurde, bekam ich von wohlmeinenden Freundinnen allerlei Lektüre zum Umgang mit

Neugeborenen geschenkt. Ich stolperte über Ratschläge wie: 'Hauptsache das Kind ist immer direkt am Körper der Mutter bzw. der Bezugsperson', Überall - lautete ein anderer Ratschlag - ließe sich schließlich schnell ein Lager für das Kind aufschlagen - Hauptsache es sei dabei. Hier traf ich auf die Kehrseite dessen, worauf sich unsere Mütter immer bezogen haben: Das Baby schreien lassen, sonst wird es verwöhnt, irgendwann gewöhnt es sich schon an seinen Rhythmus. Als Eltern entdeckten mein Mann und ich sehr schnell, wie wichtig es für alle Beteiligten ist, dem Baby für "unabhängiges Wohlbefinden" eigenen Raum zu geben.

Was aber ist mit Patienten, die ein Zu - Viel an Berührung erlebt haben, die kein Hin und Her erfahren haben zwischen Halt bekommen, gutem nährenden Körperkontakt und der Möglichkeit zufrieden mit sich allein zu sein, wenn alle Bedürfnisse gestillt worden sind? Patienten, die erlebt haben, ständig von ihren narzißtischen Bezugspersonen überwältigt zu werden oder hauptsächlich als deren körperliche und seelische Verlängerung zu existieren gelernt haben, haben große Probleme in der Grenzziehung zwischen sich und anderen. Für solche Patienten ist Berührung meist höchst ambivalent, weil sie das Berührt - Werden erlebt haben als zu viel - was das Ausmaß angeht - und zu wenig - was die Qualität angeht. Hier geht es darum, gemeinsam den Zwischenraum zwischen zu viel und zu wenig zu erforschen. Das heißt unter anderem, daß jede Berührung als Aspekt der Beziehung zum Thema wird. In diesem Zusammenhang ist das "Nein" zum direkten Berührt - Werden von ausgesprochener Wichtigkeit. Die Abwehr von Berührung ist hier zu sehen als Entwicklungsschritt analog zum "Nein" und "ich kann allein" in der Trotzphase oder in der Pubertät. Die

Anerkennung der eigenen Körpergrenzen unterstützt die Anerkennung der Entwicklung von Autonomie. Der Patient braucht den Therapeuten nicht mehr dazu, um über dessen Berührungen überhaupt seines eigenen Körpers gewahr zu werden. Die Entdeckung, jenseits vom Körper der Mutter existieren zu dürfen und existieren zu können ist entwicklungsgeschichtlich ein zentraler Schritt in Richtung Autonomie, zentral für das Grundrecht auf "eigen" sein. Wenn sich ein Patient in dieser Entwicklung befindet, könnte die Berührung durch den Therapeuten schnell als Übergriff und Infragestellung autonomer Bewegung verstanden werden. Direkte körperliche Berührung könnte in diesem Zusammenhang dazu führen, daß sich der Patient klein und bedürftig gemacht fühlt, daß er nur in Regression nah sein darf und nicht auf Augenhöhe und mit selbstbestimmtem Abstand zum Therapeuten. Hier wird der Therapeut eher als jemand gefragt, der Abwehr und Abgrenzung differenziert, der das "Nein" versteht und unterstützt als Entwicklungsschritt Richtung Grenzziehung durch den Patienten und der das Nein nicht als Abwehr gegen Berührung interpretiert.

Die Bewegung weg von der Mutter - die selbstbestimmte Wiederannäherung, die Bewegung weg vom Therapeuten, die selbstbestimmte Definition dieses Verhältnisses durch den Patienten - diese Thematik ist meiner Meinung nach nur über ein erweitertes Verständnis dessen, was Berührung in der Körperpsychotherapie sein könnte, zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist die Differenzierung des Berührungsaktes selbst in den Mittelpunkt zu stellen. In welchem Zusammenhang wird berührt und wie wird berührt? Wer berührt überhaupt wen? Was wird berührt? Wie reagiert der Patient auf die verschiedenen Qualitäten von Berührung? Wie entwickelt er

Ausdrucksformen dessen, was er braucht und was er nicht braucht? Und wie läßt sich das therapeutisch unterstützen? Womit berühre ich - mit Worten, mit meinen Händen, mit meiner Präsenz oder wie sonst? In welchem Kontext steht die Berührung selbst? Wie ist das Verhältnis von

Berührung und Regression

Berührung und Abwehr

Berührung und Autonomie

Berührung und Belebung

Berührung und Beruhigung

Berührung und Selbstkontakt

Wie ist das Verhältnis von Berührung und Kontakt nach außen, Verbindung zum anderen, Beziehung zur Welt?

Wenn man davon ausgeht, daß Berührung für die frühkindliche Entwicklung eine zentrale Rolle spielt, kann man auch daraus schließen, daß dieses

Thema jedem von uns lebenslanglich erhalten bleibt. Die Frage ist, ob es bei Störungen dieses Feldes überhaupt die Möglichkeit gibt, den Mangel nachträglich zu heilen oder ob es in der Therapie nicht eher "nur" darum

gehen kann, die Komplexität über ausgebliebene oder überwältigende Berührungen in der frühen Kindheit mit Empathie begreifen und anerkennen zu lernen. Die Frage bleibt: Wie erschließen wir uns über die

Auseinandersetzung mit unseren Erfahrungen mit Berührung Lebensqualität?

Nur eine Berührung, die die Seele oder das Herz berührt, schafft Vertrauen. Die Dimension von "Lebensqualität" ist nur dann im Spiel, wenn die therapeutische Berührung Respekt vor dem "Ist" - Zustand des Patienten ausdrückt.

Berührung kann Halt geben und für Containment sorgen, Berührung kann Wärme und Liebe vermitteln. Berührung kann zu tieferem Selbstkontakt und damit Kontakt zur Welt verhelfen. Berührung wird gestaltet von Fähigkeiten des Innehaltens und des Sich - Zentrierens, des Bei - Sich - Seins. Berührung braucht Durchlässigkeit, die Fähigkeit Grenzen wahrzunehmen und Grenzen zu setzen, Berührung ist die Kunst der Annäherung.

Ich selber arbeite mit Patienten im Liegen, im Sitzen, im Stehen und in allen Zwischenzuständen der Aufrichtung. Ich arbeite mit Nähe und Distanz. Ich arbeite mit Sprechen und Schweigen und vor allem arbeite ich mit dem Hier und Jetzt. Die Beziehung zum Patienten im Jetzt ist mein Anker durch die gesamte Therapie. Ich weiß nicht mehr als der Patient, ich bin immer gemeinsam mit dem Patienten auf der Suche nach dem, was sich momentan als Ressource anfühlt oder was als Blockade im Weg sein könnte. Ich verstehe mich als Brückenbauerin zwischen Ressource und Blockade. Ob ich dabei den Patienten direkt berühre oder die Berührung und der Kontakt anders entsteht, ergibt sich immer aus der Situation, Mein Verfahren ist induktiv. Ich weiß am Anfang der Sitzung nie, wie das Ende aussehen wird und wie und wodurch wir uns fortbewegen werden. Ich weiß nie, ob es überhaupt ein "Weiter" geben wird. Ich lasse mich dabei von Neugierde, detektivischem Spürsinn, Lust auf Fremdes und vor allem immer wieder von Empathie leiten. Empathie in dem Sinne, daß ich versuche, mit allen mir zur Verfügung stehenden Sinnen die Essenz des Patienten zu verstehen. Mit Essenz meine ich, das, was für den Patienten wahr ist. Ich bemühe mich, ihm Raum dafür zu geben, so zu sein, wie er ist. Eine Bewegung, die nicht nur im Kopf stattfindet, sondern vor allem im Herzen. Dann ist sogar nachzuvollziehen, daß das Klavier gesoffen hat und nicht ich.

Anmerkung:

Dieser Text war ursprünglich ein Vortrag, den ich auf der 6. GBP – Fachtagung in Stellshagen gehalten habe. Er wurde als Vortrag fachintern veröffentlicht in „Nur wer sich ändert, bleibt sich treu“ Beiträge der 6. Fachtagung der Gesellschaft für Biodynamische Psychologie / Körperpsychotherapie (GBP e.V.) in Stellshagen, 19 – 23. September 2001.

Autorenbiographie:

Angelika Korp, M.A., Studium der Literatur- und Geisteswissenschaften, Autorin, Hörspiel- und Theaterarbeit, Performance- und Installationskunst, Musikmoderation, 10jährige Lehrtätigkeit an der Universität Hildesheim, Heilpraktikerin, arbeitet als Therapeutin in freier Praxis in Berlin, Ausbildungen: Biodynamische Körperpsychotherapie (E.S.B.P.E.), Transformative Körperpsychotherapie, Craniosacrale Therapie, Biosynthese (am Internationalen Institut für Biosynthese IIBS, Heiden bei Dr. David Boadella und Dr. Silvia Specht – Boadella)