

# PSYCHOANALYSE & KÖRPER

---

Herausgegeben von Peter Geißler

---



Psychosozial-Verlag

[www.a-k-p.at](http://www.a-k-p.at)





## **Weiterbildung mit Zertifikatsabschluss Therapeut\*in für Konzentrierte Bewegungstherapie KBT**

Die Konzentrierte Bewegungstherapie KBT ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, bei der Wahrnehmen und Bewegung als Grundlage des Denkens, Fühlens und Handelns diagnostisch und therapeutisch genutzt werden.

Seit über 40 Jahren gehört KBT zum Therapieprogramm psychosomatischer Kliniken.

Die Weiterbildung eignet sich als Zusatzqualifikation für Psycholog\*innen, Pädagog\*innen, Ärzt\*innen, Ergotherapeut\*innen, Physiotherapeut\*innen und andere in Heilhilfsberufen Tätige.

### **Sie lernen in individuellen Schritten, die Sie berufsbegleitend absolvieren:**

- Umfangreiche körpertherapeutische Selbsterfahrung in interdisziplinären Gruppen
- Praxisnah vermittelte Theorie verknüpft körperpsychotherapeutisches Handeln mit aktuellen Erkenntnissen der Säuglings-, Bindungs- und Hirnforschung.
- Eigene Arbeit unter Supervision mit Augenmerk auf die körperliche Gegenübertragung

Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie e.V.

Postfach 910108, 90259 Nürnberg, Tel.: 0911 93277327, Fax: 0911 93277328, info@dakbt.de

**Sie finden weitere Informationen unter [www.dakbt.de](http://www.dakbt.de)**

# Inhalt

Editorial 5

## Interview

Körperorientiert-analytisches Arbeiten mit  
Frühstörungs-PatientInnen? – Ja, das geht! 6  
*Thomas Reinert im Gespräch mit Peter Geißler*

## Hauptbeiträge

»Zu Kräften kommen« 46  
Bewegung mit einer depressiven  
demenzkranken Klientin  
*Daniel Geißler*

Die sogenannte Borderline-Störung  
aus der Perspektive der Polyvagal-Theorie 60  
*Bernd Kuck*

Krise und Katharsis –  
der kranke Körper der Gesellschaft 72  
*Palma Fehér, Ferenc Somogyi & Zoltan Lantos*

## Diskussionsforum

Die schöne »Neue Physik« –  
ein märchenhaftes Missverständnis 93  
Bemerkungen zum Gespräch von Peter Geißler  
mit Brigitte und Thomas Görnitz:  
»Kann die Quantenphysik für die Psychotherapie  
von Bedeutung sein?«  
*Wulf Hübner*

Replik auf Wulf Hübner:  
Die schöne »Neue Physik« –  
ein märchenhaftes Missverständnis 108  
*Thomas Görnitz*

## Rezension

Werner Balzer (2020). *Das Sensorische und die  
Gewalt. Zum Seelenleben im digitalen Zeitalter.*  
Gießen: Psychosozial-Verlag 123  
*Elisabeth Bingel*

Impressum 125



## Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**dg  
pm**  
Deutsche Gesellschaft für  
Psychosomatische Medizin und  
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

DKPM Deutsches Kollegium für  
Psychosomatische Medizin

29. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)  
72. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)



# Psychosomatische Medizin: integrativ denken, kooperativ handeln

22. bis 24. Juni 2022, Berlin

Kongresspräsidentin: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Franziska Geiser, Bonn  
Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Christian Albus, Köln

Hotline: +49 (0) 30 246 032 80  
[www.deutscher-psycho-somatik-kongress.de](http://www.deutscher-psycho-somatik-kongress.de)

# Editorial

Psychoanalyse & Körper, Nr. 40, 21(1), 5

<https://doi.org/10.30820/1610-5087-2022-1-5>

[www.psychosozial-verlag.de/puk](http://www.psychosozial-verlag.de/puk)

Den Schwerpunkt dieses Heftes bildet die Diskussion um die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die man als schwere Persönlichkeitsstörungen oder – in der neuen OP2-2-Terminologie – als gering integriert bezeichnen würde. *Thomas Reinert* berichtet darüber in dem Interview, das ich mit ihm geführt habe, aus eher praktischer Perspektive, *Berndt Kuck* aus eher theoretischer. *Daniel Geißler* zeigt, wie man mit einer Patientin im fortgeschrittenen Alter unter Einbeziehung körperlicher Zugänge ggf. überraschende Therapiefortschritte erreichen kann. *Palma Fehér*, *Ferenc Somogyi* und *Zoltán Lantos* beziehen sich in ihrem gesellschaftskritischen Artikel unter anderem auf die Coronapandemie und schlagen Brücken zwischen Psychotherapie und gesellschaftlichen Folgen von Krisensituationen. Die Diskussion um die allfällige Bedeutung der Quantenmechanik für ein psychotherapeutisches Menschen- und Weltbild sowie eine Buchrezension runden das Heft ab. Ich wünsche anregende Lektüre!

*Peter Geißler*

# Körperorientiert-analytisches Arbeiten mit Frühstörungs-PatientInnen? – Ja, das geht!

Thomas Reinert im Gespräch mit Peter Geißler

Psychoanalyse & Körper, Nr. 40, 21(1), 6–45

<https://doi.org/10.30820/1610-5087-2022-1-6>

[www.psychosozial-verlag.de/puk](http://www.psychosozial-verlag.de/puk)

*Zusammenfassung:* Ausgehend von der Adler'schen Betrachtungsweise des Menschen und seiner Aufforderung folgend, sich vom Patienten führen zu lassen und alle seine (auch nicht-verbalen) »Ausdrucksbewegungen« zu beachten, hat Thomas Reinert in der Therapie von schwergestörten PatientInnen über Jahre hinweg die Erfahrung gemacht, dass hier eine konsequente »ganzheitliche« Haltung zu sehr befriedigenden und schönen Ergebnissen führen kann. Dies möchte der Autor darlegen und auch anhand von Therapieszenen deutlich machen, wie derartige Arbeit ablaufen kann. Dies soll Mut machen, sich auf auch langzeitige und zuweilen sehr mühsame Therapien einzulassen.

*Schlüsselwörter:* Borderline-Persönlichkeit; körperorientierte analytische Therapie; »Organisdialekt«; psychosomatische Reaktion; therapeutische Hierarchie der Betrachtungsweisen; Tiefen-Regression

**Peter Geißler:** Kannst Du mal über Deinen beruflichen Werdegang und insbesondere über die Wege und Erfahrungen, die Dich zu unserer Art der therapeutischen Arbeit hingeführt haben, berichten?

**Thomas Reinert:** Ja, das ist eine etwas komplexe Geschichte, die, wenn man so will, in meiner Kindheit begonnen hat. Lange, bevor ich Medizin studiert habe, hatte ich Gelegenheit, körperlich-seelische Zusammenhänge zu erleben, zum Beispiel anhand eines Vorfalles zu Hause am Mittagstisch mit etwa 15 Jahren: Mein acht Jahre jüngerer Bruder, der durchaus auch gerne Fisch aß, den er aber als »Nesthäkchen« immer von der Mutter zerlegt und von den böartigen »Grätelchen« (von denen es immer hieß, man könne daran ersticken) befreit auf seinen Teller bekam, sollte ab einem bestimmten Tag ein ganz normales Stück Fisch selbst zerlegen, das müsse er jetzt mal lernen. Er erschrak und erklärte, er wolle »heute keinen Fisch«, woraufhin er von der Mutter mehrfach und mit zunehmendem Druck energisch zurechtgewiesen wurde, doch, er solle das jetzt mal machen. Er wurde förmlich immer kleiner auf seinem Platz, war offensichtlich todunglücklich. Plötzlich veränderte sich seine Atmung, er bekam nur noch schlecht Luft, bekam rote Flecken im Gesicht, Lippen und Zunge verdickten sich, kurz: Er hatte

auf der Stelle eine Fischallergie entwickelt. Dieses und andere Erlebnisse ähnlicher Art ließen mich nicht mehr los. Im Studium besuchte ich (freiwillig, das war damals noch keine Pflichtveranstaltung) Psychosomatik-Vorlesungen, in denen ich erfuhr, dass die Forschung beim Versuch der Aufklärung körperlich/seelischer Zusammenhänge damals immer von einer »Organ-Spezifität« ausging und für bestimmte körperliche Erkrankungen (»the holy five«) die entsprechenden, eben spezifischen, seelischen Auslösebedingungen finden wollte, was nur in Ansätzen und dann noch nicht einmal befriedigend gelang. Psychosomatik galt als unbeweisbare, mindestens aber nicht ganz ernst zu nehmende Richtung der Medizin. Mein Interesse blieb, ich entschloss mich, Psychiater und dann, nach dem beeindruckenden Erleben von Melitta Mitscherlich (der ersten Frau von Alexander M.) in der Interaktion mit PatientInnen, auch Psychoanalytiker zu werden. Nach einem kleineren Umweg über ein freudianisches Ausbildungsinstitut, bekam ich Kontakt zu Alfred Adler, las Texte und Bücher von ihm, und lernte dabei eine ganz andere Sichtweise von Psychosomatik kennen: Schon Anfang des Jahrhunderts hatte Adler eine Organspezifität verneint und (auch körperliche) Erkrankung als eine individuelle Reaktion des Betroffenen auf bestimmte subjektiv belastende Situationen erklärt, er schrieb: Das Seelische finde für nicht verbalisierbaren Druck dann eine andere Sprache, nämlich den »Organdialekt«. Da empfand ich, ich war an der richtigen Stelle angekommen: Genau das war zum Beispiel damals bei meinem Bruder passiert! Ich ging in Lehranalyse bei Günter Heisterkamp, von dem ich wusste, dass er damals begann, den Körper in die Therapie einzubeziehen, hatte das große Glück, von ihm, der als Lehranalytiker total »überlaufen« war, angenommen zu werden. Zunächst war in der Analyse vom Körper gar nicht die Rede. Wir saßen uns gegenüber und ich assoziierte vor mich hin, er deutete und kommentierte wie andere Lehranalytiker auch. In einer Stunde knobelte ich an einem Problem, war etwas ärgerlich gestimmt und merkte zunächst gar nicht, dass ich leicht mit dem rechten Fuß aufgestampft hatte. Darauf machte Heisterkamp mich aufmerksam und schlug vor, dass ich dieses Aufstampfen doch wiederholen möge, was ich machte. Er ermunterte mich, das andere Bein hinzuzunehmen. Auch das machte ich. Er ermutigte mich dann zunächst, diese Bewegungen doch mal schneller und heftiger auszuführen, dann meinte er, er könne sich vorstellen, dass es hilfreich sein könne, wenn ich mich jetzt hinlegen würde, ich folgte ihm, lag dann auf einem Matratzenstapel und setzte das Trampeln fort, Heisterkamp unterstützte mich: »Schneller!, Fester!«, ich folgte und merkte plötzlich, dass sich das Trampeln quasi selbstständig machte: Es brach förmlich aus mir heraus, wurde wirklich heftig und dann brach ich unvermittelt in Tränen aus, immer mehr davon liefen mir übers Gesicht, ich gab einen lauten klagenden Ton von mir, nichts davon geschah bewusst. Die Reakti-

on hielt eine Weile so an, dann setzte eine befreite Beruhigung ein, ich konnte tief durchatmen. In der unmittelbaren Folge erlebte ich, dass ich eine Lösung für mein ursprüngliches Problem gefunden hatte. Ich verließ die Sitzung fast genommen, tief bewegt und hatte das beglückende Gefühl, mit einem Schlag verstanden zu haben, was »Psychosomatik« ist. So zu arbeiten wollte ich auch lernen! In der Folge nahm ich an zahlreichen Workshops teil, in der Regel bioenergetischen; es war nicht einfach, meine volle Krankenhaustätigkeit, die analytische Ausbildung und auch noch körpertherapeutische Workshops, die oft mehr als ein ganzes Wochenende einnahmen, mit meinem Leben ja auch noch als Familienvater zu vereinbaren. Auch finanziell war das eine Belastung. Aber: Ich wurde zunehmend versierter in der Einbeziehung des Körpers in meine Therapien, dabei war es auch wichtig, einen Supervisor zu haben, der das selbst auch konnte. Wo es möglich war, suchte ich Seminare und Veranstaltungen mit körpertherapeutischen Inhalten auf.

Während diese Entwicklung noch lief, machte ich meinen »Facharzt für Neurologie und Psychiatrie« und trat dann in einer großen Landeslinik eine Oberarztstellung an, in der Abteilung für »Suchtkrankheiten und Psychotherapie«. Dieses »und Psychotherapie« bedeutete, dass sich bei uns üblicherweise alle die PatientInnen einfanden, die zwar schwer- und schwerstkrank waren, auf klassisch-psychiatrischen Stationen aber nicht zurechtkamen, bzw. meist diese nicht mit ihnen: also die sogenannten »Frühgestörten«, mit schwersten Persönlichkeitsstörungen. Die landeten dann »beim Oberarzt« in der Betreuung. Ich musste mich mit ihnen beschäftigen. Die waren meist äußerst »sperrig«, die Herstellung eines therapeutischen Kontaktes war sehr mühsam. Aber: Es waren ganz offenbar auch schwer leidende Menschen. Mit Medikamenten war da in der Regel nicht so viel zu machen und wenn, war das Ergebnis meist unbefriedigend. Meine analytische Ausbildung ließ mich auch nach der Psychodynamik suchen, die bei ihnen waltete. Ich hatte das Gefühl, ich lernte »bei, mit und an« diesen PatientInnen immer mehr über psychische Gestörtheit und deren Ursachen. Natürlich las ich auch parallel viel über Persönlichkeitsstörungen, zunächst viel vom »Papst«, der damals als Lehrmeister der ganzen Welt für Borderline-Störungen galt, Otto Kernberg. Mit zunehmender Erfahrung merkte ich aber immer mehr, dass seine Beschreibungen dieser Menschen mir nicht passend erschienen. Die beiden von ihm als Ursache benannten inneren Kern-Pathologien der Borderline-PatientInnen, nämlich eine »zu geringe Angsttoleranz« und einen »verstärkten Aggressionstrieb«, die also letztlich diese PatientInnen als defektive Wesen, bei denen etwas »falsch« war, charakterisierten, empfand ich zunehmend meinerseits als »falsch«. Ich hatte als Oberarzt relativ viele Möglichkeiten in der Klinik, Therapien zu gestalten, konnte auch Therapieräume nutzen, was ich im-



mer häufiger machte. In mehrfacher Hinsicht hielt ich mich an Adler, dessen zum Teil sehr einfache und lebensnahe Anweisungen für TherapeutInnen mir sehr eingängig waren. Seine Aufforderung, mit den Augen des Patienten zu sehen, mit seinen Ohren zu hören und mit seinem Herzen zu fühlen, wurde oberste Leitschnur für mein Handeln; und seine Interpretation: Alles, was ein Patient uns zeigt, an verbaler Mitteilung, Handeln und Verhalten, auch Hervorbringungen irgendwelcher Art, ist »Ausdrucksbewegung«, kann zum Verständnis des Menschen herangezogen werden; denn nichts macht ein Mensch nach Adler ohne verborgene Zielsetzung. Ziel ist immer die subjektive und vielleicht nur für den Augenblick geltende Befindlichkeitsverbesserung. Das musste logischerweise dann auch für meine Schwer-PatientInnen gelten. Ich erfuhr von denen auch eine Menge über ihre Lebensgeschichten. Mir war klar, die sind ja nicht »als BorderlinerInnen« auf die Welt gekommen, die Pathologie war also lebensgeschichtlich erworben worden. Und siehe da: Mir wurde die Psychodynamik dieser PatientInnen immer klarer, die waren nicht »innerlich bizarr« strukturiert, sondern (mit Adler): Sie folgten einer »privaten Logik«, waren aber, wenn man sich darauf einließ, verstehbar. Es gab einzelne Autoren, die ich zum Teil zufällig entdeckte, bei denen ich ähnliche Wahrnehmungen fand wie ich sie entdeckte, zum Beispiel Arlene Wolberg (1972), die (noch vor Kernberg [1975, deutsch 1978]) meines Wissens als Erste, bei Borderline-PatientInnen die ihnen real mitgeteilte oder aber meist verborgen wahrgenommene Unerwünschtheit als Zentralthema beschrieben hatte. Wenn ich dieses Grundthema bei diesen Menschen erfasse, bedeutet das zweierlei:

- Die ständig erlebte Frage der Existenzberechtigung steht im Mittelpunkt der gesamten Psychodynamik.
- Die ganze Pathologie ist lebensgeschichtlich sehr früh entstanden, ihre Entstehungsbedingungen sind atmosphärisch und auf der Körperebene (also wörtlich »prä-verbal«) vermittelt und wahrgenommen worden.

Das hieß für mich: Alles auf der verbalen Ebene erfolgende therapeutische Bemühen setzt zu spät an, erreicht nicht die tiefsten und tief-verankerten Empfindungen der betroffenen Menschen.

So begann ich, mit diesen PatientInnen in die modifiziert-analytischen Therapie den Körper einzubeziehen.

**P.G.:** Ich greife zunächst Mal einen der Punkte, die Du ansprichst, heraus. Heutzutage wird viel über Allergien und deren Zunahme diskutiert. Was Du von Deinem Bruder sehr plastisch beschreibst:

Er erschrak und erklärte, er wolle »heute keinen Fisch«, woraufhin er von der Mutter mehrfach und mit zunehmendem Druck energisch zurechtgewiesen

wurde, doch, er solle das jetzt mal machen. Er wurde förmlich immer kleiner auf seinem Platz, war offensichtlich todunglücklich. Plötzlich veränderte sich seine Atmung, er bekam nur noch schlecht Luft, bekam rote Flecken im Gesicht, Lippen und Zunge verdickten sich, kurz: Er hatte auf der Stelle eine Fischallergie entwickelt ...

könnte man doch als Beispiel der szenischen Entwicklung eines allergischen Geschehens betrachten. Hast Du so etwas in Deiner ärztlichen Tätigkeit immer wieder mal erlebt bzw. rekonstruieren können? Ich vermute ja, es wird kaum PatientInnen geben, die sich an die Entwicklung ihrer Allergie in dieser Form unmittelbar erinnern werden!?

**T.R.:** Nun, bei Allergien habe ich das nicht mehr so unmittelbar erlebt, wohl aber so eine direkte »Umwandlung« von Seelischem ins Somatische bei diversen anderen körperlichen Erkrankungen immer wieder. Eine Patientin ist mir da besonders plastisch vor Augen: Da arbeitete ich bereits seit etlichen Jahren auch körpertherapeutisch. Sie war Zwilling gewesen, die Mutter hatte keinen Hehl daraus gemacht, dass sie die Patientin als »überflüssig« empfand und hatte sie auch so behandelt. Der Zwillingbruder wurde immer vorgezogen. Sie bekam als Kleinkind als Einzige in der Familie Tuberkulose (= »Schwindsucht«!) und verbrachte Monate in einer Lungenklinik, ohne dort auch nur einmal seitens der Familie besucht zu werden, ihre Rückkehr nach Hause wurde »zur Kenntnis genommen«. Ihr hauptsächliches Symptom, dessentwegen sie dann in die Therapie kam, war, dass sie als Beamtin am Arbeitsplatz immer wieder unvermittelt ein heftiges Zwangsweinen entwickelte, was in der Umgebung zu erheblichen Irritationen und bei ihr selbst zu massiver Scham führte. In der Analyse kam unter anderem heraus, dass sie sich als Kind und in ihrem ganzen bisherigen Leben nie »gehalten« gefühlt hatte. In einer Sitzung bot ich ihr aus einer mir thematisch passend erscheinenden Situation heraus an, sie einmal wirklich körperlich zu halten. Sie hatte große Schwierigkeiten damit, das anzunehmen, ließ sich dann aber darauf ein: Ich setzte mich auf einen Matratzenstapel, sie legte sich auf meinen Vorschlag hin neben mich, den Oberkörper umfing ich mit meinen Armen. Sie war praktisch »auf meinem Schoß«, ich hielt sie also, ihr Kopf lag an meiner linken Schulter. Sie empfand das als ganz ungewohnt, aber dann auch herrlich und weinte. Lange konnte sie das aber nicht aushalten, fantasierte sofort, jetzt müsse es aber auch gut sein, sie sei mir ja sicher lästig und außerdem zu schwer. Zur nächsten Sitzung kam sie mit einem massiven Schmerzsyndrom insbesondere in ihrer rechten Schulter, konnte den Arm kaum bewegen. Sie hielt das für eine Koinzidenz, war fest überzeugt, der Schmerz habe eine körperliche Ursache und lehnte meine Vermutung, das Phänomen könne mit der Vorstunde zu tun haben, rundweg ab. Sie suchte Orthopäden auf, wurde geröntgt, erhielt eine so-