

Leibliche Gegenübertragung

Aspekte leiblicher Kommunikation

Reinhardt Krätzig, 1998

Inhaltsverzeichnis

Einleitung:	3
Leibliche Gegenübertragung	3
Folgende Annahmen liegen meiner Arbeit zugrunde	3
Therapeut und Patient wirken leiblich aufeinander	3
Das Ähnliche ist leichter wahrzunehmen.....	3
Festgehaltene Emotionen.....	4
Einige Beispiele für leibliche Gegenübertragungsreaktionen.....	4
Gesellschaftliche Konvention	4
Menschenbild	5
Anthropologische Grundformeln	6
Gegenübertragung als zwischenleibliches Geschehen.....	7
Leibliche Erregung	7
Spezifische leibliche Erregung bei einzelnen Gefühlen.....	8
Verschiedenartigkeit der Gegenübertragungsreaktionen.....	10
Als-ob-Wahrnehmung	10
Beispiele für Gegenübertragungsreaktionen:.....	10
Die Gegenübertragungsphänomene selbst sind zweitrangig	12
Flüchtigkeit der Gegenübertragung	12
Wie sind die Wahrnehmungen für die Therapie nutzbar.....	13
1. Direkter Blick auf unbewusste Abwehrvorgänge.....	13
2. Unterbrechungen des „Gegenwartsbezuges“ können aufgespürt werden.....	13
3. Vermittlung von Nähe	14
4. Zugang zum Gefühl des Patienten	14
Interpretation der Wahrnehmungen.....	14
Eigene Phantasien als Hinweis auf verborgene Inhalte	15
Chinesische Medizin.....	16
Sprache als Hinweis.....	16
Einige Hinweise zur Arbeit mit Gegenübertragungen.....	16
Möglichkeiten des Patienten berücksichtigen.....	16
Selektive Offenheit und partielles Engagement.....	17
Eigene Therapie als Grundlage der Arbeit.....	17
Fragende Haltung	18
Zusammenfassung:	18
Abstract:	18
Literatur:	19
Zur Person des Verfassers:	19

Einleitung:

In meiner psychotherapeutischen Arbeit sind leibliche Gegenübertragungsreaktionen seit vielen Jahren eine wichtige Leitlinie meines Handelns und Verstehens. Wichtigster Hintergrund für diese Arbeit ist eine Ausbildung in Integrativer Bewegungstherapie, einer speziellen Methode der Integrativen Therapie¹. Im Rahmen dieser Ausbildung lernte ich mit Berührung zu arbeiten, aber erst eine weiterführende Ausbildung in Lomi-Therapie, einem rein körpertherapeutischen Verfahren, regte mich dazu an, auch körperliche Berührung in der therapeutischen Arbeit zu verwenden. Diese große körperliche Nähe und die damit verbundene intensivere leibliche Resonanz war der Ausgangspunkt für die Beobachtung meiner körperlichen Reaktionen auf den Patienten. Zunehmend stellte ich fest, wie intensiv die körperliche Resonanz auch in der reinen Gesprächssituation erfolgt und habe allmählich die reale Berührung des Patienten durch das seelische Berührtsein und die dadurch entstehende emotionale Nähe ersetzt.

Leibliche Gegenübertragung

Was ist leibliche Gegenübertragung? Unter Gegenübertragung verstehe ich in Anlehnung an H. Petzold die bewusstseinsfähige Resonanz des Beobachters auf das, was ihm sein Gegenüber entgegenbringt.² Leibliche Gegenübertragung befasst sich mit einem speziellen Ausschnitt aus dieser Menge. Darunter fasse ich alle Veränderungen meines leiblichen Befindens während der Therapie, also meine leibliche Resonanz auf das Geschehen. Die Vielheit der erlebbaren Phänomene ist groß: Schmerz, Druck, Spannung, Stimmungen, Gefühle, Gedanken oder Phantasien sind einige Aspekte, auf die ich später noch näher eingehe.

Einbeziehen möchte ich auch scheinbare Veränderungen meiner Wahrnehmung von Raum, Zeit oder der Atmosphäre, z.B. wenn der Patient weiter weg zu rücken scheint, die Zeit zäh wird, die Luft dick ist oder die Atmosphäre „kalt“ ist. Da es sich hierbei um Wahrnehmungsbeeinflussungen handelt, möchte ich dieses Geschehen ebenfalls als leibliche Gegenübertragungen behandeln.

Folgende Annahmen liegen meiner Arbeit zugrunde

Therapeut und Patient wirken leiblich aufeinander

Ich nehme als Therapeut die gesamten körperlichen Schwingungen des Gegenübers auf. Diese durchdringen mich und setzen meinen Leib in Schwingung. An der Unterschiedlichkeit zu meinem vorherigen Befinden, kann ich die Befindlichkeit des Patienten erschließen. Dieser Prozess findet natürlich auch umgekehrt genau so statt. Auch der Patienten wird vom Therapeuten beeinflusst. Dies ist eine Tatsache die man nie vergessen sollte. (Siehe auch den Abschnitt: Hinweise zur Arbeit mit Gegenübertragungen)

Das Ähnliche ist leichter wahrzunehmen

Ich nehme solche Schwingungsmuster besonders leicht und deutlich wahr, die denen meines Leibes am ähnlichsten sind. Bin ich sowieso traurig und habe diese "Last auf der Brust", dann wird mich die Traurigkeit des Patienten und seine "Last auf der Brust" besonders leicht ansprechen. Dies macht es unbedingt erforderlich, die eigene Befindlichkeit schon vor der Begegnung mit dem Patienten deutlich wahrzunehmen³, da diese der Bezugspunkt ist.

¹ Die Integrative Therapie ist ein von Hilarion Petzold begründetes psychotherapeutisches Verfahren. Sie wird seit 1965 im klinischen Rahmen praktiziert und seit 1972 am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie“ gelehrt. Die Integrative Bewegungstherapie (IBT) ist eine spezielle Methode der Integrativen Therapie. Seit einigen Jahren arbeite ich mit dieser Methode in einer Kurklinik in Brandenburg. Die in der vorliegenden Arbeit angesprochenen Erfahrungen basieren zum großen Teil auf dieser Arbeit.

Anzumerken ist noch, dass der häufige Bezug auf die Integrative Therapie in diesen Ausführungen damit begründet ist, dass der Kern der Arbeit als Abschlussarbeit für die Ausbildung am FPI genutzt worden war.

² vgl. Petzold, Hilarion G., Integrative Therapie, 1993, Bd.II/ 3, S.1130

³ Ohne vorherige eigene ausreichende Psychotherapie und Lehrtherapie ist das Instrument der leiblichen Gegenübertragung nicht zu verwenden, weil die Gefahr besteht zu sehr eigene Dinge in die Beziehung einzuflechten. Diese Gefahr besteht aber auch mit ausreichender Therapie, weshalb diese Methode eine fragende Haltung erfordert.

Festgehaltene Emotionen

Wenn der Patient von Emotionen bewegt ist, die er aufgrund seiner Lebenserfahrung nicht zulassen darf, werden diese festgehalten. Dies geschieht im einfachsten Falle durch muskuläre Anspannung. Dieser Festhalteprozess verläuft oft so unbemerkt, dass er dem Patienten selbst verborgen bleibt. In der Gegenübertragung ist dieses Festhaltens der Gefühle deutlich spürbar. Die Möglichkeiten ein Gefühl festzuhalten, oder die Wahrnehmung desselben zu unterdrücken sind sehr vielfältig. Welches Gefühl jeweils festgehalten wird, lässt sich meist nicht direkt ermitteln. Wenn man aber eine Weile seine eigenen Körperreaktionen beobachtet und diese dann in den Zusammenhang des therapeutischen Geschehens stellt, lassen sich schnell Schlussfolgerungen machen. Diese gelten dann zwar nur für die eigene Person, aber das reicht ja. Anhand der Art des Festhaltevorganges lässt sich meist die Art des festgehaltenen Gefühles erschließen. (Siehe weiter unten: Spezifische leibliche Erregung bei einzelnen Gefühlen)

Das Identifizieren festgehaltener, abgespaltener, verdrängter oder sonstwie nicht zugelassener Gefühle gehört mit zu den interessantesten Einsatzgebieten der leiblichen Gegenübertragungsreaktionen. (Siehe auch: Wie sind die Wahrnehmungen für die Therapie nutzbar)

Einige Beispiele für leibliche Gegenübertragungsreaktionen

1. Beispiel: Während des Gesprächs mit einer Patientin hatte ich unvermittelt die Empfindung, als würde sie in Relation zu mir kleiner werden. Ich meine kleiner im Sinne der Körpergröße, nicht jünger. Als ich sie befragte, wie sie die Situation mit mir gerade wahrnehmen würde, antwortete sie mir, dass sie mich jetzt größer als vorher und bedrohlich erleben würde. Wir konnten erarbeiten, dass sie diesen, ihr bis dahin unbekanntem Mechanismus, vermutlich im Umgang mit dem Vater gelernt hatte, weil dieser sehr unangenehm werden konnte, wenn er sich unterlegen fühlte. Sie hatte gelernt, dass kleiner machen reichte, um ihn wieder zu befrieden. Angst vor Zurückweisung war in der Therapiesituation der Auslöser gewesen.

2. Beispiel: Kürzlich erlebte ich zur Mittagszeit im Gespräch mit einer essgestörten Patientin ein kaum aushaltbares Hungergefühl. Als ich gleich nach der Stunde zu meinem Pausenbrot griff, war ich zu meiner Überraschung nicht mehr daran interessiert. Der Hunger war mit der Patientin verschwunden. Mein logischer Rückschluss auf die Mittagszeit als Ursache für meinen Hunger war falsch gewesen. Ich hatte ihren Hunger als meinen gespürt. Als sich beim nächsten Gespräch das Gleiche ereignete, hatte ich die Bestätigung.

3. Beispiel: In einer Gruppenstunde unterhielt ich mich mit einer Patientin. An einer ihr sichtlich unangenehmen Stelle äußerte ich eine weitergehende Frage, als ich plötzlich das Gefühl hatte, als ob ein kräftiger Windstoß durch meinen Schädel hindurch fegt. Ich unterbrach meinen gerade gesprochenen Satz und fragte was in diesem Moment in ihr vorginge. Ihr Rotwerden ermutigte mich zu der Frage: „Haben sie mir in Gedanken gerade eine Ohrfeige verpasst?“. Sie grinste und nickte.

4. Beispiel: Ein Patient beantwortet eine Frage wie immer freundlich und zugewandt. Die gleichzeitige Anspannung in meiner Magenregion lässt mich zweifeln und nachfragen. Wir erfahren, dass ihm die Frage sehr unangenehm war.

Gesellschaftliche Konvention

Wenn wir über leibliche Gegenübertragung und damit über leibliche Kommunikation sprechen, ergibt sich folgendes Problem: Würde ich einen Patienten zum Beispiel direkt fragen, ob denn das bei mir eben entstandene Hungergefühl, der aufgekommene Herz- oder Bauchschmerz, o.ä., denn zu ihm oder zu mir gehören, würde ich Gefahr laufen meine Glaubwürdigkeit zu verlieren oder zumindest nicht verstanden zu werden. Ursache wäre der Zweifel darüber, ob denn ein Vorgang innerhalb einer Person einen ähnlichen oder gleichen Vorgang in einer anderen hervorrufen kann. Eine in unserer Gesellschaft weit verbreitete Grundannahme ist die, dass Menschen voneinander grundsätzlich getrennt existieren. In dieser Vorstellung hat jedes Individuum in sich einen Raum, und sei er noch so klein, in den niemand anderes Zugang hat, in welchem es unabhängig und von anderen unterschieden ist. Behauptet jetzt ein Mensch, dass er Vorgänge im Anderen, also jenseits dieser gedachten Grenze miterlebt, entsteht ein Konflikt mit der Vorstellung dieses grundsätzlichen Getrenntseins.

Auch in unserer Sprache gibt es keine Worte für gegenseitige leibliche Beeinflussungen. Es gibt zwar Begriffe wie Empathie, Mitfühlen, Einfühlen, Anteilnahme u.ä., diese sind aber meist nicht treffend für die hier geschilderten leiblichen Resonanzprozesse. Ein Unterschied ist z.B. der, dass Mitfühlen, Einfühlen, etc. auch bewusst steuerbar ist, leibliche Resonanz findet dagegen ständig statt, man kann sich ihr nicht entziehen⁴. Man kann lediglich entscheiden, ob man die eigenen Möglichkeiten zur Wahrnehmung derselben nutzen möchte oder nicht. Will man leibliche Gegenübertragung beschreiben, sind umständliche Umschreibungen die Folge oder das Einführen neuer Begriffe, wie z.B. „Einleibung“, geschaffen von dem Phänomenologen Hermann Schmitz⁵.

Gesellschaftliche Konvention und Sprache scheinen zu belegen, dass leibliche Gegenübertragung eher etwas Ungewöhnliches ist und selten vorkommt. Therapeutische Erfahrung zeigt dagegen, dass die Phänomene, die ich hier benenne, alles andere als etwas Besonderes sind. Sie sind Teil der ganz normalen alltäglichen zwischenmenschlichen Kommunikation, die allerdings weitaus dichter und umfassender stattfindet, als allgemein angenommen. Um dies verstehbar zu machen, möchte ich zunächst Bezug auf das Menschenbild der Integrativen Therapie nehmen.

Menschenbild

Um Gegenübertragungsprozesse ohne theoretische Widersprüche zu einem wichtigen Bezugspunkt der Arbeit machen zu können, braucht es eines Menschenbildes, in dem auch vor- und unterbewusste zwischenmenschliche Beeinflussungen Berücksichtigung finden. In dieser Vorstellung kann der Mensch nicht ein primär auf sich bezogenes Wesen sein, wie im Verständnis von S. Freud, welches sich auch noch im „Gestaltgebet“ von F. Perls wiederfindet: „Ich bin ich und Du bist Du...“⁶ Gegenübertragungsprozesse weisen vielmehr darauf hin, dass der Mensch ein höchst kommunikatives Wesen ist.

Zwei Fragen sind in der Definition des Menschenbildes zu berücksichtigen: 1. Die Vorstellung vom Menschen selbst, gemeint ist der „innermenschliche“ Zusammenhang von Körper, Geist und Seele. Also die Frage wie leibliches Geschehen in Verbindung mit Gedanken, und seelischen Vorgängen steht. 2. Die Art und Weise des zwischenmenschlichen Bezuges.

Das Problem einen Zusammenhang verschiedener Aspekte menschlichen Seins zu definieren, begegnete mir zuerst in meinem Studienfach: der Leibbeserziehung. Hinter der Vorstellung einer Erziehung über den Leib stand lange Zeit die Auffassung einer Dreigliederung des Menschen in Leib, Seele und Geist. Der leibliche Aspekt wird in dieser Auffassung auf die physische Substanz reduziert. Ein dichter Zusammenhang zwischen den Aspekten wurde zwar angenommen, denn über den Leib sollte der ganze Mensch erzogen werden, die Trennung wird gleichzeitig in vielerlei Hinsicht deutlich. So beherrschte die Vorstellung einer Leib-Seele Dualität bzw. (Körper)Leib-Seele-Geist Trichotomie solange unsere Vorstellung vom Menschen, dass sie fest in unserer Sprache verankert ist. Erinnerung sei an Benennungen wie Körperpflege oder Körperteil, welche den Dingcharakter unterstreichen und an das, in der Medizin weit verbreitete Verständnis von Krankheit, die der Mensch hat und die man ihm, wie eine Last, abnehmen kann.

Ein konsequent gedachtes dualistisches Verständnis würde eine psychotherapeutische Arbeit mit und am Körper sinnlos machen, da mit Wirkungen im seelischen, wegen der angenommenen Unabhängigkeit kaum zu rechnen wäre. Gegenübertragungen wären ebenfalls kaum zu erklären, die Einbeziehung in die Arbeit würde keinen Sinn machen.

Die historische Entwicklung der Zwei- oder Mehrteilungen der menschlichen Ganzheit ist vielfältig und kann hier nicht wiedergegeben werden. Verwiesen sei u.a. auf die Darstellung von H. Schmitz⁷. Die sog. Leib-Seele Problematik ist auch in der Gegenwart hochaktuell und immer wieder Gegenstand allgemeiner Diskussion wie z.B. in der Abtreibungsdebatte. Jeder Mensch, der sich mit seinem Tod befasst, wird dieser Frage begegnen.

⁴ Ich mache allerdings auch oft die Erfahrung, dass ich mehr leibliche Phänomene bei mir wahrnehme, wenn ich mich dem Gegenüber bewusst zuwende. Je mehr ich mich verschließe, desto weniger leibliche Resonanz kann ich verzeichnen.

⁵ siehe Schmitz, Hermann, z.B. 1992

⁶ vgl. Petzold, Hilarion G., 1988, Bd.I/ 1, S.304

⁷ Schmitz, Hermann, 1992

Anthropologische Grundformeln

H. Petzold versucht der Vielfalt und Vielschichtigkeit des Menschen dadurch gerecht zu werden, dass zum einen die vorhandene Vielfalt in der Betrachtung des Menschen (Leib, Körper, Seele, Geist) unterstrichen wird und gleichzeitig die Verbindungen dieser Aspekte untereinander sowie die Einbettung des Menschen in seine materielle und soziale Umwelt herausgestellt werden.⁸

H. Petzold formuliert die zwei anthropologischen Grundformeln⁹:

1. Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld
2. der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt

Der Leib als zentraler Begriff, ist im Verständnis der Integrativen Therapie "der belebte, mit Bewusstsein (awareness und consciousness) ausgestattete, vom Subjekt erlebte Körper."¹⁰ Die ursprüngliche Bedeutung von "Leibhaft" als lebend, und darüber hinaus als bewusstes Leben¹¹ findet in dieser Definition ihren Platz. „Der Begriff ‘Leib’ umschließt die Dimensionen Körper, Seele, Geist, aber auch Sozialität, und Ökologie, denn er ist Teil der Lebenswelt.“¹² Im Menschenbild der Integrativen Therapie ist der Leib „keine *materielle Realität*, wie der Körper (in dem er indes gründet), sondern eine *transmaterielle Realität*, gebildet aus in Wahrnehmungsprozessen gewonnenen und abgespeicherten *Informationen*.“¹³ Das heißt, dass die erlebten Erfahrungen sich in der materiellen Realität des Körpers niederschlagen, auswirken auf die Haltung, Gestik, Mimik, den Gang, den Klang der Stimme. Die individuelle Geschichte ist das, was der Mensch erlebt, spricht erlebt, bzw. sich eingeleibt hat. Szenen prägen den Leib und damit auch die Struktur der leiblichen Wahrnehmung. Sie wirken auf die Sinne und bewirken damit das, was für uns Sinn macht. Sie engrammieren sich leiblich, sie sedimentieren sich in unserem Leib. Der Leib wird zum Reservoir von Szenen, ein Archiv von Stücken, eine Chronik von Ereignissen. (Petzold) Diese besondere Bedeutung des Leibes hat bereits W. Reich betont und ist für eine Reihe von Körpertherapien zum Ausgangspunkt für ihre Arbeit geworden.

Diese „Inkarnation“ (Merleau Ponty) ist keine einsame Leistung, sondern sie geschieht als ein Miteinander.¹⁴ Beziehung ist eine Wesensqualität dieses Leibbegriffes. Der Körper ist aus dem "Stoff der Welt" (Merleau Ponty) gemacht. So wie wir in ständigem Austausch mit der materiellen Welt stehen, so stehen wir auch in ständiger Beziehung zu unseren Mitmenschen. Der Mensch steht über den Leib in Beziehung zu seinen Mitmenschen. Er nimmt Informationen und Eindrücke über die Wahrnehmungsorgane des Leibes auf, und drückt sich über den Leib und seine Bewegung aus. (perceptiver und expressiver Leib)¹⁵ Die Beziehung über den Leib ist primordial(=uranfänglich) gegeben¹⁶. Wir wachsen im Leibe der Mutter heran, stehen nach der Geburt im leiblichen Bezug und lernen uns selbst auf dem leiblichen Urgrund zu differenzieren. Solange der Leib funktioniert und gesund ist, ist dies jedem selbstverständlich. Erst Krankheit, körperliche Behinderung oder der Verlust des leiblichen Kontaktes machen uns diese Eingebundenheit deutlich.

Diese immer gegebene leibliche Bezogenheit, die H.Petzold als "**primordiale Ko-respondenz**" bezeichnet, schafft einen ursprünglichen Sinn, ein ursprüngliches Grundvertrauen¹⁷. Der Mensch wird zum Menschen durch den Mitmenschen¹⁸. Um uns als eigenständige Einheit zu erleben, müssen wir Andere erleben- ohne die Anderen gibt es kein Ich.¹⁹

Ein besonders wichtiger Aspekt von Ko-respondenz ist die Fähigkeit des Menschen zur Empathie, also die Fähigkeit, sich in den anderen einzufühlen, die Welt aus seinem Blickwinkel zu erleben. Das Akzep-

⁸ Petzold, Hilarion G., 1988, Bd. I/ 1, S. 189

⁹ Petzold, Hilarion G., 1988, Bd. I/ 1, S. 185-186

¹⁰ Petzold, Hilarion G., 1988, Bd. I/ 1, S. 186

¹¹ Petzold, Hilarion G., 1988, Bd. I/ 1, S. 296

¹² Petzold, Hilarion G., 1993, Bd. II/ 3, S. 1154

¹³ Petzold, Hilarion G., 1988, Bd.I/ 2, S.355; Kursiv im Original

¹⁴ Petzold, Hilarion G., 1993, Bd. II/ 3, S. 1155

¹⁵ vgl. Petzold, Hilarion G., 1988 Bd. I/ 1,192

¹⁶ Petzold, Hilarion G., 1988, Bd. I/ 1, S. 300

¹⁷ Petzold, Hilarion G., 1988, Bd. I/ 1, S. 300

¹⁸ Petzold, Hilarion G., 1988, Bd. I/ 1, S. 303

¹⁹ Rahm, D., u.a., 1993

tieren anderer Sichtweisen wiederum, ist die Voraussetzung für "Intersubjektivität", also für Beziehungen, die von gegenseitiger Wertschätzung getragen und um den Ausgleich von Machtgefälle bemüht sind.²⁰

Gegenübertragung als zwischenleibliches Geschehen

Primordiale Ko-responzenz macht die Existenz leiblicher Gegenübertragungsprozesse verstehbar. „Der Leib des Anderen ist der Weg zu mir selbst, der Weg zum eigenen Leibe“.²¹ Das Individuum erfährt sich selbst zunächst im Leibe der Mutter und danach in leiblicher Mutter-Kind-Interaktion, entsteht als Selbst überhaupt erst in diesem *zwischenleiblichen Geschehen*.

„Entstände der Leib aus dem eigenleiblichen Spüren, der Wahrnehmung des Körpers allein, bliebe mir der Leib des Anderen prinzipiell unzugänglich und wäre nur durch die Projektion eigener Leiberfahrung näherungsweise erfahrbar. Aber der Leib entsteht auch durch Partizipation in der Zwischenleiblichkeit.“²² Die Teilhabe an leiblichen Prozessen des Gegenübers ist insofern nichts außergewöhnliches, vielmehr stellt sie die Basis zwischenmenschlicher Prozesse dar und ist Bestandteil des Menschseins überhaupt.

Leibliche Kommunikation ist also nichts übersinnliches, dennoch lässt sich z.B. das Miterleben der Herzschmerzen eines Anderen nicht nur mit Wahrnehmungen unserer fünf Sinne verstehen. Hören, sehen, riechen, tasten, schmecken liefern nur spezielle Ausschnitte, die Wahrnehmung der Herzschmerzen findet darin keine befriedigende Erklärung. Vielleicht sind es unterschwellige Informationen oder synergetische²³ Effekte, also Zusammenwirkungen verschiedener Sinneseindrücke, welche die innerleiblichen Gegenübertragungsprozesse auslösen. Nach Hermann Schmitz ist es der Leib selbst, der die leiblichen Vorgänge des Gegenübers miterlebt.²⁴ In der Art eines direkten zwischenleiblichen Geschehens, allenfalls ergänzt von Sinneswahrnehmungen. Diese leibliche Resonanz ist vermutlich die früheste Interaktion zwischen Menschen²⁵, die Basis, die hinter jedem Sinneskontakt immer gegeben ist. Für Säuglinge und Kleinkinder ist diese ganzheitliche leibliche Wahrnehmung vermutlich völlig normal.²⁶ Mit zunehmender Entwicklung der anderen Wahrnehmungs- und Ausdruckskanäle verschwindet dieses Können zunehmend im Unbewussten. Die Tatsache, dass es keine Begriffe dafür gibt, unterstreicht, dass dies zu einer Zeit geschieht, in der die Sprache noch nicht entwickelt ist. Zwischenleibliche Kommunikation wird nur von solchen Menschen noch über die Kindheit hinaus benutzt, die nie lernten dem zu trauen, was sie wahrnehmen. Für Patienten mit einem Frühstörungsanteil ist es nichts ungewöhnliches, Anteil an Vorgängen in anderen zu haben. Therapeuten mit einer entsprechenden Störung haben sicher einen leichteren Zugang zu leiblicher Resonanz.

Leibliche Erregung

Wenn man von einer direkten leiblichen Beeinflussung ausgeht, stellt sich die Frage, wie sich ein Leib mit dem anderen verständigt. Welche Informationen werden übermittelt?

Hermann Schmitz vertritt die Annahme, dass es der „innerleibliche Dialog von Engung und Weitung“ ist, der in leiblicher Kommunikation vermittelt wird. Nach Schmitz ist die wichtigste Dimension des leiblichen Befindens der Gegensatz von Enge und Weite. Leiblich spüren wir uns stets eng oder weit in wechselnden Graden und Mischungsverhältnissen, zwischen Enge und Weite pendelnd. Engung, also die Bewegung zur Enge hin und Weitung, also die Bewegung zur Weite hin, sind dabei mehr oder weniger aneinander gebunden und stehen in gegeneinander gerichteter Konkurrenz. Engung und Weitung können sich die Waage halten wie z. B. beim Einatmen, das leiblich spürbar zugleich engt und weitet. Engung über-

²⁰ Petzold 1988, Bd.I/ 1, S. 302

²¹ Bd.I/ 1, S.303

²² Petzold, Hilarion G., 1974, zit. nach Petzold, Hilarion G., 1988, Bd.I/ 1, S.303

²³ vgl. Petzold, Hilarion G., 1988, Bd. I/ 1, S.197

²⁴ vgl. Schmitz, Hermann, z.B. 1992

²⁵ Diese Ebene der Verständigung gibt es auch zwischen Mensch und Tier. In vielen Therapiestunden konnte ich dies am Verhalten einer zeitweise anwesenden Katze feststellen. Diese erlebt offenbar die leiblichen Erregungen der anwesenden Menschen und setzt sie in Handlung um. Z.B. ließ sich der Unruhepegel einer Patientin direkt an der Bewegung des Katers auf ihrem Schoß ablesen. Die Patientin konnte das leibliche Mitschwingen des Katers als „Biofeedback“ benutzen, um in Kontakt mit eigenen verborgenen Empfindungen zu kommen.

²⁶ vgl. u.a. Stern, D., 1992

wiegt z.B. bei Schreck, Angst, Schmerz, gespannter Aufmerksamkeit oder Hunger. Die Weitung z.B. dann, wenn es uns weit ums Herz wird, in tiefer Entspannung, bei Freude, beim Einschlafen. Der innerleibliche Dialog von Engung und Weitung ist nicht auf den einzelnen Leib begrenzt, sondern überträgt sich auch auf begegnende Personen. Überwiegt z.B. beim Gegenüber Engung in der Brust, kann der Partner diese Beklemmung an sich selbst wahrnehmen, sich also beklommen fühlen.²⁷

Meine Erfahrungen interpretierend möchte ich sagen, dass es in erster Linie leibliche Erregungszustände sind, die ausgetauscht werden. Grob gesagt, wird übermittelt, wo im Körper „viel los ist“ und wo weniger. In einem angespannten Muskel findet sich eine andere leibliche Erregung als im Entspannten. Die Aktivität in einem kranken Organ unterscheidet sich von der im Gesunden. Nicht nur körperliche Vorgänge, sondern auch emotionale und geistige Vorgänge schlagen sich in unterschiedlicher leiblicher Erregung nieder. Jedes Gefühl und sei es noch so unbewusst verborgen, jede Handlung, selbst jeder Gedanke (mit seinem emotionalen Anteil) versetzt den Leib in einen spezifischen Erregungszustand, „färbt“ den gesamten Körper in einer gewissen Weise²⁸. Wobei sich die räumliche Verteilung und die Intensität der leiblichen Erregung je nach Stimmungszustand unmittelbar verändern. Über die Teilhabe an diesen leiblichen Erregungszuständen in leiblicher Resonanz können sehr differenzierte Informationen vermittelt werden. Auch sehr kleinräumige Erregungsbereiche lassen sich unterscheiden. Selten erlebe ich z.B. Kopfschmerzen oder Herzstiche, die nach Lage und Intensität denen anderer Patienten gleichen. Bei einer Patientin erlebte ich in einer Stunde vier verschiedene Arten von Herzschmerzen, wobei jeder Schmerz mit einem spezifischen Thema verbunden war und sich beim Auftauchen des Themas exakt wiederholte. Durch die Genauigkeit der Abbildung der leiblichen Erregung konnte ich sogar Organe identifizieren, die ich nicht habe: Häufiger haben sich in meinem Unterleib Schmerzzonen abgebildet, die als Ausgangspunkt die Eierstockbeschwerden einer Patientin hatten.

Spezifische leibliche Erregung bei einzelnen Gefühlen

Jedes Gefühl und auch jedes unterdrückte Gefühl erregt den Leib in spezifischer Weise. Die Erregungsmuster sind sehr komplex und beziehen verschieden große Teile des leiblichen Geschehens ein.

Jeder weiß wie sich Trauer oder Freude oder Ärger anfühlt. Jedes Gefühl hat körperliche Schwerpunkte, eine andere Ausbreitungsrichtung, eine andere Charakteristik in der körperlichen Dynamik. In der Psychotherapie sind es vor allem die unterdrückten, festgehaltenen, verdrängten, verbotenen, etc. Gefühle, die im Mittelpunkt des Interesses stehen. Daher gehe ich im Folgenden vor allem auf die Gegenübertragungsreaktionen ein, die entstehen, wenn Gefühle nicht offen gelebt werden.

Im Fall von festgehaltener Trauer ist ein Aspekt des Erlebens z.B. ein Druck, der vor allem im Bereich des Brustkorbes gespürt wird. Unterdrückten Zorn nehme ich in der Gegenübertragung häufig im Kopf wahr als eine Art Schwindel oder Wind durch den Kopf wahr. Weniger stark unterdrückten Zorn auch als Halsenge, Kieferanspannung oder Kieferzittern oder als allgemeine Steigerung meiner körperlichen Anspannung, u.v.a. Beziehungsthemen häufig in der Region des Herzens, depressive Schwere als Ausdruck unterdrückter lebendiger Gefühle, dagegen eher wie ein über mich geworfenes Bleinetz.

Manchmal ist es auch die Ausbreitungsrichtung der leiblichen Erregung, die mir hilft ein nicht offen gelebtes Gefühl zu identifizieren. Verläuft z.B. die Ausbreitungsrichtung nach oben, kann es je nach den Begleitphänomenen Freude sein, aber auch Zorn. Freude hebt und weitet, macht leicht, offen und frei, „Freude verleiht Flügel“. Zorn dagegen geht eher einher mit Anspannung, die nach oben bzw. nach außen gerichtete Schwingung macht, wenn sie unterdrückt wird, u.U. schwindelig. Im Eingangsbeispiel hatte ich mit der Wahrnehmung „des Windes durch meinen Kopf“ einen Blick auf den unterdrückten Zorn der Patientin bekommen.

²⁷ siehe Schmitz, Hermann, z.B. 1992

²⁸ Rainer Krause beschreibt in Anlehnung an Scherer fünf mögliche „Stufen des Affektsystems“: 1. Eine expressive Komponente (Gesichtsausdrücke und Vokalisierung) 2. Eine physiologische (Aktivierung/Deaktivierung des autonomen und endokrinen Systems). 3. Eine motivationale Komponente (Verhaltensbahnungen in der Skelettmuskulatur und der Körperhaltung, die nicht identisch mit der expressiven Komponente ist). 4. Eine bewusste innere Wahrnehmung. 5. Eine Benennung und Bewertung der Wahrnehmung. Vgl. Krause, Rainer. 1995 Boadella führt an, dass die vegetativen Impulse emotionalen Geschehens sich auf die „glatte Muskulatur des inneren Organsystems, besonders der Gedärme, des Herzmuskels und der Muskelspindeln der Skelettmuskulatur“ beziehen. Vgl. Boadella, David, 1995

Beispiel für leibliche Resonanz auf unterdrückten Unmut bzw. Zorn

In einer Therapiesituation mit einer Patientin hatte ich fortlaufend Gähnpulse. Zunächst versuchte ich diese, wegen meiner angenommenen Müdigkeit, zu unterdrücken. In der nächsten Stunde traten dieselben Reaktionen wieder auf und wir versuchten den Hintergrund zu erschließen. Wir konnten erarbeiten, dass es Unmutsregungen waren, die zeitgleich von der Patientin unterdrückt worden waren. Ich habe dazu die Vorstellung, dass das nach oben- außen strebende Aufbegehren mit Hilfe einer nach unten-innen gerichteten Erregung festgehalten wurde. Diese wurde von mir als Müdigkeit und Schwere wahrgenommen und hatte die Gähner ausgelöst. Seither gebe ich jedem Gähnpuls nach (zumindest bei dieser Patientin).

Unterdrückte Freude

In einer Therapie tauchte in einem sachlich gefärbten Gespräch nur für einen kurzen Moment so etwas wie ein Hauch von Erleichterung auf, es war wie eine kurze Ahnung von wohlthuendem Licht im sonst grauen Gleichgeformten. Das Erleben war fast zu kurz, um es überhaupt identifizieren zu können. (Es dauerte weniger als ½ Sekunde) Ich fragte: „was war da eben?“ Antwort: „Nichts!“ „War da nicht eben ein ganz anderes Gefühl?“ „Ja, vielleicht.“ Wegen einer bestandenen Prüfung hätte der Patient Anlass zu jubeln gehabt. Erst die Nachfragen vermittelten ihm einen Zugang zu diesem Gefühl. Der Patient wagte es nicht Gefühle von größerer Schwankungsbreite zuzulassen, aus Angst die Kontrolle darüber zu verlieren.

Dieses Beispiel belegt auch die zeitliche Unmittelbarkeit der leiblichen Kommunikation.

Verdeckte Scham bzw. Peinlichkeit:

Sicher hat es jeder von Ihnen schon erlebt, dass sie sich im Gespräch mit dem Patienten dabei ertappen, dass sie überhaupt nicht mehr hinhören auf das, was der Patient sagt, sondern mit ihren Gedanken ganz woanders sind. Auch wenn sie geneigt sind, solche Ereignisse der eigenen Schwäche zuzurechnen, lohnt es einen Zusammenhang mit dem Thema des Patienten anzunehmen. Fast immer zeigt sich bei näherer Befragung, dass es der Patient ist, der ein Interesse an nachlassender Aufmerksamkeit hat und der den Therapeuten sozusagen auffordert, sich seinen eigenen Gedanken zu überlassen. Dies, weil ihm das Thema z.B. peinlich ist und es daher nicht gehört werden soll. Bei einem Patienten z.B. geschah dies immer dann, wenn er von Schwächen und Fehlern der eigenen Person redete, bei einer Patientin immer dann, wenn sie nicht wagte, mir ihre Unlust mitzuteilen. Diese Art von Beeinflussung der Gedanken Anderer erlebe ich sehr häufig. Auch mehrere Zuhörer können in dieser Weise gleichzeitig abgelenkt werden, wie ich Gruppen erlebt habe.

Im Gefühl von Scham möchte man sich gleichsam in sich selbst hinein verkriechen und zieht sich zusammen, um sich dem entblößenden Blick der Umgebung zu entziehen. Der Patient verringert seinen „Raum“ und damit die Berührungsflächen mit dem Therapeuten. Eine mögliche Folge dieses Rückzuges ist das gedankliche Abschweifen des Therapeuten.

Nicht gelebte Angst

Ebenso wie der Zorn ist auch die Angst des Gegenübers in der leiblichen Resonanz oft von Schwindel begleitet, wobei dieser eine andere Qualität hat. Starke Angst kann ich oft an der Gegenübertragung erkennen: „als ob der ganze Raum wankt“. In einer Situation war es so, als ob die Gegenstände im Raum ihre Bodenhaftung verlieren und (als ob) der Raum anfing sich zu drehen.

Sexualität

Sexualität ist ein wichtiges zwischenmenschliches Phänomen und wird daher auch häufig zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen unbewusst verwendet. Die damit verbundenen Gefühle von Zuneigung, Lust, Verlockung, Begierde, etc. und die dazu gehörenden leiblichen Erregungen begegnen mir nicht selten in der therapeutischen Praxis. Ich vermute, dass es für die meisten von ihnen verstehbar ist, wie wichtig es ist, diese leiblichen Erregungen im eigenen Körper, als Gegenübertragungsreaktion zu erkennen. Ich möchte das Beispiel einer Patientin anführen, die immer wenn sie unsicher war, sich unbewusst hinter die Fassade einer erotisch lockenden Frau zurückzog. Dies um sich meines

Schutzes zu versichern. Ein weiteres Beispiel ist eine Patientin, die ihre übergroße Angst vor Nähe, bzw. der Angst vor Verletzung aus der Nähe heraus, unbewusst durch erotisches Begehren zu kompensieren versuchte. Es war, als würde sich die „Frau“ schützend vor das „Kind“ stellen, um es vor Herzensverletzung zu bewahren.

Wegen ihrer Bedeutung, wird Sexualität vermutlich leichter als andere zwischenleibliche Phänomene wahrgenommen. Es lässt sich leicht ausmalen, welche Gefahr darin liegt, wenn diese Gegenübertragung nicht als solche erkannt wird. Stichwort: sexueller Übergriff in der Therapie.

Verschiedenartigkeit der Gegenübertragungsreaktionen

Sexuelles Begehren als Gegenübertragungsreaktion ist sehr deutlich wahrnehmbar, ähnlich wie die bereits benannten Gähner, der Hunger und auch z.B. Schmerz, Müdigkeit, Langeweile, u.a. Aus der Deutlichkeit des Geschehens ergibt sich die Gefahr, dass der Therapeut diese Phänomene nicht mehr in Beziehung zum Prozess sieht, sondern als eigenes vom Patienten unabhängiges Geschehen versteht. Ich möchte mit diesen Ausführungen anregen, grundsätzlich jede Wahrnehmung, jedes Phänomen welches sich im Zusammenhang mit dem Patienten ergibt, zunächst als zum Prozess gehörend zu betrachten und entsprechend zu behandeln.

Als-ob-Wahrnehmung

Viele Gegenübertragungsreaktionen sind allerdings kaum wahrnehmbar. Es fällt leicht darüber hinwegzugehen. Häufig ist man sich nicht sicher, ob da überhaupt etwas war, insbesondere bei Reaktionen, die wie im oben benannten Beispiel mit dem Gefühl der Freude nur sehr kurz anhalten. Sie werden daher vermutlich häufig übersehen, bzw. als eigene Phantasie beiseite geschoben. Sie erschließen sich aufgrund ihrer Leichtigkeit und Flüchtigkeit nur dem sehr aufmerksamen Beobachter. Wenn diese Wahrnehmungen geschildert werden, z.B. mit der Formulierung „als ob ein Druck auf meiner Brust lastet“, weist die Umschreibung „als ob“, auf die Tatsache hin, dass man etwas wahrgenommen hat, was vermutlich real nicht geschehen ist. Im „als ob etwas auf meiner Brust lastet“, fehlt eine real nachweisbare Ursache für den Druck; im Satz „als ob mich etwas nach unten zieht“ wird darauf hingewiesen, dass nichts vorhanden ist, was tatsächlich nach unten ziehen könnte. In Anlehnung an den Phänomenologen Hermann Schmitz möchte ich für diese Phänomene die Bezeichnung als-ob-Wahrnehmung bzw. als-ob-Reaktion benutzen. Genau wie bei den deutlichen Empfindungen möchte auch hier anregen, die als-ob-Wahrnehmungen in die Arbeit einzubeziehen.

Beispiele für Gegenübertragungsreaktionen:

Leibliche Gegenübertragungsreaktionen sind so vielfältig, wie das Leben selbst. Die unten stehende Aufzählung benennt einige, mir begegnete Phänomene. Leibliche Resonanz wurde von mir u.a. gespürt,

- *als leibliche Empfindung oder Regung*, z.B. als Hunger, Schmerz, Müdigkeit z.B., als Kopf-, Bauch- oder Herzschmerz, als Spannung, Druck, Enge oder sogar Organe betreffend, die ich als Mann nicht habe, „als ob meine Eierstöcke schmerzen“
- als Veränderung des *Körpertonus*, z.B., als aufgeregt, unruhig, hektisch oder ruhiger werden;
- als tatsächliche *Bewegung*: als Veränderung der Haltung, der Gestik, der Mimik, scharren mit den Beinen, etc. oder als als-ob-Bewegungen²⁹, z.B. „als ob ich hüpfen“ oder „weglaufen möchte“, „zuschlagen, o.ä.“;
- als Veränderung *des Atems*, z.B., als stocken des Atems, oder schneller werden oder „als ob ich nicht genügend Luft bekomme“;
- als *stimmlicher Ausdruck*, z.B., als konkrete Veränderung der Lautstärke oder der Tonlage, oder als innerer Schrei, mir ist „als ob ich schreien möchte“;

²⁹ Diese als-ob-Bewegungen werden von Schmitz als Bewegungssuggestionen bezeichnet, vgl. Schmitz, Hermann 1986, S.92

- als *Gefühl oder Stimmung*, besonders möchte ich noch einmal hinweisen, auf die *sexuelle Erregung* mit allen Teilaspekten: z.B.: Anregung des Kreislaufs, Gefühl von Nähe, hingezogen fühlen, begehren, sexuelle Phantasien;
- *im Kopf*: als jede Form von Kopfschmerzen, als lähmende Schwere im Kopf, „als ob der Schädel gleich platzt“, „als ob sich alles im Kopf dreht“, „als ob der Kopf leer ist“.
- auf der Ebene *der Gedanken*: „als ob sich die Gedanken verwirren“; oder häufiger, als Erhöhung gedanklicher Aktivität. Viele Patienten bewegen sich lieber auf der „Kopfebene“ und verführen auch den Therapeuten dazu.
- als *Phantasien*, die sich aufdrängen, als innere Bilder oder Filme oder auch als geistige Projektionen in den Raum: z.B. „als ob jemand im Raum steht“, o.ä. (weitere Ausführungen zur Phantasie als Gegenübertragung weiter unten)
- als *Kraftwirkung* auf den Körper, z.B., „als Druck auf der Brust“, als Impuls von außen, wie der Windstoß, der im Eingangsbeispiel durch meinen Kopf fegte, oder „als ob mich etwas zu Boden zieht“, o.ä.

Bei zwei Patienten hatte ich unabhängig voneinander eine Wahrnehmung, als würde an meinem Körper eine Kraft ansetzen, die mich nach unten zu ziehen schien. Obwohl die Gegenübertragungsreaktion sich in beiden Fällen gleich anfühlte, war sie doch jeweils Teil eines gänzlich anderen Feldes. Im ersten Fall ging es um eine Patientin die nach langer Zeit anfang Vertrauen in meine Person zu entwickeln und sich zu öffnen. Hier war der Zug nach unten, der Ausdruck eines Wunsches sich in Geborgenheit fallen und sich versorgen zu lassen. Im zweiten Fall war es ein Patient, der in der Abschiedssituation darüber nachsann, ob er die Therapie fortsetzen oder beenden sollte. Hier bedeutete die Kraft nach unten eine angenommene Gefahr eines Sturzes in unbekannte Tiefen, sollte er die Therapie fortsetzen. Indem sich der Patient dieses Bild angeeignete, wurde ihm klar, dass er zur dieser Zeit ein Ende setzen wollte.

Bis hierher wurden im bzw. am eigenen Leibe stattfindende Phänomene benannt. Wie eingangs bereits erwähnt, kann die Wahrnehmung durch die zwischenleiblichen Prozesse auch in der Weise beeinflusst werden, dass sich Veränderungen außerhalb der Person abzuspielen scheinen:

- hierzu gehört die Wahrnehmung der *Atmosphäre*, z.B. „entspannte Weite“, „bedrohlich“, „leer“, „kalt“, „herzlich“. Manchmal lässt sich eine Atmosphäre auch in Begriffen des Klimas beschreiben: z.B. „als ob die Luft steht“, „als ob ein Nebel in der Luft liegt“, o.ä.
- bereits benannt wurde die *Veränderung von Größenrelationen* „als ob der Patient kleiner wird“ ;
- *als Veränderung von Zeit*, „als ob alles verlangsamt ist“, oder „als ob die Zeit nicht reicht“ - etc. vielleicht nicht ganz richtig an dieser Stelle: der Eindruck: „als ob der Patient plötzlich jünger/ älter wirkt“;
- als ob der Raum sich plötzlich neigt, weitet, oder schwankt - was z.B. bei heftiger Angst der Fall sein kann;
- als *Veränderung des „Ausbreitungsraumes“*: Um dies zu erklären ein Beispiel: Eine Patientin erzählt von einem angenehmen Erlebnis; es ist als ob sie mit diesem guten, entspannten Gefühl den ganzen Raum ausfüllt. Plötzlich scheint sich dieser „Ausbreitungsraum“ mit einem Ruck auf einen Bruchteil der vorherigen Größe zusammenzuziehen. In Gedanken hatte die Patientin an ein unangenehmes Erlebnis mit ihrem Mann gedacht und sich unmittelbar zurückgezogen.
- Ein anderes Phänomen, welches ich kaum beschreiben kann, ist folgendes: Bei einem Patienten hatte ich den Eindruck, als ob er in der Mitte eines Feldes sitzt, in dem alles in seine Richtung fließt. Diese Wahrnehmung korrelierte damit, dass dem Patienten die Fülle der auf ihn einströmenden Informationen häufig zuviel war, er aber gleichzeitig von seiner Umgebung kaum wahrgenommen wird. In einem anderen Fall war dies genau umgekehrt, ich erlebte es, als ob alles weg von der Patientin fließt, als ob sie sich in den Raum verstrahlt. In ihrem Erleben fand dies seinen Ausdruck in der Weise, dass sie für jeden jederzeit bereit war sich einzusetzen, während sie gleichzeitig das Ge-

fühl hatte niemanden für sich zu haben. Die bei einer anderen Patientin erlebte Kombinationen sah folgendermaßen aus: alles von außen fließt in Richtung Patientin, aber nur bis zu einem „Kokon“ in dem sie unberührt von den Außenereignissen bleibt. Diese Patientin erlebt sich ständig als Opfer ihrer Umgebung, „alle scheinen etwas gegen mich zu haben“, gleichzeitig erlebt sie innerlich Leere und Alleinsein.

Die Gegenübertragungsphänomene selbst sind zweitrangig

Die Zahl der Phänomene und ihre Vielfalt ist sehr groß. In der Praxis sind es aber meist nur ein bis zwei Arten von Gegenübertragungen, mit denen man es bei einem Patienten gleichzeitig zu tun hat. Gegenübertragungsreaktionen sind so verschieden wie die Betrachter. Auch auf dieselbe Ausgangssituation lassen sich bei verschiedenen Beobachtern nur selten ähnliche oder gar gleiche Reaktionen finden. So kann es sein, dass eine Person vor allem ihren Oberkörper spürt und dessen Resonanz auswertet und andere entsprechend den Unterleib, den Kopf, die Hände, etc. Wieder andere reagieren eher mit Handlungen, Phantasien, Haltungsveränderungen, Gesten oder Veränderungen des Atemrhythmus. Es hängt also sehr von der Person des Beobachters, dessen Sensibilität und Befindlichkeit ab, welche Phänomene ihm eher auffallen als andere. Das bedeutet nicht, dass jeder Mensch Gefühle komplett anders erlebt, hier sind durchaus ähnliche Abläufe und körperliche Schwerpunkte zu erkennen. Dies bedeutet lediglich, dass der Ausschnitt aus der Vielfalt emotionalen Erlebens, den der Betrachter gerade herausgreift, vermutlich sehr individuell ist, von seinen eigenen emotionalen Themen abhängt, von situativen Umständen und auch von seiner „emotionalen Kultur“ bestimmt wird.

Bei einer Patientin hatte ich im Laufe von Wochen, ihre immer selbe nicht zugelassene Angst in unterschiedlichster Gegenübertragung erlebt:

- als kleiner werden
- als Bauchanspannung
- als Angst mit Kopfschwindel
- als (sichtbare) Spaltung des Kopfes, linke Hälfte wie tot, rechte in Hochspannung
- als ob drohenden Schatten im Raum
- als ob Ausbreitung meines Raumes über ihren hinweg

Manchmal konnte ich mehrere Phänomene gleichzeitig erleben, manchmal nur ein Einzelnes. Alle waren Ausdruck desselben Geschehens, nämlich ihrer Angst angesichts eines Mannes zu sich zu stehen.

Es ist also nicht wichtig unbedingt alles und jedes wahrzunehmen. Es reicht aus, aus einem Blickwinkel auf die komplexe Vielfalt zu schauen. Die Gegenübertragungsphänomene selbst sind darüber hinaus nicht das was wir suchen. Für sich genommen sind sie wertlos. Sie sind Hinweise auf Vorgänge im Patienten, ihre Bedeutung können wir nur in der gemeinsamen Suche mit dem Patienten erschließen.

Flüchtigkeit der Gegenübertragung

Leibliche Gegenübertragungen sind sehr flüchtig. Charakteristisch ist, dass sie augenblicklich verschwinden, wenn man sich von der Person, die sie ausgelöst hat, entfernt, bzw. abwendet. Dies ist aber noch kein sicheres Kriterium, denn im Einzelfall kann es geschehen, dass das miterlebte noch im Leibe des Therapeuten nachklingt und die Stimmung, das Thema, die Atmosphäre aus der vorigen Therapie-stunde auf diesem Wege noch die nächste Stunde beeinflusst.

Leibliche Gegenübertragungsphänomene können auch in Abwesenheit des Patienten auftreten. Wenn z.B. im Therapeutenteam oder der Balint- oder anderen Supervisionsgruppen von einem Patienten gesprochen wird, können leibliche Veränderungen gespürt werden, die mit dem gerade besprochenen Patienten im Zusammenhang stehen und mit entsprechender Vorsicht (siehe die untenstehenden Anmerkungen zum Umgang mit der Gegenübertragung) auch für die Auswertung genutzt werden können. Diese Vorgänge sind vielleicht damit zu erklären, dass sich der Leib des Therapeuten 'erinnert' und die Erregungsmuster des Patienten übernimmt. Die anderen anwesenden Personen können über leibliche Resonanz daran teilhaben. Auf diese Weise können Informationen weitergereicht werden, die dem Therapeuten selbst noch gänzlich unbekannt sind.

Wie sind die Wahrnehmungen für die Therapie nutzbar

Im Folgenden möchte ich einige besondere Einsatzmöglichkeiten leiblicher Gegenübertragung aus der therapeutischen Praxis darstellen. Die folgenden vier Punkte greifen teilweise ineinander, ich möchte sie dennoch in dieser Weise unterscheiden.

1. Unbewusste Abwehrvorgänge können ins Bewusstsein des Patienten gehoben werden
2. Unterbrechungen des „Gegenwartsbezuges“ des Patienten können aufgespürt werden
3. Sie vermitteln Nähe
4. Sie erleichtern den Zugang zum Gefühl des Patienten

1. Direkter Blick auf unbewusste Abwehrvorgänge

In der Arbeit mit einer Patientin erlebte ich häufig das Phänomen, „als ob“ die Patientin über sich und mich ein „Netz aus Blei“ warf. Die Luft wurde zäh, die Gedanken wurden vernebelt, die Zeit schien langsamer zu laufen. Die Arbeit wurde anstrengend. Bei den ersten Malen ergab die Nachforschung kein Ergebnis. Wir hatten uns zu weit vom Auslöser entfernt. Erst als ich mit größerer Aufmerksamkeit, bei der ersten Ahnung einer Ahnung von Schwere, die Befragung durchführte, kam die Antwort sofort. Etwas war ihr gerade unangenehm gewesen. Für mich war das Erstaunliche, dass ich diese Antwort von einer Patientin hörte, die bis dahin immer erfolgreich verhindert hatte, auch nur eine Spur von Kritik, Ärger, Zorn o.ä. sichtbar werden zu lassen.

Da sich dies in vielen anderen Beispielen wiederholte, komme ich zu folgender Schlussfolgerung:

Befrage ich einen Patienten unmittelbar in dem Moment, in dem ich eine leibliche Resonanz spüre, die nicht aus der unmittelbaren Situation verstehbar ist, erhalte ich andere Antworten, als wenn ich erst Minuten später frage. Die im Patienten entstandenen Gefühle, Stimmungen, Gedanken etc., welche die Gegenübertragung ausgelöst haben, bleiben offensichtlich für einen Moment unverändert, bevor sie von der etwas verzögert einsetzenden Abwehr gelöscht oder verdrängt werden. Der Patient kann also für kurze Zeit Zugang zu Material bekommen, welches im nächsten Moment wieder im Unbewussten verschwinden wird. Die Antworten der Patienten kommen direkt und ehrlich, auch wenn die beteiligten Gefühle oder Gedanken ansonsten mit großer Sorgfalt getarnt worden waren. „Das hat mich geärgert“, „ich bin sauer“, „das war mir peinlich“, oder ähnliches waren Sätze, die ohne unmittelbare Nachfrage, nicht über die Lippen gegangen wären.

Solche Erfolge bedeuten aber nicht, dass die Abwehr des Unbewussten damit generell überwunden wäre. Hier werden zunächst nur andere Abwehrmechanismen auf den Plan gerufen. Im Beispiel mit der Patientin mit dem Bleinetz hörte ich, was ich nicht hören sollte, nämlich ihre Kritik an mir. Nach diesem Blick hinter die Kulisse „arbeitete“ sie mit einem neuen Mittel: mit innerer Distanz. Mir war „als ob“ sie weiter weg sitzen würde, ca. 5 Meter jenseits der Zimmermauer. Nachdem wir auch diesen Schritt der Abwehr gemeinsam identifiziert und verstanden hatten, griff sie zum nächsten Mittel und bekam rasende Kopfschmerzen. Die waren wiederum so deutlich, dass sie selbst diese als Abwehr erkennen und gegensteuern konnte. Sie erinnerte sich, dass sie als Kind häufig genau solche Kopfschmerzen gehabt hatte.

In diesem Beispiel waren es nur drei Abwehrhürden (Müdigkeit, Distanz, Kopfschmerzen) um zu verhindern, dass eine negative Äußerung ausgedrückt wurde. In anderen Fällen konnten ich bis zu sechs, bei dieser Person in immer gleicher Reihenfolge auftretende Abwehrformen zur Abwehr spezifischer Äußerungen feststellen. Z.B. Selbstkritik, Selbstinfragestellung, jünger werden, verwirrt werden, Angst und Leere, die in immer dergleichen Reihenfolgen auftraten, um dasselbe nicht erlaubte Gefühl zu unterdrücken.

2. Unterbrechungen des „Gegenwartsbezuges“ können aufgespürt werden

Wenn der Patient sich innerlich duckt oder zurückzieht, weil sein Unbewusstes Gefahren vermutete, handelt er aufgrund alter Erfahrungen. Er unterbricht er für einen Moment seinen Bezug zur Gegenwart und verhält sich entsprechend einer anderen, einer vergangenen Realität. In der tatsächlichen Gegenwart geschieht etwas, was nicht aus dieser selbst erwachsen ist, nicht zu ihr gehört und demzufolge als Bruch erlebt werden kann.

In der therapeutischen Situation kann der Therapeut mit Hilfe der leiblichen Gegenübertragungen unmittelbar solche Brüche identifizieren, indem er Unstimmigkeiten im Verhalten, im Ausdruck, in der Stimmung oder der Atmosphäre sucht. Beispiele sind die geschilderten Gähner, das Wegdriften der Gedanken, der Schwindel bei Schilderung einer netten Situation, erotische Gefühle an der falschen Stelle. Sind Gegenübertragungsphänomene nicht durch die Situation verstehbar, haben wir es vermutlich mit solchen Brüchen bzw. in psychotherapeutischer Terminologie: mit Übertragungen zu tun.

Bei einer Patientin bekam ich immer Herzstiche, wenn sie von einem bestimmten Bekannten berichtete. Da diese Stiche nicht zu der vermittelten „der ist mir egal“ Haltung passten, waren sie nicht mehr stimmig. Hätte die Patientin dagegen z.B. von einer nicht beantworteten Liebe erzählt, hätten die Herzstiche zur Gegenwart gepasst.

3. Vermittlung von Nähe

Die Arbeit mit leiblicher Gegenübertragung bietet die Chance zur Herstellung eines dichten Bezuges zum Patienten. Indem der Therapeut, orientiert an seinen leiblichen Wahrnehmungen sehr genau und für den Patienten oft unerwartet nachfragt, erfährt der Patient, dass der Therapeut ihn meint und ihn verstehen will. Anders als im Alltag wird bemerkt, dass er mehr oder anderes empfindet, als er zu zeigen wagt. Die Tendenzen über sich selbst hinwegzugehen, werden aufgespürt und das Weggedrängte bekommt die Erlaubnis gezeigt zu werden. Das was ihn innerlich wirklich bewegt wird zum Gegenstand. Oft ist es genau das, was vor allem so dringend fehlt: dass jemand mal hinschaut und wahrnimmt, was den Patienten wirklich bewegt.

Diese Dichte des Bezugs kann als ängstigend empfunden werden, sie bietet aber auch Entlastung, „Ihnen kann ich ja doch nichts vormachen“, bedeutet auch die Chance auf sonst übliche Fassaden zu verzichten. Behält der Therapeut eine fragende, allenfalls hinweisende Haltung im Umgang mit seinen Wahrnehmungen bei, wird sich auch kein Patient belagert fühlen. Wichtig ist, dass der Patient tatsächlich die Freiheit haben muss, Hinweise oder Nachfragen auch zu ignorieren oder zurückzuweisen. Ist dies nicht gewährleistet erhöht der Umgang mit den leiblichen Gegenübertragungen, die in jeder Therapie sowieso gegebene Gefahr der Grenzüberschreitung. (Siehe hierzu auch die untenstehenden Ausführungen über den Umgang mit Gegenübertragungen).

4. Zugang zum Gefühl des Patienten

Manchmal erleben die Patienten Gefühlszustände, die sie nicht zulassen können, weil sie keinen Zugang dazu haben oder es in der gegebenen Situation nicht wagen das Gefühl zuzulassen. Wenn sich der Therapeut für den Patienten öffnet, kann er anhand seiner leiblichen Resonanz einen Zugang zu diesen Gefühlen bekommen. Dieses Ein- und Mitfühlen kann sehr differenziert sein und auch sehr feine Nuancen können erschlossen werden.

Meist ergibt sich dabei, dass die nicht gelebten Gefühle eine Mischung von vielen sind. Wird diese Mischung vom Therapeuten genau in der Weise benannt, wie sie tatsächlich gegeben ist, hat dies häufig einen öffnenden Effekt. Es ist, als wirkt das genaue Benennen der Gefühlsmischung wie ein Schlüssel zur Tür der Gefühle. Es ist dann nicht einfach Wut, sondern z.B. traurige, einsame Wut, oder nicht Trauer, sondern einsame, leere Trauer die keine Tränen mehr hat, o.ä. Vermutlich wirkt hier auch der Umstand, dass der Patient erst durch die genaue Schilderung das Gefühl bekommt, verstanden zu werden, oder nicht mehr allein zu sein.

Interpretation der Wahrnehmungen

Ich möchte mich noch einmal der Frage zuwenden, wie man von der Gegenübertragung, z.B. Herzstichen, zu den dazugehörigen Fragestellungen gelangt. Wichtigstes Hilfsmittel ist, wie oben bereits ausgeführt, die Befragung des Patienten. Was stand gerade thematisch oder atmosphärisch im Raum? Was passierte zeitgleich mit der Wahrnehmung des Phänomens? Welches Thema wurde gerade berührt, wo gingen die Gedanken des Patienten gerade hin, welche Gefühle wurden berührt, etc.? Bei Herzschmerzen lässt sich der Bedeutungshintergrund meist relativ schnell erschließen, weil unsere Sprache deutliche Aussagen über die leibseelischen Bezüge von Herzschmerzen macht und der Patient sofort in dieser Richtung sucht. Bei Herzstichen, liegt die Vermutung nahe, dass es sich um „Herzens-

dinge“ handelt, also Verletzungen, Ängste, Unsicherheiten, Enttäuschungen o.ä. in Bezug auf andere. Bei anderen Phänomenen kann die Befragung aber auch unergiebig bleiben. Was bedeutet es, wenn der Patient Bauchschmerzen kriegt, ihm der Hals eng, der Rücken steif wird, oder das Knie oder die Lendenregion weh tut? Ergeben sich aus der Befragung des Patienten keine Rückschlüsse, sollte der Therapeut nicht weiter auf einer Klärung beharren, sondern das Gespräch weiter laufen lassen. Um in diesem Fall dennoch zu einer Arbeitshypothese für die weiteren Betrachtungen zu kommen, bieten sich folgende Möglichkeiten an:

Eigene Phantasien als Hinweis auf verborgene Inhalte

Eine Möglichkeit zu Hypothesen über die Bedeutung von Gegenübertragungsreaktionen zu kommen ist die eigene Phantasie. Da das gemeinsame Feld mit dem Patienten den Therapeuten als Ganzes berührt, ist damit zu rechnen, dass auch seine Phantasie davon beeinflusst wird. Wenn sich der Therapeut also für das körperliche Mitschwingen mit dem Patienten öffnet und gleichzeitig seine Phantasie wandern lässt, können diese Bilder sehr stimmige Bezüge zum Hintergrund des Patienten liefern.

Im obigen Beispiel mit der nach unten ziehenden Kraft, hatte ich in beiden Fällen meine Phantasie schweifen lassen, bevor ich die Patienten befragte. Im ersten Beispiel, sah ich in mir das Bild eines kleinen Mädchens, welches sich auf den Boden legte und sich dort in Wohlgefühl zusammenrollte. Im zweiten entstand das Bild eines bodenlosen Abgrunds, in den ich zu stürzen drohte, würde ich mich nicht am Stuhl festhalten. Beide Phantasien hatten direkten Bezug zur der Wahrheit der Patienten, wie sich in den anschließenden Gesprächen herausstellte.

In einigen Situationen habe ich erlebt, dass sich mir Phantasien als Gegenübertragungsreaktion aufdrängten, die sich nicht mehr nur in meinem Kopf, sondern außerhalb von mir abzuspielen schienen.

Beispiel: In einer Körperarbeit bin ich in direktem Kontakt mit dem Patienten, berühre ihn am Bauch im Bereich der Taille. Ich habe dabei die Gedanken(noch kein Bild) dass der Patient nicht wagt Energie in den Bereich unterhalb der Taille fließen zu lassen. Ich arbeite mit sanften Streichungen im Bereich der vermuteten Grenzlinie. Plötzlich habe ich das Bild eines Kriegertrupps, von einer Kriegerin angeführt, die den Patienten voller Hass und Verachtung umgeben und drohen, ihn mit ihren Speeren zu töten. Dieses Bild findet nicht in meinem Kopf statt, die Krieger stehen vielmehr dreidimensional im Raum. Ich weiß zwar, dass sie nicht wirklich da sind, aber es ist „als ob“. Ich frage sofort, was dem Patienten gerade durch den Kopf geht, wo er ist, wie es ihm geht. Er redet von der Wahrnehmung der Grenze in der Taille und von gleichzeitigen Gedanken über aktuelle Auseinandersetzungen mit seiner Freundin. Ich ermutige ihn den Beckenbereich wahrzunehmen und Energie hineinzulassen. Für einen Moment geht tatsächlich etwas Leben in das Becken hinein. Gleichzeitig habe ich wieder das Bild der Krieger, nur sind sie diesmal friedlich, und verhalten sich so, als würden sie nur darauf warten, dass sich der Patient ihnen anschließt. Die Besprechung ergibt, dass ihm in seiner Beziehung oft der Mut fehlt seine männliche Seite (Kriegerseite - mit Speer) zu leben.

Bei einer anderen Patientin tauchten ebenfalls häufig deutliche Phantasiegestalten im Raum auf. Ich führe diese Patientin an, weil bei ihr diese Art von Gegenübertragungsphantasien ab einem bestimmten Zeitpunkt in der Therapie einfach aufhörte. Dies ging, nach einer Therapiepause durch Urlaub, mit einer deutlichen Zunahme an Kompetenz der Patientin einher. Sie wirkte auf mich jetzt geschlossener, mehr bei sich und weniger auf mich reagierend. Kurze Zeit später fing die Patientin an ausgesprochen extensiv zu schreiben. Phantasiegeschichten, Erzählungen, Romane. Die Bilder, die sie mir vorher zu- geworfen hatte, verarbeitete sie jetzt selbst.

Wie kommt es zu solchen Bildern? Die Bilder im zweiten Beispiel entstanden in mir immer dann, wenn die Patientin sich abgrenzen wollte, dies aber nicht wagte, sondern versuchte den Anschein von Kontakt aufrechtzuerhalten. Ich vermute, dass die Patientin zur Bewältigung der nicht erlaubten Impulse in ein Entwicklungsstadium regredierte, in dem sie noch nicht getrennt, noch nicht als Individuum abgegrenzt war. Ihre Wünsche, Bilder und Phantasien gehörten nicht zu ihr, sondern allen. Durch zunehmendes inneres Wachstum in der Therapie wurde diese „geistige Inkontinenz“ gemildert, bzw. die Patientin brauchte nicht mehr so tief regredieren, weil sie andere Umgangsweisen mit dem inneren Material gefunden hatte.

Chinesische Medizin

Oft ist mir die chinesische Medizin, mit der ich mich seit einigen Jahren beschäftige, hilfreich. Da in diesem Denksystem keinerlei Unterscheidungen zwischen körperlichen und psychischen Krankheiten gemacht werden, gibt sie mir wesentliche Anregungen zur Auswertung meiner Körperreaktionen. Hierzu ein Beispiel:

Kürzlich hatte ich eine Patientin mit Knieschmerzen, die bei mir als Gegenübertragungsreaktion eine Enge im Hals auslöste. Beides - also Knieprobleme und Halsenge - wird im chinesischen Organverständnis der Leber zugeordnet. In der chinesischen Denkweise gibt es einen engen Zusammenhang zwischen Leberphänomenen und dem Gefühl des Zorns. Unterdrückter Zorn könnte also eine Ursache von Knieproblemen und Halsenge sein. Ich hatte eine Arbeitshypothese, die in diesem Fall sehr hilfreich war.

Sprache als Hinweis

Ein anderes wichtiges Reservoir an Weisheiten über leib-seelische Zusammenhänge ist unsere Sprache. Ich erinnere an Thorwald Detlefsen`s. „Krankheit als Weg“. Beispiele: Wut im Bauch, Angst im Nacken, etc.

Einige Hinweise zur Arbeit mit Gegenübertragungen

Die Arbeit mit Gegenübertragung ist keine eigene therapeutische Methode, sondern ergänzt bzw. vertieft lediglich die Möglichkeiten des Verfahrens mit dem gearbeitet wird. In der Integrativen Therapie ist die Einbeziehung der Gegenübertragung selbstverständlich. Das obenstehend formulierte Verständnis vom Leib umreißt den Rahmen der Möglichkeiten der Arbeit mit der Gegenübertragung. Indem der Therapeut durch den Blick auf die eigenen leiblichen Resonanzvorgänge Zugang zum leiblichen Geschehen des Gegenübers bekommt, eröffnet sich ihm die Person des Anderen in ihrer Ganzheit. Über die Teilhabe am Körpergeschehen hat er auch Bezug zu den sich abbildenden Gefühlen und Stimmungen. Da der Leib sedimentierte Leibgeschichte ist, nimmt der Therapeut auch unmittelbar Anteil an dieser Geschichte. Als „‘seelische Resonanz’ des Therapeuten auf das Material des Patienten“ dient sie als „‘seismographische’ Informationsmöglichkeit über die Seelenlage des Patienten“.³⁰ Die Wahrnehmung seiner Gegenübertragung gibt dem Therapeuten Aufschluss über die Beziehungsqualität, die er für den Patienten haben soll³¹, wer und wie er für den Patienten gerade ist, z.B. Vertrauensperson, angstmachend, Freund, Vater, Mutter, etc.

Die Gegenübertragung ist darüber hinaus wichtiges Hilfsmittel für die prozessuale Diagnostik.³²

Möglichkeiten des Patienten berücksichtigen

Inwieweit der Therapeut die Gegenübertragung verwendet, ist eine Frage der therapeutischen Indikation. Hier ist der Rahmen in dem gearbeitet wird zu beachten (vier Wege der Heilung³³), sowie Zielsetzung, Ansatz und Modalität³⁴. Weiterhin ist der Stand innerhalb des Therapieverlaufes und innerhalb der

³⁰ Petzold, Hilarion G.,1988, Bd.I/ 1, S.328

³¹ vgl. Petzold, Hilarion G.,1988, Bd.I/ 1, S. 329

³² Um deutlich zu machen, dass Diagnostik während des gesamten Therapieverlaufes geschieht und niemals endgültig ist, wird in der Integrativen Therapie von „prozessualer Diagnostik“ gesprochen. vgl. z.B. Rahm, D. u.a. 1993, S. 341

³³H.Petzold hat aus der Vielzahl der Möglichkeiten therapeutischen Vorgehens vier Grundstrategien herausgearbeitet: 1.Bewußtseinsarbeit/ Sinnfindung 2.Nachsozialisation/ Bildung von Grundvertrauen/ „Nach-Beelterung“ 3.Erlebnisaktivierung/ Persönlichkeitsentfaltung 4.Solidaritätserfahrung/ Metaperspektive und Engagement, u.a. in: Petzold, H./ Schuch, W., 1992, S. 466

³⁴H.Petzold unterscheidet für die Integrative Therapie drei Modalitäten: 1. übungszentriertes Verfahren, 2. erlebniszentriertes Verfahren, 3. konfliktzentriertes Verfahren. Das übungszentrierte Verfahren wird in psychagogisch-pädagogischen Ansätzen, das erlebniszentrierte Verfahren vor allem in pädagogischen, agogischen und heilpädagogischen Ansätzen verwendet. Das 3. Verfahren findet Gebrauch in psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Ansätzen. Vgl. z.B. Petzold, Hilarion G.,1988, Bd. I/ 2, S.495

Ich habe früher Erfahrungen als Tanzlehrer in der Fortbildung von Tanzstudierenden gemacht, also in einem pädagogischen Ansatz. In dieser Arbeit hatte ich u.a. auch versucht mit Hilfe meiner Gegenübertragung den Schülern einen Zugang zu einem besseren Ausdruck zu verschaffen. Ich musste feststellen, dass das Instrument der Gegenübertragung hervorragend geeignet

einzelnen Stunde (tetradisches Prozessmodell³⁵) zu berücksichtigen. Die spezifischen Ziele der Therapie müssen beachtet werden. Die Therapievereinbarung muss im Auge behalten werden. Die Fähigkeit des Patienten zu Intersubjektivität darf nicht überfordert werden. Der Patient muss da abgeholt werden wo er ist, der Stand der Beziehung zum Therapeuten muss Berücksichtigung finden.

In der eigenen Psychoanalyse habe ich erfahren, wie schwer es für den Patienten sein kann, wenn das Gegenüber die eigene Beteiligung am Geschehen nicht mitteilt. Erst in der letzten von mehr als 300 Stunden habe ich von der Analytikerin gehört, dass sie auch mit Gefühlen am Prozess beteiligt gewesen war. In der Zeit auf der Couch hatte ich häufig den Wunsch nach Unterstützung gehabt, hätte es gebraucht, die Anwesenheit des anderen Menschen bestätigt zu bekommen und war oft ohne Orientierung in meinem regressiven Sumpf.

Für die Integrative Therapie mit ihrem Ziel der Intersubjektivität, d.h. Begegnung in tatsächlicher Gleichheit, ist diese Art der persönlichen Zurückhaltung des Therapeuten nicht zu akzeptieren. Gerade frühkindliche Gefühle müssen endlich verbalisiert werden und damit greifbar, d.h. begriffen werden können. Ohne die Hilfe des Therapeuten und seiner Fähigkeit zur leiblichen Resonanz, Empathie und Einfühlung, sowie seiner Fähigkeit Gefühle auch zu verbalisieren, bleibt der Patient im sprachlosen Raum der Kindheit gefangen.

Selektive Offenheit und partielles Engagement

Dies ist nun keine Rede dafür, die Gegenübertragung ständig und vollständig mitzuteilen. Der integrative Therapiestil der „selektiven Offenheit“ und des „partiellen Engagements“ beinhaltet das Experimentieren mit den Möglichkeiten von Beziehung, Nähe, Distanz, Abstinenz und self-disclosure, um im jeweiligen Moment, „abhängig von der persönlichen Tragfähigkeit und aktuellen Belastbarkeit“ des Patienten und des Therapeuten, die „richtige und angemessene Interaktionsform zu finden“.³⁶

Partielles Engagement, „als eine Haltung des Sicheinlassens ohne sich zu verlieren“³⁷, verlangt vom Therapeuten ein „hohes Maß an Regulationsfähigkeit, was den Umgang mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen anbelangt“³⁸. Die Aufgabe der Partialität liegt darin, „dass sich der Therapeut für den Klienten engagiert, aber nicht mit ihm involviert“³⁹. In dem Moment, in dem der Therapeut sich involviert, verliert er mit der Distanz den Überblick über das Geschehen.

Die Arbeit mit Gegenübertragung geht in der Regel sehr tief, stellt Nähe her und kann dem Patienten das Gefühl geben machtlos dem „hellsichtigen“ Therapeuten ausgeliefert zu sein. Ein feinfühler Therapeut muss bereit sein, das, was er dem Patienten offen legt zu selektieren: d.h. vieles von dem was er wahrnimmt, solange Zeit für sich zu behalten, bis der Patient in der Lage ist, es für sich fruchtbar zu verwerten.

Eigene Therapie als Grundlage der Arbeit

Um Gegenübertragungen überhaupt als solche wahrnehmen zu können braucht der Therapeut Empathie, also die „Bereitschaft u. Fähigkeit, sich in die Einstellung anderer Menschen einzufühlen“⁴⁰. Der Beobachter muss bereit sein, sich der beobachteten Person gegenüber zu öffnen und ihr sein Interesse und grundsätzliche Sympathie entgegenzubringen. Die beobachtete Person darf nicht zum „Objekt der Beobachtung aus einem abstrakten diagnostischen Interesse“ degradiert werden, vielmehr muss die Arbeit von Mitfühlen und Mitschwingen getragen sein.⁴¹ Dies bringt auch die Notwendigkeit mit sich,

ist, die Ursachen „schwachen“ Ausdrucks zu entdecken. Der pädagogische Rahmen in dem ich arbeitete, verbot aber gleichzeitig diese Entdeckungen in allzu direkter Weise in den Unterricht einzubringen. Ich konnte also Informationen gewinnen, durfte diese aber wegen der Gefahr persönlicher Verletzung nur auf großen Umwegen oder gar nicht verwenden. In meiner psychotherapeutischen Tätigkeit ist der Einsatz der Gegenübertragung dagegen grundsätzlich möglich, wenn ich im 3. Modus arbeite und ansonsten die grundsätzlichen Vorgaben hinsichtlich der Arbeit mit Gegenübertragung (siehe unten) beachte.

³⁵ vgl. Rahm, D. u.a. S.370

³⁶ vgl. Petzold, Hilarion G., 1980, S.255

³⁷ a.a.O. S. 256

³⁸ a.a.O. S. 257

³⁹ a.a.O.

⁴⁰ (c) Dudenverlag

⁴¹ vgl. Petzold, Hilarion G., 1993, S.1182

Interventionen nicht als „technische Interventionen“⁴² zu verstehen, sondern sie aus dem persönlichen Bezug heraus zu setzen, was bedeutet, dass immer auch der Beobachtete selbst das Recht auf Rückkopplung und Zurückweisung der Interventionen haben muss.

Die Einbeziehung der Gegenübertragungsreaktionen in die Arbeit verlangt also große Sensibilität und Verantwortlichkeit des Therapeuten, da er sehr nahe an Andere herantritt, und durch den Blick auf noch unbewusste Strukturen Verletzungen möglich werden. Hier lauern die Gefahren der „Fehlempathie“ und entgleisender Übertragungs- Gegenübertragungskonstellationen, d.h. des Agierens eigener Problematik.⁴³ Es ist immer möglich, dass sich im Betrachter Prozesse abspielen, die vor allem zur Geschichte und zur Problematik des Betrachters selbst gehören.

Die einzige Möglichkeit nicht die Gegenübertragung mit der Übertragung zu verwechseln, ist die vorherige gründliche Auseinandersetzung mit der eigenen Person, also die eigene Therapie. Die Arbeit mit der Gegenübertragung erfordert breitangelegtes Sammeln von Erfahrungen und den Mut zum Experiment. Der Beobachter muss lernen, wofür er besonders sensibel ist, muss erfahren, bei welchen Gegenübertragungen er eher zweifeln sollte, auf welche er sich in der Regel verlassen kann. Das „Instrument“ mit dem gespürt werden soll, muss zuerst „gestimmt“ werden, damit von der erlebten Resonanz auf die Quelle der Anregung, also den Patienten geschlossen werden darf.

Es sei noch einmal betont, dass die Gegenübertragung selbst nur von sekundärer Bedeutung ist. Sie muss immer erst analysiert und auf dem Hintergrund des Patienten und der Situation verstanden werden.

Fragende Haltung

Viele der oben genannten Vorsichtsmaßnahmen finden Berücksichtigung, wenn der Therapeut eine fragende Haltung einzunehmen. Ich habe es mir zur Gewohnheit gemacht, am Anfang einer Therapie dem Patienten nichts von meinen Wahrnehmungen mitzuteilen. Ich frage nur nach. Habe ich z.B. eine Wahrnehmung am Herzen, frage ich möglichst allgemein, „wie geht es ihnen gerade“, oder „was spüren sie in diesem Moment“. Auf diese Weise erfahre ich, wie der Patient die Situation erlebt, die bei mir Herzschmerzen auslöst. Ich erfahre, was er spürt, welche Worte er benutzt, welche Körperregionen ihm selbst zugänglich sind. Erst in einer viel späteren Phase der Therapie weise ich auch direkter auf spezifische Regionen oder Empfindungen hin.

Zusammenfassung:

Anhand von Beispielen aus der therapeutischen Praxis werden Möglichkeiten zur Einbeziehung eigenleiblicher Wahrnehmungen in die Psychotherapie aufgezeigt. Aufgrund der zwischen Menschen immer gegebenen leiblichen Bezogenheit (primordiale Ko-respondenz, H.Petzold) findet ständig ein unmittelbarer (zwischenleiblicher) Austausch leiblicher Erregungszustände statt. Einem Beobachter ist über den Blick auf eigene leibliche Vorgänge, ein differenzierter Zugang zu körperlichen und damit auch zu emotionalen und geistigen Vorgängen im Anderen möglich. In der Psychotherapie kann leibliche Resonanz in mehrerer Hinsicht benutzt werden. Die Unmittelbarkeit leiblichen Austausches gibt dem Therapeuten die Möglichkeit durch sofortiges Nachfragen Zugänge zu Themen zu bekommen, die ansonsten hinter der Abwehr verborgen geblieben wären. Unterbrechungen des Gegenwartsbezuges (Übertragungen) der Patienten können erschlossen werden. Die Arbeit mit leiblicher Resonanz schafft die Möglichkeit zu großer Nähe, ist also ein besonderes Werkzeug für die Arbeit an und in der Beziehung. Auf die Gefahren eines unqualifizierten Umganges mit Gegenübertragung wird hingewiesen.

Abstract:

By showing examples of the therapeutical practice, possibilities of integrating own bodily perceptions into psychotherapy are pointed out. Because of an always present bodily relation between human beings (*primordial Co-respondence*, H. Petzold) there is permanently a direct exchange of bodily states of excitement. By looking at his own body-processes an observer is able to gain a differentiated access

⁴² a.a.O.

⁴³ a.a.O.

to bodily and thus also emotional and mental processes taking place inside the other person. Psychotherapy can make use of body- resonance in variable ways: Being direct, bodily exchange allows the therapist by prompt inquiry to access topics, which otherwise would have stayed concealed behind the patient's defense. Interruptions of the patient's present consciousness can be made accessible. The work with body-resonance provides the possibility of nearness to the patient, and thus is a helpful tool for working on and in the therapist-patient relationship. Dangers of an unqualified use of cross transmission are called attention to.

Literatur:

Dethlefsen, Thorwald, Krankheit als Weg, München 1983, 23. Aufl. 1988

König, Karl, Gegenübertragungsanalyse, Göttingen 1993

Krause, Rainer., Psychodynamik der Emotionsstörungen, in Petzold, Hilarion G. (Hrsg.), Die Wiederentdeckung des Gefühls, Paderborn 1995

Boadella, David, Emotionen in der Psychotherapie, in Petzold, Hilarion G. (Hrsg.), Die Wiederentdeckung des Gefühls, Paderborn 1995

Petzold Hilarion G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, in: Petzold, Hilarion G.(Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn 1980

Petzold, Hilarion G. (Hrsg.), Leiblichkeit, Philosophie, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Paderborn 1986

Petzold, Hilarion G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie: ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie; Bd.I, 1-2; Paderborn, 1988

Petzold, Hilarion G., Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie, Bd. II, 1-3, Paderborn 1993

Petzold, Hilarion G. (Hrsg.), Die Wiederentdeckung des Gefühls, Paderborn 1995

Petzold, H./ Schuch, W. Grundzüge des Krankheitsbegriffes in der Integrativen Therapie, in: Petzold, Hilarion G. (Hrsg.), Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Paderborn, 1992

Rahm, D./ Otte, H./Bosse, S., Einführung in die Integrative Therapie, Paderborn 1993

Schmitz, Hermann, Leib und Gefühl, Paderborn 1992

Schmitz, Hermann, Phänomenologie der Leiblichkeit, in Petzold, Hilarion G. (Hrsg.), Leiblichkeit, Paderborn 1986

Schmitz, Hermann, System der Philosophie, Band II, 1 Teil: Der Leib, Bonn, 1965, 2. Aufl. 1982

Schmitz, Hermann, System der Philosophie, Band II, 2. Teil: Der Leib im Spiegel der Kunst, Bonn. 1966. 2. Aufl. 1987

Stern, D.N., Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart, 1992

Zur Person des Verfassers:

Reinhardt Krätzig, geb.1951, Grundausbildung als Studienrat, Hochschulabschluss Leibeseziehung, Geographie 1978, Freie Universität Berlin; Weiterbildung zum Tanzpädagogen, Mitbegründer und Mitleiter der Tanzfabrik Berlin, Weiterbildung in Integrativer Bewegungstherapie am Fritz-Perls-Institut (FPI), Düsseldorf ab 1983; Heilpraktikererlaubnis; Ergänzende Weiterbildung in Lomi-Körpertherapie und Akupunktur. Berufliche Ausübung der Psychotherapie in der psychosomatischen Abteilung der Brandenburg-Klinik, Bernau. Daneben tätig in freier Praxis als Einzel-, Gruppen- und Paarpsychotherapeut, sowie Coaching und Supervision.

Veröffentlicht im Internet unter: www.psychotherapie.onlinehome.de. Unter der Rubrik „Fachinformationen“ finden Sie diese und andere Veröffentlichungen des Verfassers.

Kritik, Anfragen, Rückkoppelung an:
Reinhardt Krätzig, Lindenallee 21, 16547 Birkenwerder
e-mail: r.kraetzig@online.de