

Inhalt

Editorial	3	<i>Ernst Kern</i> Die körperpsychotherapeutische Perspektive in der Personzentrierten Traumatherapie auf dem Hintergrund des Stern'schen Modells der Selbstentwicklung (Teil 3)	91
Hauptbeiträge: Vorträge, gehalten am 7. Wiener Symposium »Psychoanalyse und Körper«			
<i>Robert C. Ware</i> Ich höre Deine Scham	5	Interview mit André J. Sassenfeld, befragt von Peter Geißler (Teil 1)	109
<i>Susanne Bauer,</i> <i>gem. mit Alemka Tomicic, Claudio</i> <i>Martinez, Alejandro Reinoso,</i> <i>Hanna Schäfer, Angela Peukert</i> <i>und Aspasia Frangkouli</i> Die Bedeutung von Stimme und Stimmklang im psychotherapeutischen Prozess aus der Sicht der Patienten und Patientinnen		Rezensionen <i>Peter Geißler & Günter Heisterkamp</i> Jaeggi, E. & Riegels, V.: Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	119
<i>Michael Tillmann</i> Vom Tonangeben des Unbewussten in der prä- und postnatalen Hörwelt	27	<i>Robert C. Ware</i> Geißler, P.: Analytische Körperpsychotherapie. Eine Bestandsaufnahme	
Originalarbeiten			
<i>André J. Sassenfeld</i> Körpersprache und relationale Intentionalität	51	<i>Elisabeth Pellegrini</i> Greenspan, S.I. & Shanker, S.G.: Der erste Gedanke. Frühkindliche Kommunikation und die Evolution menschlichen Denkens	
	71	Veranstaltungskalender	129

Impressum

Psychoanalyse und Körper
www.a-k-p.at



ISSN 1610-5087

9. Jahrgang, Nr.: 17, 2010,
Heft II

ViSdP: Der Herausgeber; bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen die Autoren. Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen nicht in jedem Fall eine Meinungsäußerung des Herausgebers, der Redaktion oder des Verlages dar.

Erscheinen: Halbjährlich

Herausgeber:
Peter Geißler, Neu-Oberhausen bei Wien,
Österreich

Redaktionsanschrift:
DDr. Peter Geißler
A-2301 Neu-Oberhausen,
Dr. Paul Fuchsigg, 12
Tel., Fax 0043-1-7985157
E-Mail: geissler.p@aon.at

Übersetzungen ins Englische:
Wolfgang Mayr
Übersetzungen ins Spanische:
André Sassenfeld

Der Herausgeber freut sich auf Ihre Manuskripte, die nach Eingang möglichst rasch begutachtet werden.

Satz: Hanspeter Ludwig, Gießen
Druck: Majuskel Medienproduktion
www.majuskel.de

PKV

Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10
35390 Gießen
Tel.: 0641/96997826 · Fax: 0641/96997819
E-Mail: bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Bezug:
Jahresabo: 25 Euro (zzgl. Versand)
Einzelheft: 14,90 Euro (zzgl. Versand)
Bestellungen von Abonnements bitte an den Verlag, Einzelbestellungen beim Verlag oder über den Buchhandel.
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis zum 15. November erfolgt.

Copyright:
© 2010 Psychosozial-Verlag
Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den Herausgebern. Alle Rechte, auch die der Übersetzung, vorbehalten.

Anzeigen:
Anfragen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der aktuellen Mediadaten. Sie finden sie im Downloadbereich auf www.psychosozial-verlag.de.

Editorial

Der in *Psychoanalyse und Körper* Nr. 16 begonnene Themenschwerpunkt auf die stimmlich-akustisch-musikalische Domäne wird in diesem Heft mit drei weiteren Beiträgen fortgeführt: mit Robert Wares Artikel zur Schamthematik, mit dem Beitrag von Susanne Bauer und ihren Kolleginnen und Kollegen zur Bedeutung des Stimmklanges in der Psychotherapie anhand einer Fragebogenuntersuchung und mit Michael Tillmanns Arbeit zur neuen Volkskrankheit Tinnitus.

Das Heft wird durch zwei weitere Beiträge vervollständigt. Der in Santiago de Chile an der Pontificia-Universität tätige deutschstämmige André Sassenfeld – er lehrt an der Universität u. a. analytische Körperpsychotherapie – erweitert das Körperlesen, das in der Bioenergetischen Analyse ursprünglich als charakterdiagnostisches Mittel aus einem ein-personen-psychologischen Blickwinkel angewandt wurde – im Hinblick auf ein relationales Verständnis von Körperpsychotherapie. Und schließlich folgt in diesem Heft der dritte Teil des Artikels von Ernst Kern zur Integration des Stern'schen Entwicklungsmodells in die Personenzentrierte körperorientierte Traumatherapie.

Ein Interview, das ich mit André Sassenfeld im Frühjahr 2009 durchführte, vervollständigt die Beitragssammlung. Dieses Heft ist Hans Müller-Braunschweig gewidmet. Er ist einer jener Psychoanalytiker, die sich seit langer Zeit für verschiedene Formen von Körperpsychotherapie stark gemacht haben und den Mut hatten, dies auch öffentlich zu vertreten. Für sein großes Engagement, auch in Sachen analytische Körperpsychotherapie, sei ihm herzlich gedankt!

Peter Geißler

Ich höre Deine Scham¹

Der intersubjektive Umgang mit unaussprechbaren Affekten

Robert C. Ware

Zusammenfassung: Schamkonflikte gehören bei allen Menschen zu den am häufigsten verschwiegenen. Um die unsäglichen, unaussprechlichen Schamafekte seines Therapiepartners zu »hören« und gefühlsmäßig zu verstehen, ist der Therapeut auf die spiegelnde Resonanz seiner eigenen Scham, Scham-Angst und Beschämungsgeschichte angewiesen. Die abgewehrte Beschämungsnotlage des Patienten bringt in teils wortlosen körperlich-emotionalen Interaktionen die Schamerfahrungen des Therapeuten zum Erklingen. Zur Korrektur früher Beziehungserfahrungen inkongruenter Spiegelung brauchen Patienten häufig nicht sosehr Empathie im Sinne von Mit-Leiden als vielmehr die Resonanz eines abgegrenzten, auf sie und ihr Gefühl bezogenen Anderen. Die Scham des Gegenübers kann der Therapeut oft am besten schützen und Entwicklung fördern, indem er wie ein Resonanzboden eigene Schamgefühle und -erlebnisse intersubjektiv anklingen lässt.

Schlüsselwörter: Beschämungsgeschichte; intersubjektive Übertragung/Gegenübertragung; Resonanz; Schamkonflikte; Spiegelung

Abstract: Shame conflicts are among the most hidden of all psychic conflicts. In order to hear and understand the unspeakable and often inexpressible affects of his therapy partner, the therapist must listen both to the patient and especially to the resonance of his own shame, shame-anxiety and personal history of shame-experiences. The shame-plight of the one resonates in and constellates the shame-experiences of the other. In order to correct early relational experiences of incongruent mirroring patients often need more than empathy with their plight the resonance of a self-contained person who responds to their needs by mirroring from the depth of his own feeling reactions. A therapist can often best protect the shame of his patient by providing him or her with the sounding board of his own subjective shame feelings and experiences.

1 Überarbeitete, erweiterte Fassung eines Vortrages am 22.05.2009 auf dem 7. Wiener Symposium für Psychoanalyse und Körper zum Thema »Der Gesang der Sirenen: Hören – Sprechen – Stimme – Resonanz«.

Key words: shame history; intersubjective transference/countertransference; resonance; shame conflicts; mirroring

Resumen: Los conflictos relacionados con la vergüenza pertenecen a los conflictos que en todas las personas son los que más se esconden. Para »escuchar« los indecibles e inpronunciables afectos de vergüenza de su pareja terapéutica y entenderlos emocionalmente, el terapeuta depende de la resonancia espejeadora de su propia vergüenza, de su propio miedo a la vergüenza y de su propia historia relacionada con la vergüenza. Lo relacionado con la vergüenza de lo cual el paciente se defiende hace resonar en interacciones parcialmente no-verbales corporal-emocionales las experiencias de vergüenza del terapeuta. Para la corrección de experiencias relacionales tempranas vinculadas con un espejeamiento incongruente, los pacientes a menudo no necesitan tanto la empatía en el sentido de compasión, sino más bien la resonancia de un otro diferenciado que está ligado a ellos y su sentimiento. El terapeuta muchas veces puede proteger de la mejor manera la vergüenza del otro y promover su desarrollo al permitir que, como caja de resonancia, resuenen propios sentimientos y experiencias de vergüenza de manera intersubjetiva.

Palabras clave: historia relacionada con la vergüenza; transferencia/contratransferencia intersubjetiva; resonancia; conflictos relacionados con la vergüenza; espejeamiento

»Ich weiß, dass das, was gesagt wird, oft weniger wichtig ist als der Ton, in dem die Worte gesprochen werden. Im Dialog ist Musik – unerklärliche Harmonien und Dissonanzen, die im Körper vibrieren wie eine Stimmgabel.«
Siri Hustvedt (2008, S. 293 – Übers. RW)

Zur Einstimmung eine Metapher: Elefanten kommunizieren untereinander mittels Infraschall-Lauten, die vom menschlichen Ohr nicht wahrnehmbar sind. Die langsamen Schwingungen werden durch das Erdreich über Dutzende Kilometer übertragen und durch sensorische Zellen in allen vier Füßen des Artgenossen wahrgenommen. Die seismischen Signale werden direkt durch Bein-, Schulter- und Schädelknochen ans Mittelohr geleitet. Das Gehirn des Elefanten kann die Richtung des seismischen Signals aus den zeitlichen Unterschieden in den Fußsensoren feststellen (Smithsonian 2009, S. 19; Wikipedia »Elefant«). Die Pointe ist ganz einfach: Es gibt Kommunikationen, die wir (akustisch) nicht hören können, und dennoch hören – *in der atmosphärischen Tiefe basaler Bewegungsmuster* (vgl. Heisterkamp 2010).

Das Problem – sagte mir meine Frau – *ist das Wort Scham!* Sie hatte eine Abhandlung über das Schamgefühl erwartet. Ursprünglich war das auch meine

Absicht. Wie so oft aber beim Schreiben ging das Thema mit mir eigene Wege, und unversehens fand ich mich wieder beim Thema Scham *hören*. Wie *hört* man Unausprechbares? Was geschieht dabei in der Intersubjektivität der therapeutischen Beziehung? Was hört man akustisch mit dem Ohr? Was hört man in der inneren Resonanz des Gefühls? Wie kommt emotionale *Resonanz*, nach Duden² das Mitschwingen/Mittönen eines Körpers in der Schwingung eines anderen Körpers, zustande? Ist Metapher nur eine lexikalische, verbale Bildsprache? Oder gibt es, wie bei den Elefanten, auch eine vorsprachliche somatopsychische Bedeutungsübertragung im Mitschwingen eines Körpers in der Schwingung eines anderen Körpers? Für Letzteres plädiere ich im vierten Teil meiner Ausführungen.

Mein Vortrag ist in vier Teilen gegliedert: In den ersten beiden Teilen geht es um Intersubjektivität im Umgang mit unaussprechbaren Affekten. Anschließend schildere ich Erlebnisse in einer Gruppenpsychotherapie; damit will ich das Hervortreten von Schamkonflikten in therapeutischen Begegnungen illustrieren, aber vor allem das Wandlungspotenzial von solchen »Momenten der Begegnung« (Stern 2002) darstellen. Im vierten Teil besinne ich mich auf die Frage des »*Hörens*« in der Psychotherapie: Gibt es ein Drittes zwischen dem verbal-metaphorischen und dem akustischen Gehör, ein sensorisches bedeutungsbildendes körperliches Mitschwingen? Mit welchem Ohr hören wir?

Einführung: Intersubjektivität, eine radikale relationale Einstellung

Ganz zu Beginn seiner Studie über *Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis* berichtet Chris Jaenicke (2006, S. 11f.), wie er Anfang der 80er Jahre seinen damaligen Lehranalytiker direkt fragte, ob er (der Analytiker) ihn (den Analysanden) *liebe*? An dessen Antwort erinnere er sich

2 Duden »Etymologie« (1989): *Resonanz*: »Widerhall; Mitschwingen, Mittönen« ... im 15.Jh. aus dem *spätlat.* *resonantia* »Widerschall, Widerhall« entlehnt – aus *re-* »zurück, wieder« und *sonare* »tönen, hallen«. »Resonanz« i. S. v. »Anklang, Verständnis, Wirkung« erfolgte im 17.Jh. unter Einwirkung von entsprechend *frz. résonance*.

Metapher: »übertragener, bildlicher Ausdruck; Bild«: Das Fremdwort ist eine gelehrte Entlehnung des 17.Jh.s aus *griech.-latein.* *metaphora* »Übertragung (der Bedeutung); bildlicher Ausdruck«. Gehört zu *griech.* *meta-phérein* »anderswohin tragen; übertragen«. Im Großen Duden heißt es: (bes. als Stilmittel gebrauchter) sprachlicher Ausdruck, bei dem ein Wort (eine Wortgruppe) aus seinem eigentümlichen Bedeutungszusammenhang in einen anderen übertragen wird, ohne dass ein direkter Vergleich die Beziehung zwischen Bezeichnendem und Bezeichnetem verdeutlicht; bildliche Übertragung (z. B. das Gold ihrer Haare). Vgl. Leikert (2008), S. 17–32: »Die Metapher als Fenster der Sprache«. »Bedeutung«, schreibt Leikert (ebd., S. 36), »entsteht aus der Beziehung von Empfindung (Binnenwahrnehmung) und Außenwahrnehmung«.

nicht, schreibt Jaenicke: »Ja« lautete sie jedenfalls nicht.« Mir selbst wäre es als jungem Analytiker 1980 nicht anders gegangen, hätte ein Patient oder eine Patientin gewagt, so etwas Unerhörtes, ja Unverschämtes zu fragen. Andererseits, just in dem Jahr veröffentlichte ich einen Aufsatz über die »Handhabung der Übertragung/Gegenübertragung als interpersonelle Form von aktiver Imagination« (Ware 1980). Den dort berichteten Therapieansatz erkenne ich nun rund 30 Jahre später als einen tastenden Versuch aus Jung'scher Sicht, mit Intersubjektivität in der klinischen Praxis umzugehen.

Schon immer gehört es zu meinem persönlichen Therapiestil, bildhaft mit persönlichen Anekdoten und eigenen Lebenserfahrungen, auch mit körperlichen Gesten und Handlungen zu interagieren und zu modellieren. Es ist eine Art von Begegnung, die Vertrauen fördert und Patient/-innen aus der Reserve herkömmlicher neurotischer Beziehungsmuster herauslockt. Ich gehe davon aus, dass der Patient im lebhaften und leibhaftigen Dialog – mit oder ohne konkrete körperliche Handlungen – neue Formen von emotionaler Beziehung erleben und »dazulernen« kann. Im analytischen Prozess geht es »nicht nur um die Interpretation alter Erlebnisdispositionen, sondern um die Generierung einer neuen, bis dahin noch nie erlebten Form der Beziehung, in der sehr viel Realität des Analytikers zum Tragen kommt« (Mertens 2000, S. 78). Hierzu gehört für mich – ich betone, es ist meine persönliche Gleichung – die exemplarische Selbstmitteilung als ein zentraler Aspekt der therapeutischen Interaktion. Mit C. G. Jung gesprochen: »Jeder Psychotherapeut hat nicht nur seine Methode: *er selber ist sie*. [...] Der große Heilfaktor der Psychotherapie ist die Persönlichkeit des Arztes, die nicht a priori gegeben ist, sondern eine Höchstleistung darstellt« (1945, par. 198, Kursiv im Orig.).

Unter den psychoanalytischen Intersubjektivisten ist »Mutualität« ein Kernbegriff.³ Im zweiten Teil meiner Ausführungen beziehe ich mich auf eine Form von Intersubjektivität, die einen offenen emotionalen und gedanklichen Austausch *inter pares* (unter Gleichen) darstellt. Solche Zuspitzung kommt in meiner Praxis sehr selten so vor; umso lehrreicher ist sie. Am ehesten findet ein solcher paritätischer mutuellem Austausch in fortgeschrittenen Stadien von längeren Therapien mit besonders seelisch begabten oder psychologisch geschulten Therapie-Partnern statt. Jenseits der Unterschiedlichkeiten von persönlichen klinischen Stilen handelt es sich bei der Intersubjektivität in erster Linie um eine radikale relationale *Einstellung*,

3 Sandor Ferenczi wird im Zuge seines »*grand experiment*« (Balint) mit Elizabeth Severin (Deckname »RN«) allgemein als der Urahn jeglicher »mutuellen« bzw. interpersonalen Psychotherapie gesehen. In der heutigen Praxis einer angewandten »mutuellen Analyse« gibt es entscheidende Unterschiede zu Ferenczis Experiment. Allen voran gilt: Die Grenze zwischen Analytiker und Analysand/-in soll nie aufgehoben werden. Zwar kann es innerhalb des Prozesses zeitweilig durchaus zu verwirrender, regressiver *Interpenetration* kommen, doch die prinzipiell asymmetrische Rahmenbedingung wird nicht in Frage gestellt. Vgl. Maroda 1998b.

die die persönlichen Gleichungen beider Teilnehmer am psychotherapeutischen Prozess ausdrücklich ernstnimmt mitsamt den unvermeidbaren Übertragungen, (Rest-)Neurotizismen und den Ressourcen beider. Im Mittelpunkt stehen der emotionale Kontakt und die emotionale Verführbarkeit *füreinander*.⁴

Die Schattenseiten eines interaktionellen therapeutischen Modells müssen auch beachtet werden: Besonders in der mutuellen Intersubjektivität, und das nicht nur in der analytischen Körperpsychotherapie, setzt man sich vermehrt »Verstrickungsmöglichkeiten« aus, allen voran denen eines kollusiven Gegenübertragungs-*Agierens* (Geißler 2009, S. 153 u. 211f.). Ein feines Gespür für den jeweils richtigen Grad an Nähe oder Distanz will sorgsam gepflegt werden. Bei Schamkonflikten und Schamangst sind immer Identitätsfragen angesprochen. Gerade bei der Scham bewegen wir uns in so basalen strukturellen Ebenen, dass immer das Risiko einer *folie à deux* lauert – zum Beispiel in einer Überidentifizierung mit dem vermeintlichen Opferschicksal des/der Patient/-in. Im Umgang mit Schampathologien ist es wichtig, dass die subjektale oder täterhafte Seite des Erlebens nicht übergangen wird (vgl. Kuhn/Titze 1997, bes. S. 197–201). Gehen Patient/-innen selbstverantwortlich mit ihrer Scham/Beschämung um? Oder dient das Schamerleben der Festigung von Abwehr und Verleugnung in einer wandlungsresistenten Opfer-Identität?

Wegen der unauflösbaren Paradoxie zwischen der symmetrischen, interaktiven Beziehungsdimension und dem asymmetrischen, objektalen Aspekt derselben nennt schon Freud unseren Beruf »unmöglich«: Jeder Pol enthält die Abwehr des anderen in sich. Therapeuten müssen lernen, wie Blinde zu sehen! Das bedeutet eine stetige Ich-Aufteilung zwischen einem möglichst objektiven, (selbst-)kritischen *Beobachter* und einem subjektiv-partizipierenden *Mitspieler* in den unbewussten Inszenierungen der therapeutischen Interaktion. Vonnöten ist ein partizipierender *und* reflektierender Hinterfrager, dessen Neugierde immer wissen will, was gerade in der Übertragung/Gegenübertragung gespielt wird. »Das Bewusstsein für solche unbewussten Inszenierungen kann und will geschärft werden, indem man fortwährend seine Gegenübertragungsreaktionen befragt. Ebenso hat der mitfühlende und mitinszenierende Therapeut stets seine eigenen Übertragungen – im Unterschied zu syntonen Gegenübertragungen innerhalb des Beziehungssystem des Patienten – zu befragen, um sich und den Patienten vor den Gefahren unterschwellig narzisstischer, sadistischer oder latent sexueller

4 Am umfassendsten hat sich m.W. die amerikanische Psychoanalytikerin Karen Maroda in drei Büchern über »die Macht der Gegenübertragung« damit auseinandergesetzt (Maroda 1991/2004², 1998a, 2010). Konkrete Beispiele, wie weitgehend und gewagt solche therapeutischen Strategien »radikaler Mutualität« (Louis Aron im Vorwort zu Maroda 2004²) von herkömmlichen Psychoanalytikern praktiziert werden, erlebt man in den klinischen Vignetten von Steven H. Knoblauch(2000; vgl. Ware 2009). Es ist zu bedauern, dass diese Bücher bisher nicht in deutscher Sprache erschienen sind.

Missbrauchstendenzen zu schützen« (Ware 2007b, S. 477). Der verstehende Beistand gleichgesinnter Kolleg/-innen ist hier unentbehrlich.

Sobald man sich auf die Schamkonflikte anderer einlässt, werden eigene Schamkonflikte und die eigene Schamgeschichte wiederbelebt. Dies gilt in Therapieprozessen – gilt aber auch beim Schreiben darüber. So fand ich mich selbst beim Schreiben anfänglich von Scham und Schamangst blockiert. Einmal *träumte ich* von einer Maus, die sich als Ratte entpuppte und in unserem Vorgarten nagte. Auch real wäre in unserer dörflichen Heimat das Sichten einer Ratte am Haus ein schwer beschämendes Ereignis. So nagte an mir die Schamangst, ich hätte letztlich zum Thema Scham beim Therapeuten nichts zu sagen, ich setze mich nur dem Versagen und der Bloßstellung aus – Gefühle, die ich genauso in Therapien erlebe, wenn ich an der Hilflosigkeit und den Schamkonflikten meiner Patient/-innen partizipiere – oder wenn, wie neulich, eine erfahrene, mutige Patientin mir mein eigenes Übertragungs-Agieren vor Augen führte. Bei ihrer einfühlsamen Deutung meiner Verstrickung empfand ich gleichermaßen Dankbarkeit *und* Beschämung. So nistete sich auch beim Schreiben bleiern Beschämung ein und lähmte mich längere Zeit. Dadurch trug diese Arbeit zum empathischeren Verstehen von Menschen mit Beschämungskonflikten bei – und das sind nach meiner Erfahrung letzten Endes *alle!* Seit Adam und Eva, so die biblische Herleitung, ist die Nacktheit (die Scham) eine Grundbedingung der menschlichen Existenz (vgl. Jacoby 1991, S. 39–45). Ebenso gilt, wie ich öfters betone: Am eigenen Leibe [hier bezüglich Scham und Schamangst] ist stets am Besten verstanden! Und damit sind wir bereits *medias in res*.

Die Beschämungsnotlage des einen bringt die Schamerfahrungen des anderen zum Erklingen

Scham ist *immer* »ansteckend«. Sie bringt stets die Schamerfahrungen des anderen zum Erklingen – was wir in der nahezu universellen Tendenz beobachten können, über die Bloßstellung anderer zu lachen; es ist oft die Abwehr einer mitempfindenen Schamreaktion. Im alltäglichen Umgang (auch in der Therapie) erleben wir die Scham anderer meistens in abgewehrter Gestalt. Äußerlich sehen wir nur die *Maske* der Scham, hinter der andere ihre schamanfällige Verletzlichkeit zu schützen suchen. Umso mehr sind wir auf die Analyse der Gegenübertragung angewiesen, um hinter der Maske den Schamkonflikt des anderen wahrzunehmen (vgl. Marks 2007, S. 178f.).

Frühe Beziehungserfahrungen von inkongruenter Spiegelung hinterlassen strukturelle Defizite im eigenen Selbst und einen Zustand der Ur-Scham.⁵ Solche

5 Vgl. zur Entstehungsgeschichte der Scham Tiedemann (2007), S. 31–47; zur radikal-phänomenologischen Analyse Kuhn/Titze 1997, zur psychologischen Bedeutung Jacoby 1991.

Erfahrungen sind immer zutiefst schambeladen, beschämend, demütigend, traumatisierend. Zur therapeutischen Korrektur solcher Defizite brauchen Patienten häufig weniger die Empathie ihres Therapeuten im Sinne des Mitempfindens ihres Leides.⁶ Das brauchen sie natürlich auch, aber noch mehr benötigen sie die emotionale Resonanz eines abgegrenzten, auf sie und ihr Gefühl bezogenen Anderen, der zuhört und den emotionalen Stimmklang des Gegenübers im Gefühl des eigenen Selbst anklingen lässt. Das gilt schon für die Entstehung des Selbst in der frühen Interaktion zwischen Mutter und Baby, umso mehr in der nachholenden Reifung eines defizitären Selbst in der therapeutischen Beziehung. Als Korrektiv ist eine emotional kongruente Spiegelung erforderlich, in der die gefühlsmäßige Verfügbarkeit des Therapeuten spürbar wird. Oft kann der Therapeut die Scham seines Gegenübers am besten schützen und dessen Entwicklung fördern, indem er wie ein Resonanzboden eigene Schamgefühle und -erlebnisse intersubjektiv anklingen lässt. Scham ist par excellence ein intersubjektives Geschehen (Tiedemann 2007, 2008).

Infolge traumatischer früher Verlassenheitserlebnisse und des Fehlens von emotionalem und körperlichem Halt in ihrer Kindheit und Jugend fürchten manche Patient/-innen, dass ihre Gefühle und Affekte, insbesondere ihre Wut, ihr Groll und Zorn grenzenlos destruktiv seien (Weiß 2008). Eine solche Patientin – Geißler (2009, S. 211 u. 243) spricht von »Interaktionspartner« – forderte von mir im Laufe einer intensiven körperpsychotherapeutisch-analytischen Therapie immer mehr, dass ich meine Gefühle als Halt, Orientierung und Eingrenzung ihrer eigenen mitteile. Wie Pelleas und Melisande in der gleichnamigen Oper von Claude Debussy war sie seelisch »ein mutter- und vaterloses Kind, ohne inneren Halt und Orientierung für den Schutz des eigenen Selbst und für die schöpferische Gestaltung der ihm lebensnotwendigen Beziehungen« (Bingel 2009, S. 87). Mein spiegelndes Mitgefühl, meine Empathie, fand sie nicht hilfreich, meine Deutungen und Gedanken schon gar nicht. Nur an meinen eigenen »authentischen« Gefühlsäußerungen und Affekten erhielten die ozeanisch-ausufernden Gefühle meiner Patientin Kontur und wurden ihr erträglich. Statt Empathie (das Hören auf die Gefühle meines Gegenübers) musste ich lernen, präzise auf meine eigenen Gefühlsregungen zu hören – und diese therapiefördernd einzubringen. Das Kunststück ist natürlich, die eigenen Gefühle zu filtern, zu überprüfen und – wenn überhaupt – metabolisiert in den Therapieprozess einzubringen. Damals ließ ich mich auf ein Experiment der Mutualität ein und ließ mich vom Prozess meiner

6 Für Hinshelwood bedeutet Empathie: »Ein wahrnehmender Teil des eigenen Selbst [wird] in die Situation des anderen versetzt, damit er, in der Phantasie, dessen Erfahrungen machen kann« (1993, S. 379). Er sieht Empathie als »ein *Eindringen* in eine andere Person« (Kursiv RW) – möglicherweise ein Hinweis, weshalb manche störbare Patient/-innen sich gegen empathische Äußerungen des Therapeuten wehren. Vgl. Knoblauch (2000), S. 79–80.

Interaktionspartnerin leiten. Später stieß ich auf die relationale (intersubjektive) Psychoanalyse.⁷ Doch wie so oft kam der studierte Reflexionsprozess erst nach einer ausführlichen Lernerfahrung am eigenen Leib zustande.

Von meiner Interaktionspartnerin lernte ich immer mehr, mich auf meine eigenen Gefühle in der Beziehung zu ihr einzulassen und sie gegebenenfalls offen und aufrichtig mitzuteilen. Mehr und mehr entwickelte sich der Therapieprozess im Sinne von Winnicotts »Fortsetzung der eigenen Analyse mit anderen Mitteln«⁸ zu einer Erforschung der Wechselfälle der mutuellen Beziehung. Prägnant schreibt C. G. Jung (1921/1928, par. 289): »Der Prüfstein jeder Analyse [...] ist immer diese Mensch-zu-Mensch-Beziehung. In dieser psychologischen Situation steht der Patient dem Arzt als Gleichberechtigter und mit derselben unbarmherzigen Kritik gegenüber, die er selber im Laufe der Behandlung durch den Arzt erfahren musste.« (Selbstkritisch muss ich in diesem konkreten Fall nachträglich *beschämt* einsehen, wie sehr ich – zu mutig experimentierend – mich im kollusiven Agieren mit einer sehr begabten, aber frühgestörten Patientin verstrickt habe.)

Dennoch: »Wirkliche Psychotherapie hat stets lebendige zwischenmenschliche Begegnung zur Voraussetzung« (Jacoby 1991, S. 7). Mitsamt allen Übertragungen und Gegenübertragungen ist der primäre Gegenstand psychoanalytisch therapeutischer Arbeit – Arbeit *in* vielmehr als Arbeit *an* der Übertragung (Körner 1989) – die reale Beziehung zwischen Therapeut/-in und Patient/-in. Die sogenannte »Übertragungsbeziehung« ist zunächst eine reale Beziehung zwischen zwei Personen, die beide aus dem Fundus eines gemeinsamen Unbewussten schöpfen. Die therapeutische Arbeit ist, wie Orange und Jaenicke mahnen, eine »Arbeit mit offenem Herzen« in wechselseitiger Bezogenheit (Orange 2006, S. 350). Als Beziehungspartner im Spielraum der Analyse bin ich zutiefst persönlich involviert und verantwortlich sowohl für die Herstellung eines (objektalen) »Arbeitsbündnisses« als auch für das Zustandekommen und den Umgang mit (subjektaler) therapeutischer Intimität und Nähe. Zugegeben, im Unterschied zu sogenannten »normalen«, sprich außertherapeutischen Beziehungen, stellt die psychotherapeutische Beziehung einen zweckgebundenen, funktionalen Freiraum dar für die Erforschung ihrer selbst und für die Generierung von Erkenntnis und Entwicklung – die Generierung einer neuen Form von Beziehung, wie wir oben bemerkt haben.

In diesem Sinne führte mich der erwähnte therapeutische Prozess in die Wie-

7 Vertreter sind Aron (1996), Mitchell (2003), Orange, Atwood and Stolorow (2001), Bach (2006), Knoblauch (2000), und Maroda (1991/2004²; 1998a; 2010), in deutscher Sprache neben Jaenicke (2006) und Tiedemann (2007), Altmeyer/Thomä (2006), Potthoff (2007), Lesmeister (2006).

8 Ein berühmtes Bonmot Winnicotts (1947/1976, S. 78) lautet – sinngemäß verkürzt: Psychoanalytische Forschung [gemeint ist die Therapie – RW] ist die Fortsetzung der eigenen Analyse mit anderen Mitteln. Vgl. Ware 2007b, S. 465–467.

derbelebung auch meiner eigenen frühen Defizite und Traumata, die diejenigen meiner Interaktionspartnerin direkt spiegelten. Zugleich konstellierte solche vom Prozess induzierten, tief regressiven »Ausflüge« in die eigene Vergangenheit, ja sogar in die Hölle der Ur-Scham, immer neue *Momente der Begegnung* von tiefem emotionalen und körperlichen Halt seitens meiner Patientin/Partnerin, spiegelbildlich zu Situationen, wo ich sie gehalten habe. Dass solche außergewöhnliche spiegelbildliche Konstellationen einer tieferen therapeutischen Logik folgen, belegt Searles auf beeindruckende Weise in einer 80-seitigen Arbeit: »Der Patient als Therapeut seines Analytikers« (Searles 1979, S. 380–459). Ähnlich wie Gruppentherapie-Teilnehmer eine Steigerung ihrer eigenen Kompetenz in der Arbeit mit anderen Gruppenmitgliedern erleben (Ware 2007a, S. 421–423), erfahren geeignete Einzelpatient/-innen in einer dialogisch gestalteten therapeutischen Beziehung eine heilsame Kompetenzsteigerung in der Gegenseitigkeit und Mutualität von Spiegelung und Anerkennung, ebenso wie von Abgrenzung und Kritik, die für die Konturierung ihres Selbst sicher förderlich sind.

Für Daniel Stern und seine Forschungsgruppe (die Boston Study of Change Study Group), – ich fasse kurz zusammen – sind »Gegenwartsmomente« (*»present moments«*) subjektive Einheiten, die kleine Richtungsveränderungen im Prozess markieren und, fügen wir hinzu, sorgfältig *mikroanalytisch* beachtet werden wollen. Wenn sich solche Momente affektiv aufladen und zum Brennpunkt des therapeutischen Prozesses werden, spricht Stern von »*now moments*« (Jetzt-Momente). Wenn nun *beide* Interaktionspartner von einem solchen »now moment« ergriffen werden und »authentisch, spezifisch und persönlich« auf ihn bzw. aufeinander reagieren, geschieht ein »Moment der Begegnung« (*»moment of meeting«*), wodurch der subjektive Kontext und das prozedurale, implizite Beziehungswissen sich verändern und vertiefen (Stern u.a. 2002, S. 990 – zit. nach Tiedemann 2007, S. 230–231). Dazu schreibt Stern: »Der Therapeut muss einen spezifischen Aspekt seiner Individualität einbringen, dem er seinen persönlichen Stempel aufprägt. Die beiden begegnen einander in diesem Augenblick als Personen, relativ ungeschützt durch ihre gewohnten therapeutischen Rollen« (ebd., S. 992/232).

Die »relativ ungeschützte« Intersubjektivität einer dialogischen therapeutischen Praxis hat ihren Preis und ihre Tücken. Jaenicke schreibt:

»Ich denke, man muss sein Herz öffnen, um fühlen zu können, doch wenn man diesen Mut aufbringt, läuft man Gefahr, emotional vernichtet zu werden. Das menschliche Dilemma: Verschließe dein Herz, und du bist sicher – aber tot; öffne es, und du bekommst die Chance, dich lebendig zu fühlen – und tiefen Schmerz zu erleiden. Das ist der Grund, weshalb da, wo Liebe ist, ein Verlust nie fern ist« (Chris Jaenicke, Persönliche Mitteilung an Donna Orange. Zit. in Orange 2006, S. 347).

In der offenen, selbstreflexiven Konfrontation mit den jeweiligen Gefühlen und Affekten, die in beiden Therapie-Partnern konstellierte werden, kommen alsbald

und immer wieder tiefe existenzielle Schamgefühle zum Vorschein, die stets nur mit sprichwörtlicher Müh und Not – direkt oder indirekt – bewusst mitgeteilt werden können. Vermutlich, wie mehrere Autoren postulieren, werden mit aus diesem Grund Schamkonflikte in Therapien häufig weiträumig umschifft.

Sobald man beginnt darauf zu achten, erweisen sich Schamkonflikte als eine zentrale, treibende Kraft in – leider oft unerkannt *hinter* – der therapeutischen Arbeit. So lernte ich in mehreren Therapien – in der Nacktheit der Scham meinerseits wie auch seitens der Patient/-innen – mit dem inneren Ohr des Gefühls auf den Gesang der Sirenen von Scham, Schamangst und Beschämung zu *hören*. Es erfordert Mut und Forschergeist, »sich vor den Gefahren nicht zu verstecken, denen wir auf der analytischen Reise begegnen – dem Erleben unserer Verwundbarkeiten, unserer Scham, ja auch Erfahrungen wie Fragmentierung und Selbstverlust, die wir manchmal als Psychose bezeichnen« (Orange 2006, S. 347). Insbesondere bei Patienten mit frühen Entwicklungsstörungen bilden höchst pathogene Beziehungserfahrungen den Kern von archaischen Ich-Zuständen. Dantlgraber bemerkt: Wenn der Therapeut die rezeptive Bereitschaft und innere Durchlässigkeit aufbringt, »dann spürt er diese Zustände des Patienten als ein gemeinsam geteiltes Erleben«, das eine sensorische Tiefenschicht seines eigenen Erlebens erfasst, ohne dass er es zunächst versteht (Dantlgraber 2008, S. 164). Gerade dies, das geteilte Erleben wie vor allem das zunächst nicht Verstehen, muss der/die Therapeut/-in aushalten und verarbeiten können – wohl keine leichte Aufgabe.

Bis hierher haben wir von Hören und Stimme vorwiegend als Metapher für die innere, mutuelle Resonanz der Interaktionspartner gesprochen. Eine scheinbar ganz andere Ebene ist die der konkreten Erfahrung der realen Stimmen (und Stimmungen) in der therapeutischen Interaktion. Für den Psychoanalytiker und Jazz-Saxophonist Steven Knoblauch (2000) bieten die Improvisationen des Jazz eine modellhafte Grundmetapher für therapeutische Interaktion und »Musikalität«⁹ in der gemeinsamen Herstellung von zunächst unbewusster,

9 In einem Absatz über Rhythmus und Musik bei Freud weist Kollbrunner auf Freuds hohe Ambivalenz, gar Ablehnung, gegenüber dem musikalischen Hören hin: Freud liebte Opern, Gesang, Volkslieder und zeigte »in seinen Schriften ein ausgeprägtes Gefühl für Rhythmik ... Margolis (1996, S. 132) meint, dass die Schönheit von Freuds Gebrauch der Worte einer Inkorporation der Musikalität seiner Mutter entstamme. Freud verwendete gerne mit Musik verbundene Metaphern ...« Dennoch, so Kollbrunner weiter: »Freuds Verhältnis zur Musik war aber hochambivalent. Er hatte schon als Jugendlicher dafür gesorgt, dass das Klavier seiner Schwester wieder aus dem Haus geschafft wurde, und als Vater lehnte er es ab, dass in seinem Haus musiziert wurde: Keines seiner Kinder lernte ein Instrument zu spielen – was im damaligen Wien ungewöhnlich war. Freud fürchtete nämlich die Musik. Das ist auch nicht verwunderlich, denn von allen Künsten steht sie dem Es vielleicht am nächsten. Das Gehör ist in der menschlichen Entwicklung das erste funktionierende Sinnesorgan [schon ab dem vierten Schwangerschaftsmonat – RW]. Takt und Rhythmus

präsymbolischer Kommunikation, die erst in der Mikroanalyse von Rhythmik, Tonalität und Gestik, Harmonie und Disharmonie, voll erfasst werden kann. Knoblauchs Anliegen ist die Mikroanalyse des kontinuierlichen Prozessablaufes (*continuous process*), in dem »der Wechsel von Dimensionen der Kommunikation in der Regel so schnell geschieht, dass sie außerhalb bewusster Wahrnehmung stattfindet« (S. 141). Gegenüber dem Verständnis von Sterns *moments of meeting* (»Momente der Begegnung«) im Sinne von harmonischer Resonanz unterstreicht Knoblauch (S. 140–148) in Gegenwartsmomenten die *Dissonanz*, wenn alte pathologische Beziehungsmuster aufbrechen. Vergleichbar mit Jazzmusik sieht er in dieser Dissonanz eine Quelle nicht-traumatischer, positiver affektiver Erfahrung (S. 147). Erst neulich ging mir in einer rein verbal geführten Therapie mit einem jazz-begeisterten Alt-68er auf, wie sehr unser Dialogstil sich durch *Turn-taking*-Improvisationen gekennzeichnet ist – sprich, mal der Eine mal der Andere initiiert ein gedankliches oder emotionales Motiv, das vom Partner »musikalisch« aufgegriffen, angereichert und weitergeführt wird. Im Kontext solcher therapeutischer Interaktionen und *Enactments* werden dann Gehemmtheiten und erstarrte Beziehungskonstellationen aufgelöst und neue intersubjektiven Begegnungen ermöglicht.

Kasuistik

Mit Erlebnissen aus einer Gruppenpsychotherapie will ich nun zeigen, wie Schamkonflikte in der Dissonanz von affektiv aufgeladenen Brennpunkten (»now moments«) im therapeutischen Prozess mal lärmend, mal ganz leise hervortreten, und welches Wandlungspotenzial diesen »Momenten der Begegnung« innewohnt. Bei der körperpsychotherapeutisch-analytischen Arbeit geht es mir *nicht* um die lärmende Intensität der Gefühlsausbrüche – Scham tritt häufig unmerklich im leisen Raunen auf –, sondern um die sensorisch-körperliche Übertragung von tief verborgenen emotionalen Bedeutungsgehalten. Obwohl Empathie mit der Gefühlsnot der Patienten im Vordergrund stand, beruhte auch hier das Mitfühlen auf einem Mitschwingen meiner eigenen Scham-Erfahrungen.

Ich nenne ihn *Richard* – ein Mann Mitte 40, der sein Leben lang von seinem

sind kommunikative Verbindungen des werdenden Kindes im Mutterleib, und im ersten Lebensjahr sind Geräusche, Laute und Melodien – die musikalische Sprechart zwischen Erwachsenen und Kind – wichtiger als der Inhalt von Worten. Rhythmen und Musik können rasch in frühkindliche Gefühle und Stimmungen führen, eine Art von Verführung, die Freud fürchtete, weil sie zu Kontrollverlust und zur Auflösung von sichernden Grenzen führen können. Freud hat selbst einmal gesagt, wer Musik gerne höre, befriedige ein tiefes Verlangen nach Rhythmus. [...] Reik sprach von Freuds Angst, sich der »dunklen Macht« der Musik zu ergeben, eine Wortwahl, die stark an Freuds Bezeichnung des Weiblichen als »dark continent« [1926, siehe S. 263] erinnert« (Kollbrunner 2001, S. 256f.).

Vater verachtet und gedemütigt wurde. Seitdem er selber Vater eines heiß geliebten, anderthalb Jahre alten Sohnes geworden ist, setzt er sich noch intensiver und leibhaftiger mit der Schmach und Scham des introjizierten Vaterbildes auseinander. Um an der Gruppe teilzunehmen, nimmt Richard seit Jahren einen weiten Weg auf sich, egal wie ihm zumute ist. Gleich in der Eingangsrunde an diesem Freitagabend bricht er in Tränen aus. Schwer seufzend stammelt er:

»Ich musste mich heute zwingen herzukommen! Habe sogar eine Autobahnausfahrt verpasst. [...] Letzte Woche [bei seiner Arbeit in der Gruppe] war ich von der Wucht des Schmerzes überrascht, aber danach vier Tage lang voller Lebensfreude, bevor ein Rückfall in Selbstverachtung und Selbsthass mich überkam. Solche Schuldgefühle! Ich fange an, meinen kleinen Sohn für seine Lebendigkeit zu verachten! Genau wie bei mir selbst. Ich schäme mich, hierher zu kommen.« (Er heult lautstark und unkontrolliert minutenlang auf, herzerreißend, wellenartig, mehrmals lauthals seinen Schmerz herausschreiend. Die Gruppe, zutiefst berührt, schweigt.)

Richard beginnt zu hyperventilieren. Um der einsetzenden Tetanie entgegenzuwirken, schlage ich vor, er möge sich hinlegen und mit Armen und Beinen schlagen. Spontan beginnt er im Liegen, gegen eine Matratze an der Wand zu treten und wütend zu schreien: »*In die Fresse! In die Fresse!*« (Gemeint sind die Elternintrojekte: die ihn idealisierende Mutter, der ihn kastrierende Vater.) Schon zu Beginn seiner »Arbeit« kam in mir ein Bild hoch: Er ist dabei, den Sumpf von Beschämung trocken zu legen, der im frühen Alter entstand, in dem sein Sohn heute ist. Beim wütenden Treten fiel mir ein weiteres »Sumpf«-Bild für Richards archaischen Groll ein: Wie ein sich windendes Krokodil wehrt er sich »von unten nach oben«, wie Heinz Weiss schreibt: »In Groll [...] sieht sich der Beschämte einem Objekt gegenüber, das in demütigender Absicht auf ihn herabblickt« (Weiss 2008, S. 866). Nachdem Richard sich körperlich abreagiert und der Affekt sich erschöpft hatte, kam er zur Ruhe; er hatte wieder seine Mitte gefunden.

Am selben Abend: *Hiltrud* – eine Frau Ende 50, die seit drei Jahren an der Gruppe teilnimmt:

Erst vor einem Dreivierteljahr, in größter persönlicher Not, brach es aus ihr heraus, dass sie mit 14 Jahren, selbst noch ein Kind, vom Ehemann ihrer Schwester betrunken gemacht und in der Nacht vergewaltigt wurde. Den Missbrauch hatte sie seither – über vierzig Jahre lang – *niemandem* anvertraut. Unter Tränen, in einem gewaltigen Schmerz- und Trauer-Affekt, krümmte sie sich und versteckte ihr Gesicht vor Scham hinter gespreizten Händen, währenddessen ihre Nebensitzerin und ich sie festhielten. Die Szene damals war erschütternd, die ganze Gruppe wie im Schock. Dennoch stellte die Gruppe für sie, wie oben für Richard, einen emotionalen *Behälter* für ihre Affektexplosion dar. Hiltruds Erlebnis – wahrlich ein »Moment der Begegnung« mit und in der sie umgebenden Gruppe – erwies sich für sie selbst als ein Wendepunkt in ihrem langen therapeutischen Prozess. In den

unmittelbar folgenden Tagen spürte ich *in mir* die Traumafolgen in Gestalt einer mordsmäßigen Wut, voller Zorn gegen den Schwager. Darin erkannte ich, wie sehr ich projektiv identifikatorisch zum Behälter für Hiltruds Affekt geworden war. Nur ein- oder zweimal in der Folgezeit – meist bei der Besprechung eines Traumes – wurde der Missbrauch wieder angesprochen. Von sich aus vermied Hiltrud nach Kräften das Betrachten ihrer traumatischen Beschämung.

In derselben Sitzung wie oben Richard berichtet Hiltrud wieder einen Traum: Sie ist unterwegs in einer schwierigen Lage und verliert ihre Handtasche. Ihr Ehemann sagt ihr, »Du hast keine Identität mehr!« Ende des Traumes. Im Aufwachen hat sie das Gefühl, »nicht mehr zu sein, niemand mehr zu sein, total verwirrt.« Für Marks gehören diese Gefühle zu den charakteristischen körperlichen, emotionalen und kognitiven Reaktionen auf traumatische Scham: »Das plötzliche Zusammensacken des Körpers und der Abbruch der Beziehung zur Umwelt [...], das Gefühl der Verwirrung; de[r] Impuls zu erstarren, sich vor der Welt zu verstecken« (Marks 2007, S. 68). Hierher gehört auch die Somatisierung der Scham in der Stimmlosigkeit und Kehlkopfentzündung in den Tagen nach der Sitzung. Aus dem Traumbericht – man erinnere sich an die Eingangsmetapher: die Infraschall-Kommunikation der Elefanten – »höre ich« die frühere Traumatisierung wieder anklingen: Verlust der Handtasche = der weiblichen Identität, unterwegs von der Kindheit in die Pubertät. Ich spreche sie darauf an; sie wird nachdenklich. Die Sitzung ist zu Ende. Eine Woche später sagt Hiltrud ihre Teilnahme kurz vor Beginn der Gruppe in einer E-Mail wegen grippalem Infekt und Kehlkopfentzündung (»ohne Stimme«) ab; sie frage sich: »Ob Identitätsverlust im Traum und das Versagen der Stimme zusammenhängen? Diese Frage hätte ich heute Abend gerne der Gruppe gestellt.« Die Frage ist schon die Deutung, wie sie in der Folgesitzung selbst bestätigt: Es ist ein tiefer Schamkonflikt, der ihr die Stimme, die Sprache und die Persona verschlägt und ihren Kehlkopf brennen lässt.

Eine Woche nach seiner Arbeit berichtete Richard begeistert:

»Das Leben ist gerade so geil: Vater und Geliebter zu sein! Ich war nie so tief wie letzte Woche. Durchs Hyperventilieren habe ich mich richtig toll in das Becken hinein geatmet, wo meine wirkliche männliche Kraft ist. Ich merke es auch an meiner Stimme« (die in der Tat tiefer, chthonischer klingt). »Drei Tage lang fühlte ich mich ganz toll im Becken. Und das Besondere: Ich habe das Herunterkommen von dem Hochgefühl nicht, wie so oft in meinem Leben, als ein Versagen erlebt!«

So nämlich hatte sein Vater Richard besonders in Momente des Hochgefühls immer wieder neu gedemütigt und emotional verbläut.

Bei Richard wie bei Hiltrud spürte ich zunächst deren Scham *in mir* anklingen, die tiefe Beschämung, die beiden und zeitweilig der ganzen Gruppe die Stimme verschlug – deren Klang und Rhythmus jedoch körperpsychotherapeutisch

sensumotorisch in einem Moment der Begegnung »hörbar« wurden. Hiltruds Traum rief in mir sofort die eigene erlebte Bloßstellung, Angst und Not leibhaftig in Erinnerung, als mir einmal vor über 30 Jahren in einem fremden Urlaubsland meine Handtasche und damit meine ganzen Identitätspapieren samt Geld und Kreditkarten gestohlen wurden und ich eine qualvolle Nacht auf einem Campingplatz verbrachte, total verwirrt und im Gefühl, »niemand mehr zu sein«, ein *nobody*.

Richards regressives Eintauchen in die tief traumatische Scham seiner frühen Geschichte setzte sich nach den obigen Szenen in der Gruppe ebenso dramatisch fort, und stets wurde er vom resonanten Mitgefühl der Gruppenteilnehmer mitgetragen. Knoblauch nennt dieses Geschehen »resonante Achtung« (*mindung*), ein Verweis auf die Wirkmächtigkeit von Wertschätzung und Respekt vor der Scham und dem Leiden des Mitmenschen. Einige Wochen später kam Richard infolge eines Staus auf der Autobahn eine halbe Stunde spät zur Gruppe und setzte sich – ungewohnterweise – auf den freien Platz neben Hiltrud. Er habe sich im Stau überlegt, ob er nicht lieber umdrehe und heimkehre. Ihm gehe es wieder schlecht: Er schäme sich seiner Not und Niedergeschlagenheit. Richard stockt die Sprache; offensichtlich in Not schweigt er. Sein Nebensitzer Albert legt ihm zaghaft eine Hand in den Rücken, Hiltrud ihre Hand auf sein Knie. Ich frage ihn, ob er die Hand im Rücken spüre? Ja, die tue gut, ebenso die Hand auf seinem Knie. Ich bemerke, sie seien wie gute Elternhände, die ihn real früher nicht aufgefangen und gestützt haben. Richard beginnt zu weinen, wendet sich Hiltrud zu, die ihn an ihre Brust zieht. Er weint bitterlich, laut und lange. Zunächst kaum hörbar, dann stärker und immer deutlicher ruft er mehrmals »Mama, Mama, Mama ...« Hiltrud, in ihrer eigenen Geschichte zutiefst berührt, drückt ihn noch fester an sich und beginnt selbst leise zu weinen. Es ist für die ganze Gruppe ein intensiver *Moment der Begegnung*, in dem beide leibhaftig trauern. Für Richard ist es ein doppeltes Novum: Über die vielen Jahre in der Gruppe hat er schon früh und öfters seine Wut körperlich zum Ausdruck gebracht; richtig getrauert hat er selten oder nie. Und zum allerersten Mal in der Gruppe äußert, ja inszeniert er seine tiefe Sehnsucht nach mütterlichem Halt. Beide trauern gemeinsam in diesem *moment of meeting* um den elterlichen Halt, den beide in ihrer Herkunft vermisst haben, ja, um die von Missbrauch verschütteten genügend guten Elternimages.

Mit welchem Ohr hören wir?

Am frühen Morgen, bevor ich diesen letzten Abschnitt zu schreiben begann, träumte ich: *Ich stehe in einer weitläufigen verglasten Zuschauertribüne im Opernhaus und suche einen Platz, von wo aus ich die Aufführung gut sehen kann. Plötzlich spüre ich einen Wadenkrampf; ich versuche, den Muskel zu strecken* (Ende des Traumes). Bei zunehmendem Schmerz wache ich auf und mache das,

was ich im Traum vergeblich versuchte: Ich stehe auf, strecke mein Bein und gehe einige Schritte, um den Muskel zu entspannen. Mein Traum »hört« den schmerzenden Wadenkrampf und versucht zunächst den Schlaf zu bewahren, indem er den Konflikt phantasmatisch löst – ähnlich den häufigen Träumen, wo man ein WC sucht, um eine volle Blase zu leeren. Da wie dort schafft sich ein objektaler, realer Konflikt (Krampf, Harndrang) zunächst in einem subjektalen Traumphantasma »Gehör« und wird wahrgenommen. Nur reicht die Wahrnehmung alleine nicht aus, um den realen Konflikt zu lösen. Dennoch drängt bereits das Wahrgenommene ins Bewusstsein und treibt mit zunehmender Kraft auf eine Lösung zu, die nur in einer realen Interaktion (hier mit dem leidenden Körper) stattfinden kann.

Dieser Körper-Traum (Ware 2006) gibt mir ein plastisches Bild, eine Metapher, um den Fragen nachzugehen: Wessen Stimme höre ich, wenn ich mich auf die Schamkonflikte Anderer einlasse und deren Scham in mir wahrnehme, insbesondere dann, wenn in mir die verinnerlichten Repräsentanzen meiner eigenen Schamerlebnisse wiederbelebt werden? Wessen Stimme und mit welchem Ohr höre ich dann? Welche kommunikativen Prozesse stehen hinter den Metaphern *Stimme* und *Hören*? Wie können wir uns das vorstellen? Welchen Zusammenhang gibt es zwischen der realen körperlichen Stimme mit ihrem Rhythmus und ihrer Klangfarbe und -melodie und der inneren, mutuellen Resonanz im Erleben von Scham und Beschämung?

Eine eminent körperpsychotherapeutische Antwort auf diese Fragen bietet das Modell der kinetischen Semantik des Psychoanalytikers Sebastian Leikert (2007; 2008). Dort geht es um Bedeutungsbildung (Semantik) durch emotional unmittelbar wirksame Bewegungsfolgen (*kinein*, Gr. bewegen). Paradigmatisch hierfür ist die Musik, wo Bedeutung durch kunstvoll verflochtene akustische Bewegungsabläufe erzeugt wird. Musik ist Kommunikation in einer *anderen*, kinetischen Sprache. Musikalische Bewegungen werden nicht, wie die verbale Sprache, gedanklich dekodiert. Vielmehr werden sie vom Hörer rezipiert, indem sie im Körper »viszeral« (in den Eingeweiden) unmittelbar empfunden und nachgeahmt werden (»kinetische Imitation«, 2008, S. 28). Musik bzw. kinetische Semantik rührt an emotionale Schichten und stiftet Bedeutung: »Das Objekt löst im Subjekt eine *Empfindung* aus, die dem Objekt eine Bedeutung gibt. Die unmittelbare viszerale Reaktion auf das Objekt, die vom Objekt ausgelöste körperlich erlebte Zustandsänderung ist das, was die Bedeutung qualifiziert« (Leikert 2008, S. 35).

In Auseinandersetzung mit Lacan, Ogden und Stern beschreibt Leikert neben der *lexikalischen* Semantik der verbalen Sprache und der *imaginären* Semantik der unbewussten Fantasie eine dritte, *kinetische* »Sprache« des Psychischen bzw. Psycho-Somatischen. In Anlehnung an Ogdens (1995) autistisch-berührende Position – entwicklungsmäßig und ontologisch noch vor den Kleinianischen Topoi der paranoid-schizoiden und der depressiven Positionen – postuliert

Leikert eine transmodale *sinnlich-berührende* Position von Bedeutungsbildung auf der Ebene des unmittelbar körperlich-kinetisch fundierten Erlebens. Zu den in der Psychoanalyse geläufigen mythologischen Motiven Ödipus und Narziss führt er den Orpheus-Mythos ein, um diese Welt des archaischen Erlebens zu versinnbildlichen. Die Aufgabe der analytischen Behandlung ist es, die Verbindung zwischen archaischen und symbolischen Erlebensmodi herzustellen (Leikert 2008, S. 205).

Nachweislich wirkt die kinetische Semantik bereits im pränatalen Erleben des Foetus, und sie wirkt ein Leben lang in einer Tiefe des Erlebens, wo die Trennung von Subjekt und Objekt noch keine Rolle spielt. Dort herrscht eine »archaische Bezogenheit« (ebd., S. 240), in der das archaische Mütterliche im Erleben des affizierten Protoselbst *fusioniert*: Das Objekt schmilzt vollkommen hinein in den Sinneseindruck, der als zum Subjekt gehörig erlebt wird (ebd. S. 38). Streng genommen kann hier keine Rede vom »Objekt-Subjekt« sein: Das Wesen des Archaischen liegt darin, dass es das Objekt noch nicht kennt (G. Heisterkamp, Persönliche Mitteilung, März 2009; vgl. Heisterkamp 2010). Kleinianisch ausgedrückt: Das Baby unterscheidet nicht zwischen sich und der Mutterbrust, wobei »Brust« hier für das unmittelbare Erleben der Mutter steht, genauer des Mütterlichen bzw. der »fördernden Umwelt« (Winnicott 1965). Klinisch beobachtet man dieses Phänomen in den sogenannten Objektrepräsentanzen, wo z. B. Erlebnisse von emotionalem Versagen und Defizit in der Imago einer »bösen Mutter« bzw. der »bösen Eltern« repräsentiert werden. Das archaische mütterliche »Objekt« ist nicht die konkrete reale Person Mutter (oder Vater), sondern das erlebte Versagen, das erst später in der Fantasie repräsentiert wird. Primär ist (und bleibt) das körperlich-emotionale Erleben von archaischer Bezogenheit.

Kinetische Semantik ist »*transmodal*« (2007, S. 479): »Sie bildet eine Gestalt, die aus den verschiedenen Sinneskanälen zusammengesetzt und synthetisiert wird«, und ist »eine Aktivität des Subjekts, das sich [...] durch Rhythmisierung von Spannung und Entspannung einrichtet« (ebd.). Sie umfasst alle Sinneseindrücke: Taktile, auditive, Bewegungen innerhalb des Leibes, z. B. Hungerspannung (oder Harndrang) ebenso wie sensumotorische, gestische, mimische, motorische Bewegungen. Im Rahmen archaischer (vorsprachlicher) Bezogenheit und Verbundenheit entsteht Bedeutung durch den Rhythmus der Sinneswahrnehmung. Zeitlich und ontogenetisch noch vor dem Entstehen symbolisch-sprachlicher Prozesse finden zwischen Kind und Mutter bereits intrauterin und postnatal archaische, auditiv-kinetische Kommunikation und Bedeutungsbildung statt. Bereits ab dem vierten Schwangerschaftsmonat vermag der Fötus akustische Eindrücke im Mutterleib (Herz, Atmung, Darmgeräusche) und von außerhalb (Stimmen, Musik, Lärm) differenziert wahrzunehmen. Postnatal heißt es, dass eine achtsame Mutter sechs verschieden bedeutsame Klanglaute ihres Babys unterscheiden könne, was inzwischen durch Schreiforschung auch bestätigt wurde (Geißler 2009, S. 250). Die sogenannte Mutter-Kind-Symbiose stellt ein

paradigmatisches Beispiel archaischer Verbindung und Beziehungsabstimmung dar. Die *Reverie* der Mutter ist ein Musterbeispiel liebevoller Kommunikation zwischen Mutter und Kind, das auch vom Kind wahrgenommen wird.

Dieser archaische Modus der Bedeutungsbildung und -kommunikation spielt eine bedeutende Rolle in der Intersubjektivität des therapeutischen Geschehens (vgl. hierzu das ausführliche Fallbeispiel von Poettgen-Havekost 2010). Insbesondere die Stimme erzeugt als akustisches Ereignis *eine Resonanz in der erlebten Körperlichkeit* sowohl des Sprechers als auch des Zuhörers. Die Stimme, nicht die Wörter, sondern der Klang und die emotionale Klangfarbe, die Melodie und der Rhythmus des Sprechens, verkörpern – wie in der Musik – in der jeweils unterschiedlich erlebten Atmosphäre der interaktiven Begegnung »ein archaisches Objekt jenseits des Systems lexikalischer [Wort-]Bedeutungen« (Leikert 2007, S. 463). Psychologisch interessiert die Stimme nicht als verdinglichtes akustisches Geschehen, sondern hinsichtlich der Atmosphäre, die sie ausformt. Stimmliches gibt es nach Heisterkamp (2010, S. 34) »immer nur eingefügt in umfassende Kontexte oder Gestalten. Mit Atmosphäre benennen wir die erspürten Formen des In- und Mit-seins, die bis weit in vorsprachliche Erlebniseinheiten hineinreichen«. Ähnliches gilt für Berührung, Geruch, ja für alle Sinneswahrnehmungen. Zwar ist die kinetische Semantik archaisch aber nicht primitiv, denn sie entwickelt sich zeitlebens weiter (Leikert 2007, S. 484). Wie man in der Poesie und in der Musik leibhaftig erlebt, entfaltet sie sich im Spielraum des Symbolischen und des Sinnlich-Berührenden sprachlich und klanglich immer fort und stellt immer wieder neu archaische Bezogenheit und Bedeutung her. »Eine bestimmte Melodie oder z. B. der Gong eines Glockenschlages kann urplötzlich ein komplettes vergangenes Lebensgefühl wachrufen, mit all den zugehörigen Bildern, Hörerfahrungen, Szenen und Emotionen« (Geißler 2010, S. 17). Wie neulich ein Programm-Moderator zur Einführung von Bachs »Goldberg Variationen« bemerkte, »*Die Mathematik von Bach ist eine höchst emotionale Sache*«. Wie fundamental körperlich und emotional kinetische Prozesse sind, zeigt Leikert anhand der Trauer: »Die Trauerarbeit bleibt ohne die körperlich-kinetische Komponente [des empfundenen Schmerzes, des Klagens, des Weinens – RW] unvollständig, ja unwirksam« (Leikert 2007, S. 483).

Meines Erachtens sind die Fragen »Mit welchem Ohr hören wir? Welche Stimme spricht?« auf dieser archaischen Erlebnisebene zu beantworten. In der sogenannten autistisch- bzw. sinnlich-berührenden Position finden Bedeutungsbildung und -kommunikation körperlich-kinetisch statt. Letzten Endes sind die einzelnen Sinneswahrnehmungen (Hören, Riechen, Schmecken, Tasten, Sehen) Bedeutungsempfänger für eine vom Objekt bzw. vom Geschehen ausgelöste, körperlich erlebte emotionale Zustandsänderung auf der Ebene des impliziten Beziehungswissens. Diese unmittelbare viszerale Reaktion nennen wir gemeinhin *Resonanz*. Die Bedeutungsbildung ist sinnlich, körperlich und emotional; das entscheidende Moment ist die Lebendigkeit der sensorischen Empfindung

(Leikert 2008, S. 212–214). »Der innere Raum des Ichs wird lebendig, wenn er zum Resonanzraum der Stimme wird. Die Stimme gibt dem Wort einen Körper. Es macht einen Unterschied, ob ein sprachliches Symbol bloß angelernt ist oder tatsächlich körperlich aufgenommen wurde. Erst dann sprechen wir von einer Identifizierung« (Leikert 2007, S. 483). Dasselbe gilt mutatis mutandis genauso für die anderen Sinnen: sie geben dem Erlebten Körper. Dennoch ist mit Heisterkamp (2010, S. 26) festzuhalten: *Der Mensch hört und nicht das Ohr*. Gegenüber einer Tendenz, neurophysiologische Tatbestände mit psychologischer Erlebniswirklichkeit zu verwechseln, betont Heisterkamp, wie sehr die Bedeutung von Stimmen und Geräuschen vom jeweiligen Erlebniskontext abhängig ist. Diese *Erlebenszusammenhänge* sind die Wesensgrundlage der spezifisch psychologischen Betrachtungsweise (ebd., S. 29). Noch mehr als die herkömmliche Darstellung der projektiven Identifikation scheint mir ein transmodales *sinnlich-berührendes* Modell archaischen Erlebens geeignet, die Intersubjektivität jedes emotionalen Miterlebens – somit auch des Schamerlebens – in der psychotherapeutischen Beziehung verstehbar zu machen.

In meinem Traum-Beispiel ist es der Körperschmerz, der eine Resonanz in der Wahrnehmung des Schlafenden unterhalb der Schwelle des Wachbewusstseins findet. Das Wahrgenommene wird dann im Sinne der bekannten Traumgenese konkret gestaltet: In meinem Fall kann mein Bemühen um einen guten Platz in der Zuschauertribüne des Opernhauses als ein Tagesrest verstanden werden, der sich auf das Leitthema des 7. Wiener Symposiums für Psychoanalyse und Körper bezieht: »Der Gesang der Sirenen«, sozusagen eine Wiener Oper in vier Tagen! Nur findet der Traum seine Lysis (Lösung) erst in einem Agieren, in der Interaktion. Ähnlich verhält es sich in der interaktiven Dynamik des Schamkonfliktes, der in mir nicht objektal, sondern intersubjektiv (körperlich-emotional-viszeral) gehört wird, indem er sich der Gedächtnisbilder meines Schamerlebens bemächtigt und sich gestaltet – mentalisiert und verarbeitet: »Die Spannungen können als Gefühle erlebt werden, die sich im Analytiker mit bedeutsamen Szenen verbinden« (Leikert 2007, S. 487). Dann erlebe ich die Scham am eigenen Leib (leibhaftig in den Repräsentanzen meiner eigenen Geschichte) und habe die Möglichkeit, »aufzuwachen« und mit einer ganz anderen Erlebnisdichte interaktiv zu verstehen. Erst dann, durch diese Verankerung im kinetisch-viszeralen Erleben des Therapeuten, kann eine Interpretation oder eine andere therapeutische Intervention eine verändernde Wirkung entfalten.

»So wie der Analysand durch einen physisch-emotionalen Prozess und nicht allein durch Einsicht und symbolische Arbeit zu einer Veränderung gelangt, scheint Veränderung erst möglich zu werden, wenn der Analytiker die innere Realität des Analysanden inkorporiert, d.h. diese nicht nur intellektuell, sondern auch körperlich aufnimmt. [...] Ebenso wichtig scheint es zu sein, dem Analysanden unseren Körper als Resonanzraum für die archaische Modalität der Bedeutung zur Verfügung zu stellen« (ebd. – Betonung RW).

Im Sinne dieses kinetisch-viszeralen Miterlebens mit dem/der Patient/-in schließe ich mit dem bekannten Bonmot von Christopher Bollas: »Um den Patienten zu finden, müssen wir ihn in uns selbst suchen« (1987, S. 202).

Fazit für die Praxis

Ein intersubjektiver Vorgang setzt voraus, dass sich die Therapeutin/der Therapeut mit eigenen Schamkonflikten eingehend auseinandergesetzt hat. Indem der Therapeut dem Patienten gegenüber eigene unaussprechliche Schamaffekte anklängen lässt, stellt er die Voraussetzung her, um die unausgesprochenen Schamkonflikte seines Gegenübers zu *hören*, dessen Scham zu achten, anzusprechen und ihm ohne neuerliche Beschämung zu helfen, schambesetzte Inhalte zur Sprache zu bringen und sie zu bearbeiten.

Nachschrift 1

Ein guter Freund, der meinen Text las, berichtet:

»Habe ich Dir erzählt, dass ich angefangen habe, manchmal in mich hinein zu summen, die Vibration durch den ganzen Körper spüre und so mich selber manchmal wiederfinde? Wie aus der Weite zu mir selber hin. Das Summen hat fast eine ozeanische Qualität und ist doch in mir in Schwingungen spürbar. Ich meine sofort zu verstehen, wie sich in diesem akustischen Ereignis etwas Elementares verkörpert und auch verschlüsselt. Dass sich hier Verletzlichstes [*sic!*] verbirgt, leuchtet mir sehr ein! Dass es sich auf dieser Ebene auch mitteilt, macht mich hellwach. Und dankbar bin ich [...].«

Was hier vom Erleben des Summens gesagt wird, gilt *mutatis mutandis* auch für andere sensorische Objekte der Sinneswahrnehmung: des Geschmacks, des Geruchs, des Tastsinnes, des Sehens. Doch grundlegend bleibt: »Die Welt ist Klang« (Geißler 2009, S. 317–348).

Nachschrift 2

Die *Stuttgarter Zeitung* (Nr. 52, 4.03.2009, S. 28) berichtet von der 27-jährigen Sarah Neef, »eine sprechende Gehörlose«, wie sie sich selbst bezeichnet, die infolge eines Geburtsfehlers vollkommen taub auf die Welt kam. Durch langjährige Audiopädagogik lernte sie, mit ihrem Körperempfinden zu »hören«: »Wir übten Sprechrhythmus, ich trug den Takt noch den ganzen Tag in mir. Abends begann ich, dazu zu singen und mich zu bewegen. Daraus wurde tanzen.« Sarahs Körper ist ein Vibroskop: »Ich nehme die Schwingung der Musik über die

Schädelknochen und die Haut wahr. Die tiefen Laute spüre ich in den Beinen und den Fußsohlen, die höheren in der Kehle, auf den Lippen, den Händen, den Innenseiten der Arme, im Nacken, auf der Brust.« Zurzeit arbeitet die junge Frau, die Lippen liest und fünf Sprachen spricht, an einer Promotion in Psychologie (vgl. Neef 2009; Ware 2010).

Es gibt Kommunikationen, die wir nicht hören können und doch hören!

Literatur

- Altmeyer, M./Thomä, H. (Hg) (2006): Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Aron, L. (1996): A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis. The Analytic Press (Hillsdale NJ).
- Bach, S. (2006): Getting From Here to There: Analytic Love, Analytic Process. (Relational Perspectives Book Series, Vol.32). The Analytic Press (Mahwah, NJ).
- Bingel, E. (2009): »Ich weiß nicht, was ich sage. Ich weiß nicht, was ich weiß.« Das Misslingen des Dialogs in der Oper »Pelleas und Melisande« von Claude Debussy. Anal Psychol 40,1, S. 74–94.
- Bollas, C. (1987): The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the Unthought Known. Columbia Univ.Press (New York). Deutsch: Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung. Klett-Cotta (Stuttgart) 1997.
- Dantlgraber, J. (2008): »Musikalisches Zuhören«. Zugangswege zu den Vorgängen in der unbewussten Kommunikation. Forum Psychoanal 24:161–176.
- Duden »Etymologie« (1989): Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. 2. völlig neu bearb. u. erw. Aufl. Dudenverlag (Mannheim/Wien/Zürich).
- Geißler, P./Heisterkamp, G., (Hg.) (2007): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch. Springer (Wien).
- Geißler, P. (2009): Analytische Körperpsychotherapie. Eine Bestandsaufnahme. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Geißler, P. (2010): Die »akustische Domäne«, Psychoanalyse & Körper 16, 9: 7–21.
- Heisterkamp, G. (2010): Methodologische Überlegungen zu Stimme und Stimmung, Psychoanalyse & Körper 16, 9: 23–41.
- Hinshelwood, R.D. (1993): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Verlag Internationale Psychoanalyse (Stuttgart).
- Hustvedt, S. (2008): The Sorrows of an American. Hodder & Stoughton (Septre), London. Deutsch: Die Leiden eines Amerikaners. Rowohlt (Reinbek) 2008.
- Jacoby, M. (1991): Scham-Angst und Selbstwertgefühl. Ihre Bedeutung in der Psychotherapie. Walter Verlag (Olten).
- Jaenicke, C. (2006): Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis. Klett-Cotta (Stuttgart).

- Jung, C.G. (1921/1928): Der therapeutische Wert des Abreagierens, in: Praxis der Psychotherapie (Ges.Werke, Bd.16) 1971, Walter (Olten/Freiburg).
- Jung, C.G. (1945): Medizin und Psychotherapie, in: Praxis der Psychotherapie (Ges. Werke, Bd.16) 1971, Walter (Olten/Freiburg).
- Knoblauch, S.H. (2000): The Musical Edge of Therapeutic Dialogue. The Analytic Press (Hillsdale NJ).
- Kollbrunner, J. (2001): Der kranke Freud. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Körner, J. (1989): Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung! Forum Psychoanal 5:209–223.
- Kuhn, R./Titze, M. (1997): Scham als reiner Affekt im Licht psychologisch- und radikal-phänomenologischer Reduktion. In: Kuhn, R./Raub, M./Titze, M. (Hg.): Scham – ein menschliches Gefühl. Kulturelle, psychologische und philosophische Perspektiven. Westdeutscher Verlag (Opladen), S. 189–201.
- Leikert, S. (2007): Die Stimme, Transformation und Insistenz des archaischen Objekts – Die kinetische Semantik. Psyche – Z Psychoanal 61:463–492.
- Leikert, S. (2008): Den Spiegel durchqueren. Die kinetische Semantik in Musik und Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Lesmeister, R. (2006): Intersubjektivität und analytische Haltung – Das Problem der Selbstöffnung in der Psychoanalyse. Vortrag Ngap 26.08.06. <http://www.ngat-de/download/0608Lesmeister.pdf>.
- Margolis, D.P. (1996): Freud and his mother. Jason Aronson (Northvale, NJ).
- Maroda, K.J. (1991/2004²): The Power of Countertransference. Innovations in Analytic Technique. 2nd ed., revised & enlarged. The Analytic Press (Hillsdale, NJ/London).
- Maroda, K.J. (1998a): Seduction, Surrender, and Transformation. Emotional Engagement in the Analytic Process. The Analytic Press (NY/London).
- Maroda, K.J. (1998b): Why mutual analysis failed: The case of Ferenczi and RN. Contemp.Psychoanal. 34: 115–132.
- Maroda, K.J. (2010): Psychodynamic Techniques. Working with Emotion in the Therapeutic Relationship. The Guilford Press (NY/London).
- Mertens, W. (2000): The Psychoanalytic Quarterly. Psyche 54: 73–89.
- Mitchell, S.A. (2003): Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Neef, S. (2009): Im Rhythmus der Stille: Wie ich mir die Welt der Hörenden eroberte. Campus (Frankfurt/Main).
- Ogden, T.H. (1995): Frühe Formen des Erlebens. Springer (Wien/NY).
- Orange, D., Atwood, G., Stolorow, R. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Brandes & Apsel (Frankfurt a.M.).
- Orange, D. (2006): Der Preis eines offenen Herzens. Rezensionessay über Chris Jaenickes Buch (2006). Selbstpsychologie 7:343–350.
- Poettgen-Havekost, G. (2010): Die Botschaft hör ich wohl ... Stimme und Hören im psychoanalytischen Dialog. Forum Psychoanal 26, S. 35–45.
- Potthoff, P. (2007): Relationale Psychoanalyse – auf dem Weg zu einer postmodernen Psychoanalyse? S. 319–336. In: Springer, A./Münch, K./Munz, D. (Hg.), Psychoanalyse heute?! Bibliothek der Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Searles, H.F. (1979): Countertransference and Related Subjects. Selected Papers. Intern.Univ.Press (New York).

- Smithsonian (May 2009; Vol. 40, Nr.2) Wild Things. Life as we know it. How Elephants Call Long-Distance.
- Stern, D.H., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M. u.a. (2002): Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das »Etwas-Mehr« als Deutung. *Psyche* 56: 974–1006.
- Tiedemann, J.L. (2007). Die intersubjektive Natur der Scham. (Digitale Dissertation, FU Berlin). <http://www.diss.fu-berlin.de/2007/659/index.html>.
- Tiedemann, J.L. (2008): Die intersubjektive Natur der Scham. *Forum Psychoanal* 24:246–263.
- Ware, R.C. (1980): Handhabung der Übertragung/Gegenübertragung bei Frühgestörten als interpersonelle Form von aktiver Imagination. *Anal Psychol* 11: 104–117.
- Ware, R.C. (2006): Körperträume – Über den Umgang mit dem Körper im analytischen und körperpsychotherapeutischen Prozess. *Jung-Journal. Forum für Analyt. Psych.*, Heft 15: 4–8.
- Ware, R.C. (2007a): Interaktive Gruppentherapie und Gegenübertragungs-Kapazität. In: Geißler, P./Heisterkamp, G. (Hg.), S. 413–438.
- Ware, R.C. (2007b): Eros und Sexualität im Spielraum der körperpsychotherapeutischen Beziehung. In: Geißler, P./Heisterkamp, G. (Hg.), S. 459–486.
- Ware, R.C. (2009): Die intersubjektive Rhythmik. Eine Rezension: Stephen H. Knoblauch (2000). *Psychoanalyse & Körper* 14, 8:103–109.
- Ware, R.C. (2010): Rezension: Sarah Neef (2009). *Psychoanalyse & Körper* 16, 9: 113–116.
- Weiss, H. (2008): Groll, Scham und Zorn. Überlegungen zur Differenzierung narzißtischer Zustände. *Psyche – Z Psychoanal* 62: 866–886.
- Winnicott, D.W. (1947/1976): Hate in the Countertransference, pp. 194–203 in: *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. (London 1975). Deutsch: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*, Kindler (München 1976), S. 75–88.
- Winnicott, D.W. (1965): *The maturational processes and the facilitating environment*. Hogarth Press (London). Deutsch: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler (München) 1974.



Robert C. Ware, Dr. theol., psychoanalytischer Körperpsychotherapeut in freier Praxis für Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Mitglied des Steißlinger Kreises für psychoanalytische Körperpsychotherapie, Fachpsychologe für psychoanalytische Psychotherapie (DGPT, DAGG, DGAP).

Adresse: D-72664 Kohlberg, Bildäckerstraße 2

E-Mail: RWare@t-online.de

Die Bedeutung von Stimme und Stimmklang im psychotherapeutischen Prozess aus der Sicht der Patienten und Patientinnen

Susanne Bauer, gem. mit Alemka Tomicic, Claudio Martinez, Alejandro Reinoso, Hanna Schäfer, Angela Peukert und Aspasia Frangkouli

Zusammenfassung: Zwanzig Patienten¹ einer Psychotherapeutischen Tagesklinik erhielten einen Fragebogen mit halboffenen Fragen zur Wahrnehmung und Bedeutung von Stimme im psychotherapeutischen Kontext. Die Antworten wurden mit einem qualitativ-deskriptiven Verfahren analysiert und es wurden für die Psychotherapie relevante Kategorien aufgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten Stimmklang differenziert beschreiben und dass sie Affekte und Stimmungen mithilfe der eigenen Stimme regulieren. Sie erleben die Stimme ihrer Therapeuten auch bewusst und können klare Aussagen über die »ideale Therapeutenstimme« machen. Die Patienten hören aus dem Stimmklang der Therapeuten therapeutische Absichten heraus und nehmen die Regulierung der therapeutischen Beziehung u.a. über stimmliche und rhythmische Elemente wie Tonfall, Lautstärke und Tempo, wahr. Die Ergebnisse werden durch Textbeispiele aus Fragebögen und individuellen Patienteninterviews ergänzt und illustriert.

Schlüsselwörter: depressive Symptomatik; Psychotherapie; qualitative Forschung; Stimme

Abstract: Twenty patients from a Psychotherapeutic Day Hospital received a questionnaire about the perception and significance of voice in psychotherapy. Qualitative-descriptive procedures were used to analyze their answers, and categories of relevance for Psychotherapy were conceptualized. The results show that the patients describe voice tone in a differentiated way and that they regulate affects and atmospheres through their own voice. They experience the voice tone of their therapists fairly consciously and are able to indicate the »ideal therapist's voice«. Patients »hear« therapeutic intentions from the voice tone of their therapists and perceive the regulation of the therapeutic relation through vocal and rhythmic elements like melody, intensity and tempo, beside others. The results are illustrated with excerpts taken from the questionnaires and from individual interviews with some of the patients.

1 Im restlichen Text wird der Übersicht halber die männliche Schreibform verwendet; sie schließt beide Geschlechter ein.

Keywords: depressive symptoms; psychotherapy; qualitative research; voice

Resumen: Veinte pacientes de una clínica psicoterapéutica diurna recibieron un cuestionario con preguntas semi-abiertas respecto de la percepción y significado de la voz en el contexto psicoterapéutico. Las respuestas fueron analizadas por medio de un procedimiento cualitativo-descriptivo y se establecieron categorías relevantes para la psicoterapia. Los resultados muestran que los pacientes describen el sonido de la voz de forma diferenciada y que regulan afectos y estados anímicos con la ayuda de la propia voz. También experimentan la voz de sus terapeutas de modo consciente y son capaces de hacer afirmaciones respecto de la »voz ideal del terapeuta«. Los pacientes detectan intenciones terapéuticas a partir del sonido de la voz de los terapeutas y perciben la regulación de la relación terapéutica entre otras cosas a través de elementos vocales y rítmicos como tono de voz, volumen y ritmo. Los resultados son complementados e ilustrados mediante ejemplos textuales provenientes de los cuestionarios y entrevistas individuales a los pacientes.

Palabras clave: sintomatología depresiva; psicoterapia; investigación cualitativa; voz

Definition und Konzepte

Nach Brockhaus (1993) ist »Stimme« die »Lautäußerung bei Menschen und Tieren mit bestimmtem Klangcharakter und Signalwert zur Verständigung v. a. unter Artgenossen«. Ergänzend dazu beschreibt Stimmforscher Eckert (2008) den diese Stimme produzierenden Stimmapparat als die Einheit von Kehlkopf und Vokaltrakt des Rachen-, Mund- und Nasenraums, wobei phylo- und ontogenetische Entwicklungen ebenfalls einen Einfluss auf die stimmliche Klangproduktion ausüben (ebd.). Die Stimmklangproduktion basiert demnach auf einem vielseitigen und mehrfach determinierten Vorgang der Koordination zwischen dem als »Stimmorgan« bezeichneten Kehlkopf und dem als »Klangkörper« bezeichneten Vokaltrakt. Die daraus resultierende Stimmqualität hängt vom Zusammenspiel aller anatomisch-physiologischen, biologischen, evolutiven und emotionalen Bedingungen ab, u. a. Luftmenge und Luftdruck, Länge, Breite und Flexibilität der Stimmlappen, Stellung von Zunge, Lippen, Kiefer, Kehlkopf und Gaumensegel, Größe des Kehlkopfes und der Rachen-, Mund- und Nasenhöhlen, hormonelle Bedingungen, Muskeltonus, Körperhaltung und Gefühlslage (Eckert 2008). Einige anatomische Faktoren und Funktionen lassen sich von außen beeinflussen, z. B., durch pharmakologische oder operative Maßnahmen, andere verändern sich aufgrund biologisch gegebener Vorgänge, wie z. B. dem Wachstum der Stimmlappen und anderer Organe. Die emotionalen Bedingungen, die u. a.

auf Körperhaltung und Muskeltonus einwirken, verändern und beeinflussen die Klangqualität ebenfalls (Spitzer 2002; Krause 1996).

Die Einmaligkeit der Klangfarbe und die Unverwechselbarkeit der menschlichen Stimme lassen sich aufgrund der individuellen Gegebenheiten der oben genannten Bedingungen und dem unterschiedlichen Zusammenwirken aller an der Stimmproduktion beteiligten Faktoren erklären. Inwieweit der stimmliche Ausdruck zur Identitätsfindung beiträgt und inwieweit die Stimme Teil der Persönlichkeit ist, gilt noch genauer zu untersuchen (Kuny 1996; Eckert 2008).

Bevor auf die Bedeutung der Stimme im psychotherapeutischen Kontext eingegangen wird, soll der Brockhaus-Begriff der »Verständigung« genauer untersucht werden. Mit zusammenfassenden Beiträgen aus unterschiedlichen Disziplinen, die sich mit dem Thema »Stimme« befasst haben, soll auf die Zusammenhänge zwischen Stimme und Emotionen und auf die Bedeutung der Stimme in dyadischen Strukturen eingegangen werden.

Beiträge der Sprechwissenschaft

Für die Beforschung der Stimme werden die Stimmparameter Tonhöhe (Anzahl der Schwingungen der Stimmbänder pro Sekunde-Frequenz), Intensität (Breite der Schwingungen-Volumen), Dauer (Länge des Tones – Zeit/sek) und Klangfarbe (Grundton plus Obertöne) operationalisiert. Andere wichtige akustische Parameter sind die Anzahl und Dauer von Pausen und die Veränderung der mittleren Sprechstimmlage durch Intonation (Kuny 1996). Stimmforscher und Sprechwissenschaftler Prof. Hartwig Eckert aus der Universität Flensburg hat aus seinen Untersuchungen interessante Ergebnisse abgeleitet (Eckert/Laver 1994). Danach wird die mittlere Sprechstimmlage, d.h. die Stimmqualität, die durch die Grundstellung der Stimme in entspannter Lage erzeugt wird, von Zuhörern in den meisten Fällen als »angenehm« und »authentisch« wahrgenommen. Das Attribut »angenehm« hängt mit dem Zeitgeist und kulturellen Unterschieden zusammen. Was von einer Gruppe von Menschen als »sympathisch« und »freundlich« beschrieben wird, muss von einer anderen Gruppe längst nicht so empfunden werden. Ein typisch deutsches Ausdrucksmerkmal, die Lippenrundung oder »Goldfischstellung« und ein zögerndes »Jo, vielleicht« kann von Einigen als angenehme Besonnenheit, von Anderen als unangenehme Verzögerung aufgefasst werden. Ferner konnte gezeigt werden, dass eine aufsteigende Stimmelmelodie eine andere Wirkung auf den Zuhörer hat als eine abfallende. Während die aufsteigende Tonfolge »öffnet« und beim Zuhörer Erwartungen auslöst, hat die absteigende Tonfolge eine eher schließende Wirkung (Eckert/Laver 1994). Was den Ausdruck von emotionaler Verfassung und Stimmung durch die Stimme betrifft, besteht ein Wechselspiel zwischen dem Erleben von Emotionen, Muskeltonus und Stimmerzeugung. Letztere unterliegt der Innervation von mehr als einhundert Muskeln und wird

somit von den emotionalen Zuständen stark beeinflusst (Kuny 1996). Für die Kehlkopfmuskulatur bedeutet ein emotionaler Erregungszustand die verstärkte Anspannung der Stimmlippen, sodass höhere Töne erzeugt werden. Das kann durch einen freudigen Zustand ebenso ausgelöst werden wie durch Ärger oder Angst. Das als »emotional arousal« bezeichnete Phänomen wurde u.a. in den Untersuchungen von Bänzinger und Scherer (2005) mit einbezogen.

Die Wirkung der Stimme auf den Hörer kann zudem von extralinguistischen, d.h. gewohnheitsmäßig angenommenen Phänomenen – z.B. die eher laute Stimme südeuropäischer Kulturen – und paralinguistischen, d.h. zeitlich begrenzten und kontextabhängigen Stimmeigenschaften – z.B. Flüstern zur Mitteilung eines Geheimnisses – geprägt sein (Eckert 2008). Stimme verweist demnach auf Kultur und Zeitepoche, aktuelle Verfassung und Kontext, Stimmung, Haltung, Gesundheitszustand, Persönlichkeit und Beziehung.

Die Selbstwahrnehmung der Stimme unterscheidet sich von der Fremdwahrnehmung, dadurch dass die eigene Stimme während des Redens sowohl luft- als auch knöchengeleitet wahrgenommen wird, während der Zuhörer den Klang ausschließlich über die Luftleitung zu Gehör bekommt (Spitzer 2002). Menschen, deren Berufserfolg von der Wirkung ihrer Stimme abhängt, sollten sich der Qualität und dem psychologischen Effekt der eigenen Stimme bewusst sein. Durch professionelles Stimm- und Sprechtraining können sie am Klang und an der Wirkung ihrer Stimme arbeiten und diese verbessern.

Beiträge der Entwicklungspsychologie

In der Entwicklungspsychologie werden seit mehreren Jahrzehnten Untersuchungen zur Entwicklung affektiver und kognitiver Fähigkeiten des Kleinstkindes im intersubjektiven Raum durchgeführt, darunter auch Studien zum verbalen und vokalen Verhalten in der Mutter-Kind-Beziehung, die aufzeigen, dass die affektive-kognitive Entwicklung durch stimmliche Stimulierung gefördert wird (Altmann et al. 2002; Beebe/Lachmann 1994; Malloch 1999; Papousek 1981; Papousek/Papousek 1988; Stern 1991; Trevarthen 2002). Die Stimme wird zum verbindenden Ausdrucksmittel zwischen dem Neugeborenen und seinem Umfeld, einerseits, zum Mittel der affektiven Selbstregulierung, andererseits. Durch den stimmlichen Ausdruck können sowohl selbstbefriedigende als auch kommunikative – biologische und affektive – Grundbedürfnisse gestillt werden (Papousek 1981). Durch abwechselnden Einsatz (turn-taking) bestimmter Klangmuster wird stimmlicher Ausdruck zu einem der wichtigsten Verständigungsmomente zwischen Mutter und Kleinkind; damit wird er zum Vorreiter der Sprachentwicklung (Papousek 1981; Papousek/Papousek 1988; Stern 1991). Erwachsene besitzen ein angeborenes Wissen in Bezug auf einen geeigneten stimmlichen Ausdruck Kindern gegenüber; dieser wird als baby-talk (Stern 1991) oder Infant Directed

Speech (IDS) (Malloch 1999) bezeichnet. Erwachsene synchronisieren mit den affektiven Mitteilungen der Säuglinge auf plurimodale Weise: ein Stimmklang des Babys kann mit Körperbewegung oder anderen nonverbalen Elementen gleicher Dynamik »beantwortet« werden (Stern 1991). Depressive Mütter produzieren weniger Reziprozität und zeigen schlechtere rhythmische Übereinstimmungen. Lange Schweigephasen, tiefer Stimmklang und auch fehlender Stimmgesang erzeugen eine negative Stimmung bei Mutter und Kind (Beebe/Lachmann 1994). Dyadische Interaktionssequenzen werden daher als dyadische senso-motorisch-emotionale Erfahrungen aufgefasst und als solche im impliziten Gedächtnis abgespeichert (Beebe et al. 1997). Auch Säuglinge besitzen die Fähigkeit, sich an den Stimmklang von Erwachsenen anzupassen, indem sie unterschiedliche Tonhöhen für Mutter und Vater benutzen. Dies spricht für eine hohe Sensibilität und Fähigkeit der affektiven Beziehungsregulierung bereits bei Kleinstkindern (Trevarthen 2002). Eine spezielle Form der stimmlichen Stimulierung ist das Singen von Wiegenliedern. In ihnen werden Puls, Rhythmus und affektive Qualität kombiniert. Sie stellen eine Art »gesungene Narrative« dar, die affektive und kognitive Stimulierung integriert (Altmann et al. 2001; Malloch 1999).

Beiträge der Emotionspsychologie

In natürlichen, experimentell induzierten oder simulierten Kontexten werden starke und niedrige Aktivierungen von Emotionen durch Decoding-Encoding-Messungen beforscht. Scherer (1979) untersuchte die stimmlichen Indikatoren von Emotionen und deren Beziehung zu psychopathologischen Phänomenen. In seinen frühen Untersuchungen beschreibt er die vokalen Unterschiede folgendermaßen: Freude führt zur Erhöhung des Grundtons und zur Steigerung von Intensität und Redefluss; Ärger wird durch einen mittelhohen Ton und schnelles Sprechen artikuliert; Angst hat einen erhöhten Grundton und ein breiteres Spektrum an Tönen sowie einen schnellen Redefluss; bei Trauer ist die Variationsbreite eingeschränkt, der Redefluss langsam und der Grundton niedriger als normal. Johnson, Emde, Scherer & Klinnert (1986) beforschten die Wahrnehmung und Identifizierung von vier Basisemotionen (Trauer, Freude, Angst und Wut) anhand des stimmlichen Ausdrucks. Die Autoren konnten zeigen, dass die Versuchspersonen Trauer, unabhängig von der Modalität der Präsentation (Schauspieler oder Synthesizer mit/ohne Distorsion), am besten erkannten, während Angst am wenigsten eindeutig identifiziert wurde. Gobl und Ni Chasaide (2002) beforschten die Stimmqualität in Bezug auf Emotion, Stimmung und Haltung. Statt der erwarteten Zuordnung zu positiven oder negativen Valenzen fanden sie eine Zuordnung von Stimmqualitäten zu Affektclustern, nämlich solchen, die eine ähnliche emotionale Aktivierung (emotional arousal) vorwiesen. Z. B. hatte die Stimmqualität »angespannt« hohe Werte in »gestresst«, »verärgert« und »feind-

lich« aber auch in »formal«, »vertraut« und »fröhlich«. Bänzinger und Scherer (2005) stellten Untersuchungen zur Bedeutung von Intonation im sprachlichen Ausdruck an, indem sie versuchten, die Konturen von vier Emotionen zu identifizieren. Sie fanden keine direkte Eins-zu-eins-Zuordnung; stattdessen ergaben die Untersuchungen neue Hinweise in Bezug auf die Bedeutung von Betonungen und dem melodischen An- und Absteigen im Zusammenhang mit Emotionen.

Klinische Beiträge

Die Untersuchungen aus dem klinischen Kontext mit Patientinnen mit Anorexia Nervosa bestätigten die Hypothese der Autoren, dass die experimentelle Gruppe Emotionen im stimmlichen Ausdruck weniger gut erkennt als die Kontrollgruppe. Signifikante Unterschiede gab es bei der Zuordnung sowohl von »Trauer« als auch von »Freude«, die von den Patientinnen in den Stimmbeispielen nicht differenziert identifiziert wurden. Im mimischen Ausdruck brachten nur die Emotionen mit negativer Valenz (Angst, Wut und Ekel) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, d.h. negative Emotionen wurden von der experimentellen Gruppe signifikant schlechter erkannt als von der Kontrollgruppe (Kucharska-Pietura et al. 2004). In Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung korrelierte Stimmklang mit outcome und Zufriedenheit der Behandlung. Patienten, die die Stimme des Arztes als warm, supportiv und kompetent beschrieben, zeigten sich insgesamt zufriedener, hatten ein Gefühl von Kontrolle und freier Wahl und eine positive »medication adherence«. Ein negatives outcome korrelierte mit distanzierter und nicht supportiver Stimme (Haskard et al. 2008; Rosenthal et al. 1984; Hall et al. 1996).

Beiträge aus der Psychotherapie

Es gibt nur wenige Untersuchungen zum Thema »Stimme im psychotherapeutischen Kontext«; stattdessen haben Psychiater und Psychotherapeuten den eigenen Stimmklang in ihren Schriften häufig als Mittel zum Zweck erwähnt, den ihrer Patienten als Informationsquelle, u.a. zur Einschätzung psychopathologischer Zustände. Kraepelin beschrieb das Sprechverhalten depressiver Patienten als leise, langsam, zögernd, monoton, manchmal stotternd und flüsternd. Er beobachtete, dass diese Patienten oftmals mehrere Anläufe nehmen mussten, um ein Wort herauszubringen oder mitten in einem Satz abbrachen, dass sie stumm und einsilbig wurden und manchmal nicht weiter sprechen konnten (Kraepelin 1921 in Kuny 1996).

Psychotherapeuten teilen die Meinung, dass die nichtverbalen Aspekte der Kommunikation für Bildung und Erhaltung der positiven therapeutischen Allianz

unentbehrlich sind (Ramseyer/Tschacher 2008). Die vokalen Aspekte in einer therapeutischen Interaktion können die Hauptinformationsquelle im Hinblick auf die impliziten Aspekte und den Sinn der therapeutischen Kommunikation sein (Knoblauch 2000).

Rogers (1961) war der Ansicht, dass sich die therapeutische Fähigkeit, Gefühle zu teilen, im Stimmklang reflektiere. Perls (1976) schrieb, dass Psychotherapeuten ohne ihre Augen, aber nicht ohne ihre Ohren arbeiten könnten. Sullivan (1976) erwähnte bereits in den siebziger Jahren die Relevanz des Stimmklangs für diagnostische Zwecke: Intonation, Tempo und Artikulation würden verdeckte Emotionen und Gefühlszustände »verraten«. Er unterschied zwischen verbaler und vokaler Kommunikation. Milton Erickson (1980) postulierte, dass Stimmklang und Ausdrucksweise mit der Geschichte, speziell mit dem impliziten Gedächtnis des Subjektes, verbunden sind. Rice und Wagstaff (1967) untersuchten die Stimmqualität von Patienten in Bezug auf Produktivität im psychotherapeutischen Prozess. Sie fanden heraus, dass die Qualität der Sitzung (gut/schlecht) mit bestimmten Stimmparametern zusammenhing. Letztere setzten sich aus Eigenschaften wie »Energie«, »Ton«, »Tempo« und »Akzent« zusammen. Die Autoren identifizierten vier verschiedene Patienten-Stimmqualitäten: »emotional«, »fokussiert«, »externalisiert« und »limitiert«. In späteren Untersuchungen (Rice/Kerr 1986) beschrieben sie sieben verschiedene Stimmqualitäten bei Therapeuten: »weich«, »unregelmäßig«, »natürlich«, »bestimmt«, »unterdrückt«, »moduliert« und »begrenzt«. Sie verwiesen auf den Werkzeugcharakter der Stimme (stützen, begleiten), waren der Auffassung, dass Stimmqualität und Authentizität des Therapeuten zusammenhängen und vertraten die Ansicht, dass die Stimmqualität des Therapeuten die des Patienten beeinflusst (Wiseman/Rice 1989).

Andere Psychotherapeuten sind sich darüber einig, dass Patienten über die Stimme ihres Therapeuten ein differenziertes Bild über dessen Haltung, Stimmung, Neigung, Abneigung und therapeutische Absichten bekommen und dass Patient und Therapeut sich stimmlich gegenseitig beeinflussen, sodass jede psychotherapeutische Begegnung eine stimmliche Begegnung ist (Geißler in Druck; Nohr 2003). Ein monotoner Ton des Therapeuten kann ein Anzeichen von fehlender Empathie und/oder einer Kontaktstörung des Therapeuten sein und seine stimmliche Neutralität ein Anzeichen seiner Gefühlsblockade und »fehlender Re-syntonisierung« (Biedermann 2005).

Welche Bedeutung Psychotherapeuten der Stimme im psychotherapeutischen Kontext beimessen, wurde in einer Untersuchung der Studiengruppe »Voz y psicoterapia« der *Pontificia Universidad Católica de Chile*, der die Autorin ebenfalls zugehört, auf der Basis eines Stimm-Fragebogens für Therapeuten mit 20 Fragen zu den Themenkreisen »Stimme im Alltag«, »Stimme in der Psychotherapie« und »Stimme von depressiven Patienten«, untersucht (Tomicic et al. 2009). An der Studie waren 25 Psychotherapeuten beteiligt. Die Antworten wurden qualitativ-deskriptiv ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten, dass Psychotherapeuten der

Stimmqualität ihrer Patienten große Bedeutung beimessen, indem sie auf Tonfall und Stimmveränderungen der Patienten reagieren, sich anpassen und Patienten dort »abholen«, wo sie stimmlich-emotional befinden oder den Tonfall verbal deuten. Sie benutzen die eigene Stimme als therapeutisches Werkzeug, indem sie in bestimmten Momenten der Therapie unterschiedlich intonieren und lauter, leiser, langsamer oder schneller sprechen, um therapeutische Ziele zu verfolgen. Der Einsatz der Stimme beruht auf intuitivem Wissen und auf Erfahrung und wurde nicht in Ausbildungsgängen vermittelt (ebd.).

Der Therapeuten-Fragebogen diente als Ausgangspunkt für die hier vorgestellte Untersuchung mit Patienten; die Anzahl der Fragen wurde auf zwölf reduziert. Die Themenkreise schlossen die Themen »Stimme im Alltag« und »Stimme im psychotherapeutischen Kontext« ein.

Was Patienten, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, in Bezug auf die eigene Stimme und die des Therapeuten erleben und ob sie, ebenso wie Psychotherapeuten, den Stimmklang bewusst erleben, Stimme und ihre Wirkung differenziert wahrnehmen und sie in bestimmten Momenten bewusst einsetzen, sollte in dieser zweiten Untersuchung der Studiengruppe nachgegangen werden.

Die Forschungsfragen lauteten:

1. Nehmen Patienten unterschiedliche stimmliche Qualitäten bei sich selber und ihren Therapeuten wahr, wenn ja, welche, und wie beschreiben sie diese?
2. Gibt es aus Sicht der Patienten eine Beziehung und/oder eine Regulation zwischen der Stimme des Patienten und der des Therapeuten? Wie wird diese beschrieben?
3. Nehmen die Patienten Veränderungen in der Therapiesitzung auch stimmlich wahr? Wenn ja, wie?

Methode

Das Design der Untersuchung war explorativ-deskriptiv; zur Analyse der Daten wurde die Grounded Theorie verwendet (Strauss/Corbin 1990). Es sollten die Wahrnehmung und die Bedeutung der Stimme im psychotherapeutischen Kontext aus Sicht der Patienten untersucht werden.

Teilnehmer

An der Untersuchung nahmen insgesamt 20 Patienten teil, davon 12 Männer und 8 Frauen zwischen 24 und 61 Jahren und einem Durchschnittsalter von 41 Jahren. Sie befanden sich in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung in einer der

beiden Tageskliniken des Evangelischen Krankenhauses Königin-Elisabeth-Herzberge (KEH)², das mit dem Masterstudiengang Musiktherapie der UdK-Berlin kooperiert. Die Diagnose der Teilnehmer war Depressive Störung, einige hatten außerdem die Diagnose Angststörung. Die Patienten hatten zu dem Zeitpunkt der Untersuchung zwischen einer und dreißig Therapiesitzungen erfahren und die Psychotherapie war entweder individuell oder in der Gruppe.

Datensammlung

Die Projektleiterin, die das Projekt der leitenden Ärztin der Tagesklinik und dem Team vorgestellt hatte, nahm gemeinsam mit drei Studierenden des Masterstudiengangs Musiktherapie (zwei von ihnen wurden später als Interviewerinnen eingesetzt), an der Morgenbesprechung der Patienten teil und erklärte ihnen Vorgehensweise und Absicht der Studie. Diejenigen, die sich beteiligen wollten, bekamen einen Interviewtermin mit der Projektleiterin oder einer der beiden Studierenden. Am Tag des Interviews erhielt der Teilnehmer einen selbstanwendbaren Fragebogen mit zwölf Fragen, sowie die dazu gehörigen schriftlichen Anweisung und die informierte Einverständniserklärung zur Unterschrift. Die Untersucherin saß während des Ausfüllens neben dem Patienten, um eventuelle Fragen im selben Moment zu klären und im Falle von kurzen Ja-Nein-Antworten eine Vertiefung anzuregen. Im Anschluss und nach einer ersten Durchsicht der zwanzig Interviews wurden mit drei Patienten derselben Gruppe in Einzelsitzungen qualitative halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die dafür ausgewählten Personen waren solche, die im Fragebogen ausführlich geantwortet und sichtbares Interesse an der Studie gezeigt hatten. Sie wurden telefonisch von der Projektleiterin über die Tagesklinik kontaktiert und auch von dieser interviewt; die Teilnahme daran war freiwillig; alle drei kontaktierten Personen nahmen daran teil. Die Patienten wurden um die Vertiefung einiger ihrer Antworten und Klärung von Konzepten gebeten und es wurden ihnen Fragen gestellt, die mehr und neues Wissen generieren sollten.

Die Themenbereiche des Fragebogens waren zwei:

1. Die Stimme im Alltag und im Allgemeinen: Welche Stimmklänge gefallen oder gefallen nicht und warum? An welche Stimmen erinnert sich die Person aus ihrer Kindheit und wie klangen diese Stimmen? Wie klingt die eigene Stimme?
2. Fragen aus dem psychotherapeutischen Kontext: Wie klingt die Stimme des Therapeuten? Reagiert der Therapeut auf die Stimme des Patienten und

2 Unser Dank gilt an dieser Stelle Prof. Dr. Diefenbacher, Leiter der Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, Ev. Krankenhaus Königin-Elisabeth-Herzberge, für die Genehmigung zur Durchführung der Untersuchung, dem Team der Tagesklinik Boxhagenerstraße selbigen Krankenhauses für sein Engagement sowie allen Teilnehmern.

Wie? und umgekehrt: Reagiert der Patient auf die Stimme des Therapeuten und Wie? In welchem Moment der Therapie verändert sich die eigene oder die Stimme des Therapeuten? u. a. m.

Analyse der Daten

Die Antworten des Fragebogens wurden einer qualitativ-beschreibenden Analyse unterzogen. Insbesondere wurde die offene Kodifizierung nach der Methode der Grounded Theory (Flick 2004; McLeod 2001; Strauss/Corbin 1990) verwendet. Es wurden geeignete Dimensionen zum Thema Stimmqualität und relevante Kategorien zum Thema der Wahrnehmung und Bedeutung von Stimme im psychotherapeutischen Kontext bei Patienten geschaffen. Die Antworten wurden mittels einer induktiven analytischen Vorgehensweise beschrieben: zum einen durch die Fragestellung im Sinne von: wovon spricht dieses Extrakt? Zum anderen durch Anstellen von Vergleichen im Sinne von: spricht dieses Extrakt von der gleichen Situation, die vorher beschrieben/kategorisiert wurde oder handelt es sich um eine andere Kategorie? Zur Qualitätssicherung der Antworten wurde das Verfahren der interpretierenden Triangulierung (Patton 1990) verfolgt, was bedeutet, dass alle Untersucher an der qualitativen Analyse der Daten beteiligt waren und die aufgestellten Kategorien und Hierarchien durch intersubjektives Vorgehen und gemeinsames Einverständnis validiert wurden. Kategorien und Subkategorien wurden nach dem Kriterium der »thick description« (Ponterotto 2006) aufgestellt, nach der Antworten in enger Anlehnung an den Kontext, in diesem Falle die psychotherapeutische Situation, interpretiert und verstanden werden. Es sollten keine allgemein gültigen Aussagen generiert, sondern, im Hinblick auf zukünftige Forschungslinien und Diskussionen, möglichst unterschiedlichen Antworten einbezogen werden.

Ergebnisse

Die deskriptive Analyse der Antworten erbrachte zwei für den psychotherapeutischen Kontext relevante Kategorien: *Stimmqualität von Psychotherapeuten* und *Stimme als Werkzeug*. Im Folgenden werden die Kategorien, Subkategorien und Dimensionen beschrieben und mit Ausschnitten aus den Fragebögen und den Tiefeninterviews ergänzt.

Den Ergebnissen vorangestellt ist eine Zusammenfassung der von den Patienten genannten Beschreibungen zu »angenehmer« und »unangenehmer« Stimme, im Allgemeinen. Sie illustrieren die differenzierte Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeit der Teilnehmer. Die unter »angenehme Stimme« beschriebenen Qualitäten weisen mitunter auf die späteren Ergebnisse der Subkategorie »ideale Therapeutenstimme« hin.

Angenehme Stimmen

Tiefe Tonlage, ruhiges und leises Volumen; langsames, getragenes Tempo; singend und melodisch; helle oder dunkle sonore Klangfarbe; bestimmte und modulierte Stimme; warme nicht zu hohe Frauenstimme; tiefe, warme, ungekünstelte, melodische Männerstimme; ausgeglichen, kraftvoll, wohlklingend; verständnisvoll und einfühlsam.

Unangenehme Stimmen

Hohe und piepsige Stimmen; laute und sehr leise Stimmen; stotternde, zu schnelle, hektische und zu langsame Stimmen; krächzende, kreischende, schrille, schroffe, grelle zu nasale Stimmen; sich überschlagende, forsche Stimmen; zu hohe quäkende Frauen- und Männerstimmen; Babystimmen; aufdringliche, aggressive und gefühlslose Stimmen; nervöse, nervige und meckrige Stimmen.

Stimmqualität von Psychotherapeuten

Die erste relevante Kategorie wurde in die *Subkategorien a) »reale Stimme«* und *b) »ideale Stimme«* des Therapeuten dividiert. Die Patienten beschrieben die Stimme ihrer Therapeuten, indem sie *sonoro-musikalische und emotional-relationale Dimensionen* benutzten. Im Falle der sonoro-musikalischen Dimension beinhaltet diese die von den Patienten benutzten musikalischen Parameter Tonhöhe, Lautstärke, Prosodie, Rhythmus und Klangfarbe der Stimme, im Falle der emotional-relationalen Dimension spielen sie auf zwei Konzepte an: *Wirkung* der Stimme des Therapeuten auf sie (Patienten) und die *therapeutische Absicht*. In beiden Dimensionen wurde außerdem eine Spalte der »nicht klassifizierbaren Beschreibungen« eingeführt.

a) Realstimme des Therapeuten

Was die sonore Dimension der Subkategorie »Reale Stimme des Therapeuten« betrifft, unterscheiden Patienten unter den Stimmen ihrer Therapeuten solche, die eine »hohe bis zu hohe«, eine »mittlere« und eine »normale« Tonlage, sowie eine »mittlere Tiefe« haben. Die Stimme wird als »angenehm melodisch« oder »zu wenig melodisch« beschrieben. In der Lautstärke erkennen sie eine »recht leise«, eine »mittelstarke« und eine »lautere Stimme, die nie zu laut wird«. Was das Tempo betrifft, differenzieren sie zwischen »schnellem«, »fließendem«, »ruhigem« und »angenehm langsamen« Tempo. Als Klangfarben identifizieren sie

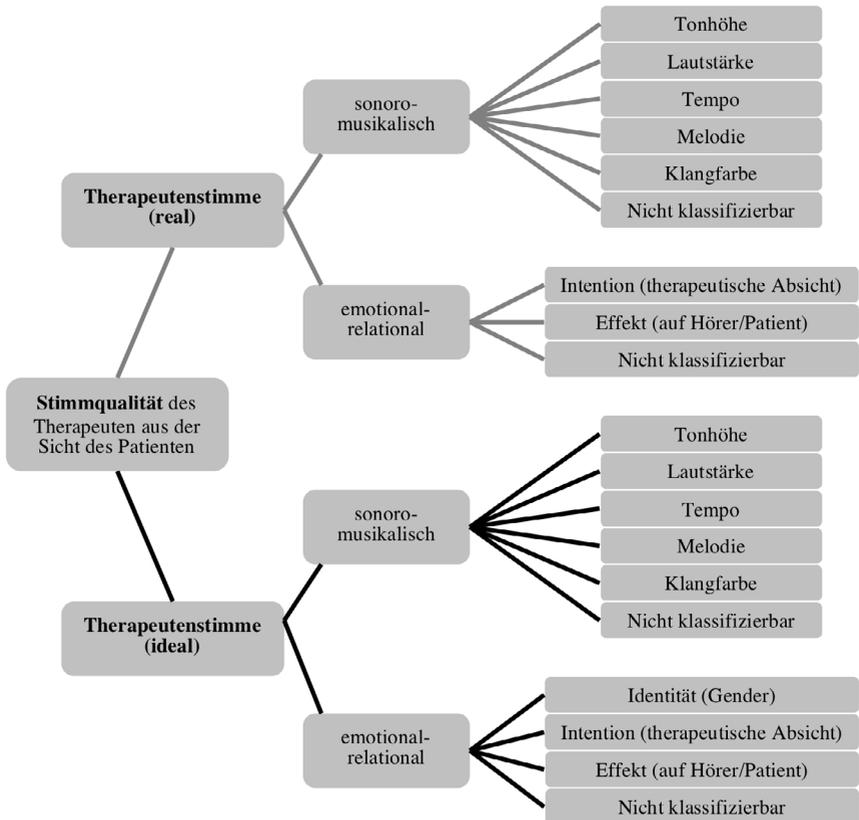


Abbildung 1: Stimmqualität von Psychotherapeuten aus der Sicht von Patienten

die »klare«, die »helle« und die »nicht zu grelle« Stimme. In die Spalte der *nicht klassifizierbaren* Beschreibungen der sonoren Dimension der Therapeutenstimme wurden die »sich überschlagende Stimme«, die »ausgewogene Modulation«, die »gut verständliche Stimme«, »Stimme mit gelassenem Tempo« und »Stimme mit wenigen Schwankungen«, eingeordnet. Einige Patienten fügten der Beschreibung eine positive Bewertung durch das Wort »angenehm« bei: »angenehm hoch«, »angenehm langsam« und »angenehm melodisch«, als könnten diese Qualitäten ohne diesen Zusatz als negative Eigenschaften verstanden werden.

In der *emotional-relationalen Dimension* der realen Stimme des Therapeuten haben die Patienten von der Stimme ihrer Therapeuten insgesamt einen sehr positiven Eindruck. Sie erkennen in ihr eine beruhigende, ausgleichende, angstnehmende *Wirkung*. Die therapeutischen *Absichten*, die sie dem Stimmklang entnehmen sind ebenfalls positiv: »Aufmerksamkeit und Einfühlsamkeit signalisieren«,

»Herausfordern und Provozieren«, »Beruhigen und Helfen«. In der Spalte »nicht klassifizierbar« wurden die Beschreibungen Wissensdurst, Ausgeglichenheit, Freundlichkeit und Eine-innere-Haltung-ohne-größere-Schwankungen-Zeigen, aufgeführt. In Bezug auf »Wissensdurst« unterstellen Patienten ihren Therapeuten eine gesunde Neugier, die letztlich ihnen selber (den Patienten) zugute kommt.

b) Idealstimme des Therapeuten

In dieser Subkategorie konnten ebenfalls die beiden Dimensionen *sonoro-musikalisch* und *emotional-relational* aufgestellt werden. Was die *sonoro-musikalischen Qualitäten* betrifft, stellen sich die Patienten eine tiefe Tonlage vor und, von der Klangfarbe her, sowohl eine dunkle als auch eine helle Stimme; die Lautstärke wird als »nicht zu laut, sondern eher mittelstark« angegeben; der Tonfall soll melodisch sein. Der ideale Sprachfluss wird als »nicht abgehackt« und »ohne Unterbrechungen« beschrieben, d. h. als ein eher pausenloser regelmäßiger Rhythmus. In der Spalte *nicht klassifizierbar* stehen die »flächige, nachschwingende und gebundene« Stimme sowie die Qualitäten »bestimmt«, »klar« und »deutlich«. In der idealen Therapeutenstimme fand sich außerdem ein Konzept, das in der realen Stimme nicht erwähnt wird, es bezieht sich auf das Genderthema. Es wird der Wunsch nach einer »männlichen« Stimme ausgedrückt, wobei nicht gesagt ist, dass der Therapeut ein Mann sein muss; der Wunsch könnte sich auf die Eigenschaften »Bestimmtheit« (*nicht klassifizierbar*) und »Entschiedenheit« (*therapeutische Absicht*), als eher harte Elemente, beziehen, die ergänzend zum Wunsch nach »Gebundenheit«, als eher weiches Element, verstanden werden.

Die *emotional-relationalen* Qualitäten der idealen Therapeutenstimme werden unter dem Konzept der *Wirkung auf den Patienten* mit den Begriffen »empathisch«, »verständnisvoll«, »einsichtig«, »vertrauensvoll«, »beruhigend«, »entspannend«, beschrieben. Ebenso mit dem Wunsch, die Stimme »gehe unter die Haut«. Ein Patient schildert die ideale Therapeutenstimme sehr bildhaft:

»[A]lso, das spielt eigentlich keine Rolle, ob es eine Frau oder ein Mann ist. Es sind generell die tiefen weiblichen und tiefen männlichen Stimmen, die einen Einfluss auf mich haben [...], das passiert meistens beim ersten Mal, wenn ich sie treffe, dass mich die Stimme einfach umhaut ... also eine Stimme, die irgendwie einen direkten Einfluss auf meinen Körper hat [...], es ist eigentlich immer eine sehr ruhige Stimme [...], dass man sich einfach geborgen fühlt, sich auch wohl in seinem eigenen Körper [...], es läuft mir auch kalt den Rücken 'runter und diese Stimmen sind eben nicht so abgehackt, sondern es ist immer so, also ob bei den Worten ein Nachhall noch mit ist [...], es ist, als ob ein Ton an den anderen anschließt [...], eine flächige Stimme [...] die einen einfach einlullt, das man gefangen ist darin, sich einfach ganz wohl fühlt [...], eingelullt ist wie umarmt [...] als wenn man in eine Decke gehüllt ist und so ganz bei sich ist [...]» (PIII, S. 1f.).³

3 P = Patient, S = Seitenzahl des Interviews; PI = weiblich, PII und PIII = männlich.

Was die *therapeutische Absicht* in und durch seine stimmlichen Äußerungen betrifft, wird gewünscht, dass er im Idealfall mit seiner Stimme Entschiedenheit ausdrückt und Forderungen stellt. Hier ist das männliche Prinzip deutlich sichtbar, sodass neben der weichen einullenden Stimme die richtungweisende und fordernde Stimme ebenfalls präsent sein muss. Als nicht klassifizierbar innerhalb der emotional-relationalen Stimmqualität erschienen die Konzepte »gut angepasst«, im Sinne eines »know how« – wann und wie etwas gesagt sein muss – und »angenehm«.

Stimme als Werkzeug im psychotherapeutischen Kontext

Als zweite relevante Gruppe von Antworten wurde die Kategorie *Stimme als Werkzeug im psychotherapeutischen Kontext* aufgestellt. Hier ergaben sich bei der Analyse drei Subkategorien:

- Stimme als Werkzeug zur Selbstregulierung des Patienten*, d.h. zur Regulierung innerer Spannungszustände,
- Stimme als Werkzeug zur interpersonellen gegenseitigen Regulierung*, d.h. zur emotionalen Regulierung zwischen Patient und Therapeut und
- Stimme als therapeutisches Werkzeug* – aus der Sicht des Patienten – und dessen Interpretation der Therapeutenstimme.

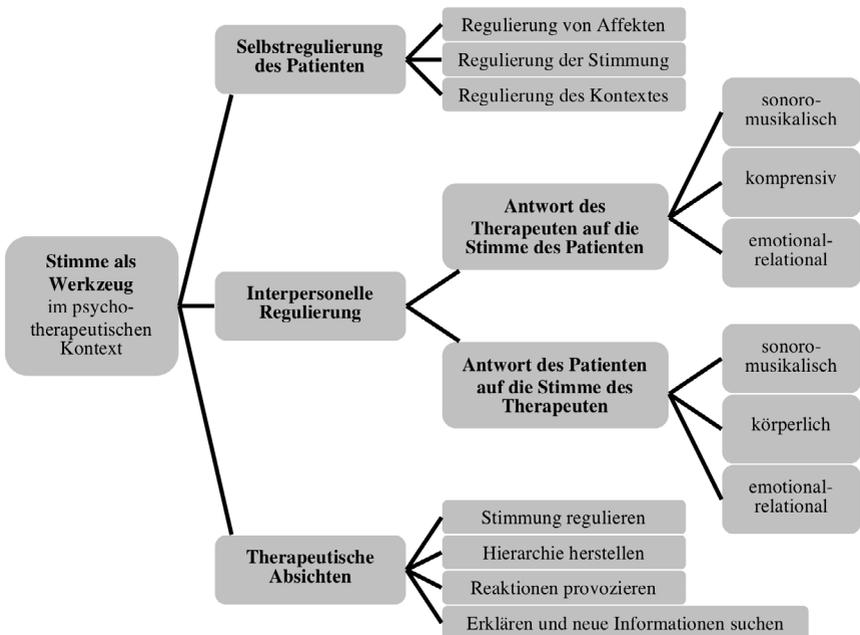


Abbildung 2: *Stimme als Werkzeug im psychotherapeutischen Kontext*

a) Stimme als Werkzeug zur Selbstregulierung des Patienten

Diejenigen Dimensionen, die sich als die selber zu regulierenden heraus kristallisierten, sind die *Affekte*, die *Stimmung* und der *Kontext*.

In Bezug auf die *Affektregulierung* durch die Stimme regulieren sich Patienten durch vokalen Ausdruck dann, wenn sie sich in einem emotionalen Spannungszustand befinden und Angst, Wut und Trauer spüren oder sich mutlos, nervös und bedrückt fühlen. Folgende Antworten sind den Fragebögen entnommen:

- »Wenn ich mich ärgere, hebe ich die Stimme; wenn ich Fehler eingestehen muss, bin ich leise« (2.7).⁴
- »In hektischen Situationen passt sich meine Stimme der Situation an, in ruhigen Momenten wird sie ruhig und gelassen« (12.7).
- »In anstrengenden und emotionalen Momenten werde ich leiser und langsamer beim Reden« (17.7).
- »Bei Aggressionen wird meine Stimme lauter; bei Ängsten wird die Stimme ganz leise« (19.7).
- »In belastenden Momenten: kratzig und rau« (20.7).

Als *Stimmungsregulator* funktioniert die Stimme in Situationen, in denen die Patienten sich als introvertiert erleben, wenn sie in schlechter oder depressiver Stimmung sind, wenn sie in aufgeregter und stressiger, oder, im Gegenteil, in guter und ruhiger Stimmung sind. Zitate aus den Fragebögen:

- »Wenn ich in mich gekehrt bin, ist meine Stimme tiefer, spreche ich ruhiger« (3.7).
- »Bei Mutlosigkeit und depressiver Stimmung fehlt es meiner Stimme an Ausdruck, sie ist auch deutlich leiser« (10.7).
- »Wenn ich sehr bedrückt bin, wird die Stimme leise und traurig« (11.7).
- »Bei Traurigkeit: leise, bei Anspannung meist wortlos« (13.7).
- »Bei guter Stimmung ist die Stimme entspannter, fröhlicher, fließender, lauter« (15.7).
- »Bei schlechter Stimmung ist die Stimme eintönig, langsam, gespannt, leiser« (15.7).

Mit *Kontextregulierung* ist der Einsatz der Stimme in besonderen Momenten des Therapieprozesses gemeint. Hier nennen die Patienten u. a. den Beginn der Therapie, wohl als Spannungsmoment erlebt, in dem sie ihren inneren Zustand durch den »richtigen« Einsatz der Stimme regulieren können; ferner die Situation, wenn sie, im Rahmen der Gruppentherapie, vor Anderen reden müssen; die Situation, wenn sie den Therapeuten direkt anreden müssen und schließlich den

⁴ Die in () Klammern gesetzten Zahlen beziehen sich auf die Kodifizierung: erste Zahl = Nummer des Patienten, zweite Zahl = Nummer der Frage im Fragebogen.

Moment, wenn sie aufgefordert werden, ihre Gefühle genauer zu beschreiben. Folgende Zitate aus den Fragebögen verdeutlichen das Gesagte:

- »Wenn ich vor Anderen spreche, wenn ich verunsichert und nervös bin, wird meine Stimme leiser und nasal, vielleicht höher« (16.7).
- »Meine Therapie beginnt heute, daher eher leise und abwartend« (6.7).
- »Wenn ich meine Therapeutin anspreche, werde ich lauter, meine Stimme höher« (2.7).
- »Beim Versuch des Beschreibens meines Zustandes werde ich lauter, erklärend, Redeschwalle wiederholend« (14.7).

b) Stimme als Werkzeug zur interpersonellen gegenseitigen Regulierung

In dieser Subkategorie haben sich zwei weitere Unterkategorien mit verschiedenen Dimensionen herausgebildet. Zum einen die Unterkategorie: *Antwort des Therapeuten auf die Stimme des Patienten* (aus der Wahrnehmungsperspektive des Patienten) und die hier stattfindende gegenseitige Regulierung. Auf der anderen Seite die *Antwort des Patienten auf die Stimme des Therapeuten* und die gegenseitige Regulierung.

Antwort des Therapeuten auf die Stimme des Patienten

Sonoro-musikalische Antworten: Der Therapeut kann »stimmlich« auf die Stimme des Patienten reagieren. Patienten beschreiben es so, dass Therapeuten auf ihre Stimme mit einem lauterem, höheren, leiserem, tieferem oder ruhigerem Tonfall reagieren oder dass sie in/auf ihrem Ton bleiben, obwohl der Patient seinen verändert hat. Letzteres wird als Stärke und positive Eigenschaft des Therapeuten anerkannt und so interpretiert, dass er sich nicht aus der Ruhe bringen lässt.

Komprehensive Antworten: Der Therapeut kann auf die Stimme des Patienten mit einer verständnisvollen Haltung oder verbal reagieren: Der Therapeut spürt, was der Patient braucht und lässt ihn in Ruhe, wenn/obwohl er nicht spricht und drängt ihn nicht dazu, es zu tun. Er ist aufmerksam gegenüber den durch die Stimme signalisierten Stimmungsveränderungen des Patienten. Der Therapeut versteht die emotionale Lage des Patienten, obwohl Inhalt des Gesagten und emotionaler Ausdruck der Stimme nicht übereinstimmen. Der Therapeut fragt den Patienten, was mit ihm los ist, wenn dessen Stimme leiser wird und versucht, den Patienten zu verstehen. Er erklärt ihm, was er aus dem Tonfall abliest und wie er ihn in diesem Moment deutet.

Emotional-relationale Antworten: Patient und Therapeut werden gemeinsam lauter und höher, wenn sie diskutieren und zu einer gemeinsamen Erkenntnis kommen. Umgekehrt, sprechen beide tief, ruhig und leise, wenn sie unterschiedlicher Meinungen sind und sich nicht einigen können.

Die Beschreibung eines Patienten zum Thema der emotional-rationale Abstimmung verdeutlicht das stimmliche Miteinander:

»Ja, wenn einer von uns beiden es geschafft hat, den anderen zu überzeugen, wenn man praktisch den Faden aufgenommen hat, dann geht das so Schlag auf Schlag. Dann sagt sie etwas, dann sag ich etwas, man freut sich, ja, jetzt habe ich etwas gefunden, jetzt geht es vorwärts, dann geht es hin und her, wird immer lauter und dann kann es auf einmal einen Punkt erreichen, dass man sagt, oh, aber vielleicht ist es doch ein bisschen anders [...]. Aber der Einigungsprozess ist schon davon begleitet, dass die Stimmen immer lauter werden [...]. Ja, es wird auf jeden Fall dichter, dass man halt den gleichen Gedankengang hat, dass man den gleichen Weg verfolgt hat und dann ist man automatisch mehr bei der Therapeutin als bei sich« (PIII, S. 6).

Antwort des Patienten auf die Stimme seines Therapeuten

Sonoro-musikalische Antworten: Der Patient kann auf die Stimme des Therapeuten mit einem neuen Tonfall oder Stimmklang antworten, seine Stimme kann leiser, lauter, tiefer und langsamer werden, entgegen dem Tonfall des Therapeuten oder in derselben Richtung. Wenn die Stimme des Therapeuten leise und einfühlend ist, kann die eigene Stimme ebenfalls ruhig werden. Wenn der Therapeut bestimmend argumentiert, kann der Patient in Schweigen verfallen. Bei positiven Gesprächen wird die eigene Stimme freundlicher.

Ein Patient schildert, wie und warum er sich an die Lautstärke der Therapeutenstimme anpasst:

»[N]a, wenn jemand oder die Therapeutin leise spricht, dann weiß man, dass man auch nicht laut sprechen muss, weil der andere einen versteht« (PII, S. 5).

Körperbezogene Antworten: In dieser Dimension nennen die Patienten angenehme und unangenehme Wirkungen: sie können auf die Stimme des Therapeuten mit Tränen reagieren, wenn er provozierend spricht und ruhiger werden, sich entspannen, einschlafen, sich lockerer und weniger verkrampft fühlen, wenn die Stimme als angenehm erlebt wird; sie können einen Druck auf der Magengegend spüren, wenn die Stimme fordernd klingt.

Die Patientin beschreibt ihre Körperreaktion, die eine positive Wirkung auf ihren mentalen Zustand hat, folgendermaßen:

»[E]infach schon so'ne ruhige Stimme, nicht hektisch [...], werd' dann gelassener, werd' dann auch ruhiger [...], hat zumindest auch eine entspannende Wirkung, also dass ich mich sortieren kann für den Moment, um was es geht [...] so'n bisschen Klarheit schaffen für sich im Moment« (PI, S. 6).

Emotional-relationale Antworten: Die Patienten beschreiben sowohl positive als auch negative emotionale Reaktionen und Antworten auf die Stimme und den Tonfall des Therapeuten: sie bemerken, dass sich ihr Gemüt beruhigt, wenn der Therapeut ruhig redet, dass sie aufmerksam werden oder Neugier entwickeln, gute Gefühle bekommen und dass die Stimme des Therapeuten sie aufbaut; sie können aufgrund des Tonfalls des Therapeuten aber auch ernst werden, dann,

wenn die Stimme als Alarmzeichen verstanden wird, oder sich genervt fühlen, wenn der Therapeut zu ruhig redet.

Im folgenden Beispiel schildert eine Patientin ihre Reaktion auf die Stimme eines Therapeuten, mit dem sie nicht zurecht kam, und wo, wie sie sagt, »keine Chemie da war«, auch nicht in Bezug auf die Stimme:

»[L]iebe Stimmen können auch lieb sein, aber wenn das manchmal so ist [...] und wenn man zum Therapeuten geht und sagt: jetzt hol ich mir mal Hilfe – und dann kommt er mit einer ›Muschibubu-Stimme‹ um die Ecke [lacht], naja, so ganz lieb und ganz nett – und dann gucken wir mal und, naja, schauen wir mal – das ist nichts für mich [...], so was kann mich auch so'n bisschen anzicken [...], dann sitz ich dann da [...] ›komm mal auf den Punkt, was woll'n wir denn jetzt hier?‹ [...], weil ich so gestrickt bin« (PI, S. 6).

Dieselbe Patientin sagt zu ihrer jetzigen Therapeutin und deren »eindringliche« Stimme, die bei ihr Aha-Effekte auslöst:

»[D]ie Stimme kommt rein [...], wenn man das in Maschen teilt, dann sortiert man wahrscheinlich ab, was ankommt und reinkommt, wahrscheinlich mit der Kombination aus den Worten und ihrer klaren, angenehmen Stimme, hat einfach eine sympathische Stimme, die einen gern zuhören lässt. Wenn sie dann auf einen Punkt trifft, dann kommt sie durch dieses Muster. Es gibt auch ganz viele Gruppensitzungen, Themen, die rauschen einfach an mir vorbei [...], da ist ja trotzdem ihre Stimme da und für mich ist das wahrscheinlich auch stimmungsabhängig, ganz doll [...] wie ich das aufnehme oder nicht « (PI, S. 5).

Ein Patient beschreibt den Unterschied zwischen konstanter Lautstärke und variierter Lautstärke und die Wirkung auf ihn folgendermaßen:

»[D]as kann ja auch seinen Sinn haben, dass man seine Stimme variieren kann, dann regt mich das auch schon wieder zum Überlegen an, aber, wie gesagt, wenn es permanent laut ist, dann schalte ich ab [...] und permanent leise kann ich auch nicht gut« (PII, S. 7).

Der Patient öffnet sich und wird dem Therapeuten gegenüber freundlich, wenn er dessen Stimme angenehm findet; er versteht, ob der Tonfall des Therapeuten anklagend, stimulierend oder lobend ist; er entwickelt Vertrauen und lernt, dem Therapeuten Dinge anzuvertrauen und die eigenen Probleme klar und deutlich und mit lauterer Stimme hervorzuheben.

c) Stimme als therapeutisches Werkzeug

Die Patienten identifizieren die Stimme des Therapeuten als ein professionelles Werkzeug, indem sie im Tonfall und im Klang der Stimme eine therapeutische Absicht erkennen. Es ergaben sich vier Dimensionen therapeutischer Absichten:

Stimmung regulieren, Hierarchie herstellen, Reaktionen provozieren, Erklären und/oder neue Informationen suchen.

Stimmung regulieren

Patienten fühlen und vermuten, dass Therapeuten mit der Stimme die emotionale Atmosphäre erfassen und diese unterstützen oder verändern wollen. Patienten nehmen wahr, dass Therapeuten die Emotionen mit der eigenen Stimme widerspiegeln und ihre Stimme an diese anpassen können, wenn sie es für nötig halten.

Ein Patient beschreibt die für ihn und seine momentane Stimmung ideale Stimme einer weiblichen Therapeutin beim Autogenen Training folgendermaßen:

»Ich habe eine Psychologin gehabt ... und die hat Autogenes Training gemacht und da wird gesprochen und die Stimme war einzigartig ... die war halt einfühlsam, das war wie als würde sie ..., na einfühlsam, vom Ton her, von der Geschwindigkeit her, es hat gepasst. Nicht zu laut, nicht zu leise, genau wie man das eigentlich braucht – wie ich das brauche [...] Wir mussten uns entspannen und es war einfach großartig« (PII, S. 13).

Hierarchie herstellen

Wenn Therapeuten mit entschiedenem Tonfall sprechen, verstehen Patienten das so, dass sie (die Therapeuten) ihre Stimme dafür benutzen, um auf ihre Rolle aufmerksam zu machen und sich Respekt zu verschaffen.

Reaktionen provozieren

Patienten hören und fühlen, dass Therapeuten lauter sprechen, um sie zu motivieren und zu stimulieren, um sie zu provozieren und Blockaden aufzulockern. Die Therapeuten sprechen in einem bestimmenden Tonfall, um Forderungen zu stellen.

»[B]ei ihr, wenn sie versucht provozierend auf mich einzuwirken, mich zu einer Erkenntnis zu bewegen, wird ihre Stimme lauter und sie überschlägt sich« (PIII, S. 5).

Erklären und/oder neue Informationen suchen

Patienten verstehen die angehobene Stimme am Ende des Satzes und die längeren Pausen ihrer Therapeuten als eine fragende Haltung. Sie halten diese Form der Prosodie für einen Versuch, neue Informationen zu bekommen. Eine ruhige Stimme kann stattdessen Klärung bedeuten.

Ein Patient erklärt sich die Veränderung der Stimme seiner Therapeutin aufgrund der eigenen Erfahrung mit Stimme, folgendermaßen:

»Ja, immer wenn sie nachdenklich wird. Also immer, wenn sie selbst in sich geht, versucht, etwas zu erklären, wenn sie, das kennt man ja auch von sich selbst so, wenn

man zu sich selbst zurückkommt und nachdenklich wird, dann fängt man auch an, ruhiger zu sprechen und bedachter« (PIII, S. 5).

Diskussion

Die an der vorliegenden Untersuchung teilnehmenden Patienten konnten differenzierte Antworten zum Thema »Stimme im psychotherapeutischen Prozess« geben und dadurch einen wichtigen Beitrag zum wenig erforschten Gebiet der Bedeutung von »Stimme in der Psychotherapie« leisten. Es überraschte, wie genau sie sowohl die eigene Stimme als auch die der Therapeuten in verschiedenen Situationen der Therapie beschreiben konnten. Das bedeutet, dass sie nicht nur ein implizites, sondern auch ein explizites Wissen zum Thema haben. Sie unterschieden verschiedene Arten von Stimmklang und Tonfall und benutzten dafür sowohl sonoro-musikalische als auch emotional-relationale Dimensionen. Dies erlaubte die Aufstellung von zwei für den psychotherapeutischen Kontext relevante Kategorien: *Stimmqualität von Psychotherapeuten* und *Stimme als Werkzeug im psychotherapeutischen Kontext*.

Im Rahmen der ersten Kategorie kristallisierten sich zwei Subkategorien heraus, *die reale* und *die ideale Stimme* des Therapeuten. In die zweite Subkategorie fielen mehrere der vorher als angenehm beschriebenen Stimmmerkmale. Z. B. bevorzugten Patienten eine warme, langsame, eher tiefe, männliche Stimme, während sie eine aggressive, laute und emotionslose Stimme eher ablehnen. Interessant der Aspekt der Authentizität, der sowohl in der Dimension *angenehme Stimme* als auch in der Subkategorie *ideale Therapeutenstimme* erscheint. Diese Ergebnisse stimmen mit den Forschungsergebnissen von Eckert & Laver (1994) überein, die zeigten, dass es das Konzept der »authentische Stimme« gibt, bei der es sich um den Stimmklang handelt, der auf der mittleren Sprechstimmlage basiert und der im Allgemeinen als angenehm empfunden wird. Rice & Kerr (1986) identifizierten die »natürliche« Stimmqualität der Therapeuten als eine von sieben relevanten Qualitäten, die die Stimmqualität der Patienten beeinflussten. Sie waren der Meinung, dass sich die Authentizität der Therapeuten in der Stimmqualität niederschlägt (ebd.). Die Vorstellung von einer »warmen« Therapeutenstimme hat in diesem Zusammenhang wahrscheinlich mit dem Wunsch nach Geborgenheit der Patienten zu tun, die Vorstellung einer »bestimmten« Stimme mit dem Wunsch nach Sicherheit, Orientierung und Kontrolle. Da es sich bei der untersuchten Gruppe um Patienten mit depressiver Störung und/oder Angststörung handelte, könnte der Wunsch nach Geborgenheit und Sicherheit auch mit Aspekten der Störung in Verbindung gebracht werden. Untersuchungen mit Patientengruppen anderer Störungsbilder wären interessant und ergänzend.

Die Kategorie *Stimme als Werkzeug im psychotherapeutischen Kontext* ergab relevante Dimensionen, u. a. die Dimension der *Selbstregulierung* von Affekten

beim Patienten: Wut und Trauer, Spannung und Angst können durch Stimme reguliert werden, Stimmungen und situationsbezogene Stresssituationen ebenfalls. Das erinnert an die Ergebnisse von Papousek (1981) und Papousek und Papousek (1988), die den Selbstregulierungseffekt der Stimme bereits bei Säuglingen erkannten. Diese bei Kleinstkindern unbewusst ablaufenden Prozesse werden von Patienten zumindest teilweise bewusst erlebt und mit Worten eindeutig beschrieben. Inwieweit auch unbewusste Prozesse eine Rolle bei der Selbstregulierung von Affekten spielen, konnte in dieser Untersuchung nicht erfasst werden; hierfür wäre eine Studie zur Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdeinschätzung des vokalen Verhaltens in therapeutischen Situationen notwendig.

Außerdem verstehen die Patienten ihre Stimme als ein Werkzeug zur Regulierung der Beziehung zum Therapeuten und erkennen Veränderungen in der eigenen Stimme und in der ihrer Therapeuten. Sie beschreiben, wie ihre Stimmen sich zum Teil koordinieren und synchronisieren: ein gemeinsames Lauter-und-höher-Werden in Momenten des Annäherns an Einverständnisse, ein gleichzeitiges Langsam-und-leise-Sprechen in Momenten der Uneinigkeit und Reflexion. In beiden Fällen wären genauere Untersuchungen zur rhythmischen Koordination interessant und ergänzend. Durch in situ Beobachtungen und Register von Sprech- und Schweigephase in psychotherapeutischen Sitzungen könnten Ergebnisse anderer Untersuchungen bestätigt oder widerlegt werden, z.B. die Vermutung, dass bei inhaltlicher Einigung und gemeinsamer Steigerung in Lautstärke und Tonhöhe eine rhythmische Deskoordination eintritt (Tomicic et al. 2009b).

Patienten sind sich der Nuancen des stimmlichen Ausdrucks ihrer Therapeuten bewusst und reagieren sensibel auf Veränderungen. Lautes Sprechen beeinflusst sie negativ, besonders in dem Fall, dass die Therapeutenstimme sich überschlägt, haben sie ein unangenehmes Gefühl, sowohl körperlich als auch emotional. Zu leises Reden des Therapeuten wird ebenfalls als unangenehm empfunden und kann Patienten »nerven«. Im Gegensatz dazu empfinden sie die weiche, warme und mittellaute Stimme des Therapeuten vertrauenserweckend und einladend. Sie reagieren darauf, indem sie über sich und ihre Probleme offener reden. Eine emotionslose Stimme des Therapeuten erleben die Patienten als unangenehm; sie scheint desorientierend zu wirken. Dieser Eindruck stimmt mit den Beobachtungen von Biedermann (2005) überein, der die monotone Therapeutenstimme als ein Anzeichen fehlender Empathie oder fehlender »Resyntonisierung« interpretiert, eventuell auch als emotionale Blockade und Kontaktstörung des Therapeuten.

Patienten erkennen im Stimmklang ihrer Therapeuten therapeutische Zielsetzungen: sie verstehen Pausen, Schweigen, lautes oder leises Sprechen als Aufforderungen und Zeichen der Intervention. Sie verstehen die sonoro-musikalischen Elemente der Stimme als Ausdruck dafür, dass ihnen ihr eigenes Verhalten bewusst gemacht und der Therapieprozess beeinflusst werden soll. Aus den Antworten der Patienten kann entnommen werden, dass es ihnen gefällt, therapeutische Absichten zu entdecken, weil sie sich dadurch ernst genommen und gefordert fühlen.

Der Wunsch der Patienten ist es, dass sich die Therapeuten um sie bemühen, sie motivieren und auch provozieren. Sie lesen diese Haltung u.a. aus der Stimme ihrer Therapeuten ab.

Die Ergebnisse der Untersuchungen von Tomicic et al. (2009a) bestätigen die Eindrücke der Patienten. Sie zeigen, dass Psychotherapeuten ihre Stimme, wenngleich intuitiv und ohne professionelle Schulung, als therapeutisches Werkzeug benutzen. Sie verwenden sie zur Einschätzung der Stimmungslage der Patienten und als Basis für Interpretationen, zum Verständnis der Patienten und des Therapieprozesses. Stimme wird außerdem zur Beeinflussung des emotionalen Klimas und für Veränderungen in bestimmten Momenten der Therapie benutzt. Psychotherapeuten haben zu Beginn der Sitzungen einen anderen Tonfall als gegen Ende. Sie benutzen die Stimme zur Anwendung bestimmter Techniken wie Imaginerie oder Entspannungsübungen.

Fazit für die Praxis

Mit den Ergebnissen kann bestätigt werden, dass Patienten auf den Tonfall ihrer Therapeuten sensibel reagieren, diesen intensiv wahrnehmen und dass, nach den Aussagen der eigenen Patienten, ein Zusammenhang besteht zwischen Therapiemotivation, therapeutischer Beziehung und stimmlichen Ausdruck. Die Ergebnisse bestätigen ferner die Notwendigkeit, Therapeuten auf dem Gebiet der nonverbalen Kommunikation in Psychotherapie verstärkt auszubilden, sowohl was die eigene als auch die »Sprache« der Patienten betrifft. Und schließlich motivieren Ergebnisse wie die hier vorliegenden zu mehr Forschung auf dem interessanten Gebiet der »Stimme in Psychotherapie«. Eine Verknüpfung von Psychotherapieforschung, Emotionsforschung und Neurowissenschaften u.a. wäre wünschenswert; sie könnte zu neuen und spannenden Ergebnissen führen.

Literatur

- Altmann de Litvan, M, Wignersberg de Pakal, A. et al. (2001): Arrullos, ritmos y sincronías en la relación madre-bebé. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* (1): 49–62.
- Bänzinger, T. & Scherer, K. (2005): The role of intonation in emotional expressions. *Speech Communication* 46 (3–4): 252–267.
- Beebe B. & Lachmann F.M. (1994): Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology* 11: 127–165.
- Beebe B., Lachmann F. & Jaffé J. (1997): Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues* 7 (2): 133–182.
- Biedermann (2005): Sintonía, foco y movimiento: Proceso y cambio en Terapia

- Sistémica. In: Riquelme, R. & Thumala, E. (Editores). *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. 1a. edición, pp. 289–321. Sociedad Chilena de Salud Mental. Santiago, Chile.
- Eckert, H. (2008): *Vokale Kommunikation – Die Stimme zum Aushandeln von Beziehungen und Identitäten*. *Musiktherapeutische Umschau* 29 (3): 229–239.
- Eckert, H. & Laver, J. (1994): *Menschen und ihre Stimmen*. Weinheim, Beltz.
- Erickson, M. (1980): *The nature of hypnosis and suggestion*. En: Rossi E. (hg.): *The collected papers of Milton Erickson on hypnosis*. New York. Irvington Publ. Inc.
- Flick, U. (2004): *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid. Morata.
- Geißler, P. (2010): *Die akustische Domäne. Eine Einführung*. *Psychoanalyse und Körper* Nr. 16 (Heft 1), 7–21.
- Gobl, C., Ni Chasaide, A. (2002): *The role of voice quality in communicating emotion, mood and attitude*. *Speech Communication* 40 (1–2): 189–212.
- Hall J.A., Harrigan, J.A., Rosenthal, R (1995): *Nonverbal behaviour in clinician patients interaction*. *Applied and Preventive Psychology* 4: 21–37.
- Hall, J.A., Roter, D.L., Milburn M.A., Daltroy, L.H. (1996): *Patient's health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits. A synthesis of four studies*. *Medical Care* 34 (12): 1205–1218.
- Haskard K., Williams, S., DiMatteo, M., Heritage, J., Rosenthal, R. (2008): *The provider's voice: patient satisfaction and the content-filtered speech of nurses and physicians primary medical care*. *Journal of Nonverbal Behaviour* 32 (1): 1–20.
- Johnson, W., Emde R., Scherer K., Klinnert M. (1986): *Recognition of Emotion from Vocal Cues*. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 43: 280–283.
- Knoblauch, S.H. (2000): *The Musical Edge of Therapeutic Dialogue*. The Analytic Press Hillsdale, NJ.
- Krause, R. (1996): *Ausdruckspsychologische Methoden*. In: *Enzyklopädie der Psychologie. Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie* 1. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen, 17. Kapitel.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou V., Masiak M., Treasure J. (2004): *The Recognition of Emotion in the Faces and Voice of Anorexia Nervosa*. *Eat Disord* 35: 42–47.
- Kuny, S. (1996): *Kognitive Beeinträchtigung bei Affektstörungen. Eine empirische Untersuchung an psychiatrischen Patienten*. MMV Medizin Verlag München.
- Malloch, S. (1999): *Mothers and infants and communicative musicality*. In: *Rhythm, Musical Narrative and Origins of Human Communication, 1999–2000*: 29–58. Ed. Musicae Scientiae, Belgien.
- McLeod, J. (2001): *Qualitative Research in counseling and psychotherapy*. London. Sage.
- Nohr, K. (2003): *Die Stimmimago. Über die Belebung innerer Resonanzräume beim Musizieren und im therapeutischen Prozess*. *Musiktherapeutische Umschau* 24, 4: 345–355.
- Patton, M. (1990): *Qualitative Evaluation and research methods* (2° Ed.). Newbury Park, CA. Sage.
- Papousek M. (1981): *Die Bedeutung musikalischer Elemente in der frühen Kommunikation zwischen Eltern und Kind*. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 3 (10): 412–415, 468–472.
- Papousek, M., Papousek, H. (1988): *Musikalität am Anfang des Lebens. Üben und Musizieren* 5 (1): 25–30.

- Perls, F. (1976): *El Enfoque Gestáltico*. Ed. Cuatro Vientos, Santiago de Chile
- Ponterotto, J. (2006): Brief note on the origins, evolution and meaning of the qualitative research concept »Thick Description«. *The Qualitative Report* 11 (3): 538–549.
- Ramseyer, F. & Tschacher, W. (2008): Synchrony in dyadic psychotherapy sessions. In: Vrobel S., Roessler O.E., & Marks-Tarlow T. (eds.) *Simultaneity: Temporal Structures and Observer Perspectives* (pp. 329–347). World Scientific, Singapore.
- Rice, L., Wagstaff A.K. (1967): Client Voice and Expressive Style as Indexes of Productive Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology* Vol. 31 (6): 557–563.
- Rice, L., Kerr, G.P. (1986): Measures of client and therapist vocal quality. In: Greenberg, L.S. & Pinsof, W.M. (Eds.). *The psychotherapeutic process. A research handbook* (pp. 73–105). Guilford, New York.
- Rogers, C. (1961): *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rosenthal, R., Blanck, P.D., Vannicelli, M. (1984): Speaking about patients: Predicting therapists' tone of voice. *Journal of Consulting and clinical psychology* 52: 679–686.
- Sullivan, H.S. (1976): *Das psychotherapeutische Gespräch*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt.
- Scherer, K. (1986): Vocal affect expression: a review and a model for future research. *Psychological Buletin* 99: 143–165.
- Scherer, K. (2003): Vocal Communication of Emotion: A Review of Research Paradigms. *Speech Communication* 40 (1–2): 227–256.
- Spitzer, M. (2002): *Musik im Kopf*. Schattauer, Göttingen.
- Stern, D. (1991): *El Mundo Interpersonal del Infante*. Paídos, Buenos Aires.
- Strauss A., Corbin J. (1990): *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park. Sage.
- Tomicic A., Bauer, S., Martinez C., S., Reinoso, A., Guzman, M. (2009a): La voz como herramienta psicoterapéutica: La Perspectiva de los Terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 19: 197–207.
- Tomicic, A., Martínez, C., Altimir, C., Bauer, S., Reinoso, A. (2009b): Coordinación vocal como una dimensión de la regulación mutua en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 18: 31–41.
- Trevarthen, C. (2002): Origins of Musical Identity: Evidence from Infancy for Musical Social Awareness. In: Mac Donald, R., Hargreaves, D. & Miell, D. (Eds.), *Musical Identities* (pp. 21–38). Oxford University Press. Oxford, Gran Bretaña.



Susanne Bauer, Dr. biol. hum., Dipl.-Psychologin, Musiktherapeutin, Honorarprofessorin der Postgraduiertenschule/Künstlerische Fakultät/U. de Chile, Santiago de Chile. Gastprofessorin und Leiterin des Masterstudiengangs Musiktherapie, UdK Berlin.

Adresse: D-10595 Berlin, Zentralinstitut für Weiterbildung (ZIW), Musiktherapiezentrum, Mierendorffstraße 30
E-Mail: sbauer@udk-berlin.de

Vom Tonangeben des Unbewussten in der prä- und postnatalen Hörwelt¹

Michael Tillmann

Zusammenfassung: Der tief greifende globale Wandel der vergangenen Jahrzehnte verunsichert und ist körperlich-sinnlich nicht mehr nachvollziehbar. Dieser Mangel an Sinnlichkeit wird durch eine Bilderflut ausgefüllt, die falsche Intimität und Nähe suggeriert. Meine These: Die verdrängte Sinnlichkeit kehrt in verzerrter und hysterischer Form wieder im Symptom Tinnitus, Die Nicht-Nachvollziehbarkeit der Globalisierungsprozesse fordert auf zur fantasievollen Produktion von Symptomen. Die apparative Medizin kann den Verlust nicht kompensieren. Doch wie können die Menschen das Hören wieder als zu ihnen gehörende bereichernde sinnliche Erfahrung erleben? Eine Möglichkeit besteht darin, die Tinnitus-Symptomatik als ein schöpferisch-metaphorischen Ausdruck zu verstehen, in dem das Erleben persönlicher Beziehungen enthalten ist.

Schlüsselwörter: Globalisierung; Hören; Intimität; Psychoanalysematik; Sinnlichkeit; Tinnitus aurium

Abstract: The current profound global change is alienating people and is not reproducible in a physical-sensual manner. This gap of sensuality is filled by a visual overkill, suggesting an illusive sense of intimacy. My thesis: The repressed sensuality returns in a distorted and hysterical manner through the symptom tinnitus. Because the processes of globalization, are incomprehensible, one is forced to create an imaginative symptom. But the apparatus-supported medicine cannot compensate the loss. How can one regain a new approach to hearing: a hearing that belongs to oneself, as an enriching sensual experience? A possible way can be to take the tinnitus symptom as a creative metaphorical expression, in which personal relations can be experienced.

Keywords: globalization; hearing; intimacy; psychoanalysematics; sensibility; Tinnitus aurium

Resumen: La profunda transformación global de las últimas décadas inseguriza y ha

¹ Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag, gehalten auf dem 7. Wiener Symposium Psychoanalyse & Körper am 23.5.2009.

dejado de ser comprensible de forma corporal-sensorial. Esta falta de sensorialidad es llenada mediante una inundación de imágenes, que sugiere falsa intimidad y cercanía. Mi tesis: la sensorialidad reprimida retorna de forma distorsionada e histérica en el síntoma del tinnitus. La incomprensibilidad de los procesos de globalización estimula la producción de síntomas cargada de fantasía. La medicina es incapaz de compensar la pérdida. Pero, ¿cómo pueden las personas volver a experimentar el escuchar como una experiencia sensorial enriquecedora que les pertenece? Una posibilidad es entender la sintomatología del tinnitus como expresión creativa-metafórica, en la cual está contenida la experiencia de relaciones personales.

Palabras clave: globalización; escuchar; intimidad; psicoanalisisomática; sensorialidad; tinnitus aurium

Einführung

In Bremen, wo ich seit etlichen Jahren lebe und praktiziere, fand im Mai 2009 der 32. evangelische Kirchentag statt unter dem Motto: »Mensch – wo bist Du?« Offenbar ist das eine Frage unserer Zeit: Entsubjektivierung und Entsinlichung. Dahinter steht der Wunsch, Subjekt sein zu können. Auch mich beschäftigt diese Frage, wenn ich über Tinnitus nachdenke.

Ich möchte im Folgenden die Tinnitus-Symptomatik aus psychoanalytischer Sicht und in Zusammenhang mit der Globalisierung betrachten. Zunächst werde ich näher erläutern, was Tinnitus mit Sinnlichkeit, oder besser: fehlender Sinnlichkeit zu tun hat. Die Entsinlichung ist, wie ich darstellen möchte, ein Problem der globalisierten Welt und hängt eng mit der sich stärker verbreitenden Unbewusstheit zusammen. Ich werde über das Ausmaß der Tinnitus-Erkrankung berichten und über die mehr oder minder wirkungslosen medizinischen Versuche, die Ohrgeräusche zu kontrollieren, mithilfe von medikamentösen und anderen Therapien oder auch mithilfe von Hightech-Prothesen.

Im nächsten Schritt werde ich die Ergebnisse der Säuglingsforschung und der Hörforschung allgemein sowie die Bedeutung der pränatalen Mutter-Kind-Kommunikation zusammenfassen, denn ich betrachte Tinnitus nicht als sinnloses Geräusch, sondern als unbewusste Fantasie, die sich körperlich ausdrückt (Tillmann 2009). Danach werde ich darstellen, wie der Patient zusammen mit dem Therapeuten einen sprachlichen Zugang zu diesem im Tinnitus eingekapselten Erleben bekommen kann. Anhand einer Filmanalyse will ich am Ende den Zusammenhang zum ästhetisch-sinnlichen Erleben und mögliche Bedeutungen konkretisieren.

Folgende Fragen beschäftigen mich in der Begegnung mit Tinnitus-Patienten: Was ist ein Tinnitus-Betroffener? Wie kommt er in meine Praxis? Was schildert er? Wovon spricht er? Selbstverständlich spricht er von seinen Ohrgeräuschen, stellt das Piepen, Pfeifen und Donnern dar, bevor er sagt, was man alles mit ihm

gemacht hat und was er hat machen lassen. Das alles schildert er zumeist geordnet nach Abläufen recht mechanisch und funktional. Damit sagt er mir, was ihm fehlt. Als Psychoanalytiker fühle ich mich von der Konkretheit der Schilderungen wie erschlagen, nur mit Mühe kann ich mich in den Patienten einfühlen bzw. denken, was ihm wirklich fehlt: Mein Ringen um ein Nachdenken, die Schwere der Denkarbeit macht mir deutlich: Sinnlichkeit ist verloren gegangen.

Der Patient spricht über sein Hörorgan, ohne auf sich selbst zu hören. Ihm fehlt ein sinnlich-menschlicher Zugang zu sich selbst. Das macht es mir so schwer, einen sinnlich-emotionalen Zugang zu finden. Was dem Patienten, der in meine Praxis kommt, oftmals fehlt, ist die sinnliche Erfahrung des Hörens. Diese gilt es wieder zu finden.

Grundsätzlich anders geht die Medizin vor. Hier wird Sinnlichkeit vernachlässigt und auf pharmakologisch-technische Lösungen gesetzt. Näheres dazu später. So wie also die Sinnlichkeit in der globalen Welt als Erfahrung des Einzelnen als auch als kulturelle Erfahrung verloren gegangen ist, so wird auch in der ärztlichen Behandlung das persönliche Erleben zu wenig berücksichtigt.

Mir ist eine zusammenführende integrative Perspektive wichtig, wenn ich mich mit der ästhetischen Erfahrung des Hörens beschäftige. Denn wenn sinnliche Erfahrungen möglich werden, kann sich der Mensch aus dem Gefangensein im Symptom lösen, aus dem Steckenbleiben in konkreten inneren und äußeren Abläufen.

Das Hören als ästhetisch-sinnliche Erfahrung darf nicht unterschätzt werden. Der Mensch – auch der psychotherapeutische Laie – hört mit dem Dritten Ohr und nicht rein mechanisch. Er lässt sich sinnlich berühren. Das führt ihn zu tiefer gehenden Bedeutungen, wenn sinnliche Erfahrungen eine Brücke darstellen, über die das innere Erleben verstehbar wird. Dann ist der Mensch wieder »bei Sinnen«. Der Sinn wäre also eine Brücke hin zur emotionalen Erfahrung, die dem Tinnitus-Betroffenen zu fehlen scheint.

Wenn der Tinnitus für den Patienten ein Ausdruck seiner Sinnlichkeit sein kann und nicht mehr nur konkret bleibt, dann schwillt das Geräusch ab, emotionale Konflikte werden erlebbar. Und psychische Konflikte, oftmals heftige Separationskonflikte, können in der Folge behandelt und eventuell gelöst werden. Wer sich nicht mehr zugehörnt fühlt von Geräuschen, kann die Verfügung über sich selbst erreichen, auf sich selbst hören. Dann bekommt das Geräusch einen Platz in der Lebensgeschichte, und die Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung kann aufgelöst werden.

Gesellschaftliche Entwicklung hin zur Globalisierung – Entsinnlichung – Entsubjektivierung

Wenn ich in meinen Ausführungen von außen nach innen gehe, möchte ich damit beginnen, über die Globalisierung und deren Auswirkungen zu sprechen.

Derzeit überstürzen sich ökonomische, ökologische und kulturelle Veränderungen. In Generationen gewachsene Gewohnheiten und Gewissheiten lösen sich innerhalb von wenigen Jahren auf. Dieser ständige Wandel bringt in starkem Ausmaß den Verlust des Vertrauten mit sich. Jeder Verlust ist immer ein Geborgenheitsverlust, eine depressive Erfahrung. Das kann unter Umständen zu unerträglichen Gefühlen von Angst führen, der Angst, der globalisierten Welt ohnmächtig ausgeliefert zu sein. Und es gibt kaum öffentlichen Orte, an denen über diese Ängste gesprochen werden kann. Stattdessen stehen scheinbar – u. a. auch in der Medizin – Apparate zur Verfügung, um mit der Angst umzugehen. Diese müssen aber unbefriedigend bleiben, denn Apparate begreifen nicht, was Menschen bewegt. Sie können nur Teilaspekte messen.

Es geht also um Verdrängung. Wenn Orte des Verstehens fehlen, kann nur am Symptom als Ausdrucksmöglichkeit für inneres Erleben festgehalten werden. Für mich ist dieses Festhalten am Symptom allerdings auch ein Versuch, verdrängte Sinnlichkeit und menschliches Erleben aufzubewahren, wenngleich auch eingekapselt im Symptom und damit einer emotionalen verbalen Kommunikation entzogen und also reflexiv nicht verfügbar. Die Unbewusstheit nimmt allgemein zu und mit ihr psychosomatische Lösungsversuche für belastende Erlebnisse, die nicht zur Sprache kommen können.

Es geht also um das Unbewusste. Ausgangspunkt für die psychoanalytische Theoriebildung und für Freuds Entdeckung des Unbewussten waren seine Untersuchungen zur Hysterie. In meinem Verständnis ist die Tinnitus-Symptomatik in einer klinischen Betrachtung eine hysterische Symptomatik: Es handelt sich um eine Globalisierung von Angst und Hysterie. Wenn die Tinnitus-Symptomatik eine »Ausdrucks«-Erkrankung darstellt, in der sich die Angst vor der »eindringenden«, lärmenden Modernität zeigt, dann ist zu fragen, welche epidemiologischen Aussagen sich dazu machen lassen.

Epidemiologie

Nach einer Studie der Deutschen Tinnitus-Liga leiden in Deutschland an chronischem Tinnitus – mit mehr als einem Monat Dauer – über 2,94 Millionen Menschen, dies entspricht 3,56% der Bevölkerung älter als zehn Jahre. 2,9% der Menschen hatten zum Zeitpunkt dieser Erhebung Tinnitus, dies entspricht in etwa der Quote von Diabetes (Lehnert/Schuster 1998, S. 66). Mittelschwer bis unerträglich davon betroffen sind etwa 1,5 Millionen Menschen, das macht ca. 2% der Bevölkerung. 2,7 Millionen sind behandlungsbedürftig. Bei 44% besteht zusätzlich eine Hyperakusis, also Geräuschüberempfindlichkeit. Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an chronischem Tinnitus beträgt in Deutschland etwa 340.000. Erstmals erleben pro Jahr etwa zehn Millionen Menschen einen Tinnitus von mehr als fünf Minuten Dauer ohne Krankheitswert. So finden sich

Ohrgeräusche bei etwa 15% der Patienten in deutschen Allgemeinarztpraxen, in HNO-Praxen sogar bei ca. 25% (Goebel 2003, Hesse 2008, S. 1).

Angesichts des Ausmaßes spricht die Deutsche Tinnitus-Liga von einer »Epidemie« bzw. »Volkskrankheit« (Deutsche Tinnitus-Liga 1999, S. 58–60; vgl. auch Pilgram et al. 1999). In anderen europäischen Ländern ist die Situation nicht anders.

Wie sieht nun angesichts der Häufigkeit des Auftretens die medizinische Behandlung aus und welche ätiologischen Überlegungen liegen ihr zugrunde?

Ein naturwissenschaftliches Erklärungsmodell lässt sich um Theorien von Blutarmut gruppieren. Dieses Modell wurde von Jean Marie Gaspard Itard (1775–1838), dem ersten HNO-Arzt und Leibarzt von Jean Jacques Rousseau, bereits im 19. Jahrhundert entwickelt. Itard (1822) rückte dabei das Ohr in den Mittelpunkt. Seine Arbeiten und die darauf aufbauende Diagnostik und Therapie sind bis heute eine feste Einrichtung in ambulanter und stationärer Praxis².

In den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde dieses Paradigma abgelöst. Seitdem wird der Tinnitus auch gedeutet als Störung im Gehirn (Jastreboff 1990, 1995, 1999; Jastreboff/Hazell 2004).

Die medizinischen Behandlungsmethoden sind daher auch überwiegend medikamentöse und technische Therapieversuche.

Medikamentöse Therapieversuche

Um allen nosologischen Einordnungen nachzugehen, ist hier kein Platz, auch nicht, um Behandlungsversuche und deren Wirksamkeit zu bewerten.³ Tinnitus kann Folge von medikamentösen Behandlungen, tumor- oder unfallbedingt sein. Verschiedene Ätiologien sind denkbar. Meine Überlegungen beschäftigen sich mit dem sog. subjektiven Tinnitus.

Allerdings kann man festhalten, dass die Akutphase beim subjektiven Tinnitus im Rahmen medizinischer Behandlung in Deutschland auf die Dauer von bis zu sechs Monaten festgelegt wird. Kann der Tinnitus in dieser Zeit nicht behoben werden, wird er als chronisch eingestuft. Als komplexen chronischen Tinnitus (Drucko et al. 1984) werden diejenigen Tinnitusformen bezeichnet, die mit erheblicher psychischer Problematik, also mit einem stark beeinträchtigenden Leiden

2 Würde ein Patient an einer Durchblutungsstörung im Innenohr, also an Blutarmut, konstant leiden, müsste sein Ohr ertauben (vgl. Schaaf, Hesse: Newsletter der Tinnitusklinik Dr. Hesse I/2009, S. 1).

3 In diesem Abschnitt werden nicht die möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeführt, die beispielsweise bei Überdosierung oder als Nebenwirkung einen Tinnitus auslösen können. Hierzu findet sich ein guter Überblick bei Schaaf/Holtmann (2002, S. 28ff.), Tinnitus-Klinik Bad Arolsen (Hg.) (2002) und Hesse (2008, S. 18ff.).

des Patienten unter der Erkrankung, einhergehen. Diese Symptomatik stellt ein Syndrom dar, das unter anderem zu persönlicher Isolation, zu Angstzuständen, zu Depression, suizidalen Krisen bis hin zu Suizidalität führen kann (Goebel 1992; Lewis et al. 1994; Kröner-Herwig 1997; Hesse 2008). Kann der Tinnitus gut ertragen werden (häufig nach einer Therapie), spricht man von einem kompensierten Tinnitus. Ziel nahezu aller medizinischen Behandlungsversuche ist es, den dekompenzierten Tinnitus in einen kompensierten zu verwandeln.

Die Liste der zur Tinnitus-Therapie vorgeschlagenen und eingesetzten Pharmaka umfasst einige hundert Medikamente. Die meisten dieser Vorschläge entstammen persönlichen Erfahrungsberichten behandelnder Ärzte, ohne dass ein klinischer Wirksamkeitsnachweis erbracht worden wäre. Tinnitus-Betroffene erhalten Medikamente, die bei Epilepsie, Psychosen und Herzrhythmusstörungen indiziert sind. Vielleicht liegt es daran, dass man bis heute dem Phänomen Tinnitus aus medizinischer Sicht ratlos gegenüber steht.⁴ Dennoch leistet man sich in Deutschland als fast einzigem Land weltweit eine Akuttherapie des Tinnitus bis hin zur Druckkammer, entsprechend einer hyperbaren Sauerstofftherapie, während in Ländern wie z. B. den USA oder Kanada ein Ohrgeräusch medizinisch weitaus weniger total behandelt wird⁵. Obwohl im HNO-Bereich bekannt ist, dass die Infusionstherapien nicht anschlagen, außerdem erhebliche Nebenwirkungen haben, werden sie immer noch häufig angewendet. Unter anderem wohl auch, weil viele Patienten angesichts des als bedrohlich erlebten Hörverlusts einen solchen, über die notwendige Basistherapie hinausgehenden Behandlungsversuch wünschen. Zudem fürchten die Ärzte offenbar juristische Folgen, wenn sie nicht das allgemein Übliche tun.

Die gesetzlichen Krankenkassen sahen sich daher in der letzten Zeit veranlasst, die Kostenübernahme einer stationären Infusionstherapie bei Tinnitus und/oder Hörsturz einzustellen. Die jährlichen Kosten dieser offenbar nutzlosen und invasiven Infusionstherapie dürften bis Anfang 2009 im Bereich von vielen hundert Millionen Euro gelegen haben.⁶ Auch der Einsatz von Antidepressiva

4 »Trotz jahrzehntelanger Forschung scheint die Therapie jedoch noch ganz am Anfang zu stehen« (Hesse 2008, S. 140).

5 »Im Akutstadium wird nicht per se der Tinnitus, sondern – analog dem Schmerz – die Ursache der Symptomatik behandelt. Problematisch ist das bei akutem Tinnitus ohne erklärbare Ursache. Es ist daher verständlich, dass die Food and Drug Administration in den USA kein Medikament für Tinnitus anerkennt.« (Hesse 2008, S. 133)

6 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in der Neufassung der Arzneimittelrichtlinie zum 1.4.2009 beschlossen, dass die Infusionstherapie ambulant nicht mehr als Kassenleistung abrechenbar ist, abgesehen von medizinisch begründeten Einzelfällen. HNO-Mediziner beabsichtigen nun, die Infusionstherapie als sogenannte IGEL-Leistung anzubieten. Zu den 36 Euro pro Patient und Quartal, die die gesetzliche Krankenkasse zahlt, könnte die Unsicherheit der Betroffenen dahingehend ausgenutzt werden, dass Infusionstherapie als Selbstzahlerleistung erfolgt und weiterhin unkritisch angewendet wird.

wie Aponal, Amitriptylin, Remergil, Cipramil und Tranquilizern wie Tavor bei Tinnitus-Betroffenen ist vor dem Hintergrund einer Absetzproblematik bzw. einer potenziellen Abhängigkeitsentwicklung kritisch zu sehen.

Ich kritisiere nicht, dass ein unter Tinnitus leidender, sich existenziell bedroht erlebender Mensch an die Wirksamkeit eines Medikamentes glaubt und dieses nicht ablehnt. Allerdings: Solange dem Schmerz bzw. dem Leiden am Tinnitus jede Sinnhaftigkeit entzogen wird, gilt das Symptom als Krankheit, die »weggemacht« werden muss. Ziel ist die Nicht-Anwesenheit des inneren Lärmes bzw. des unerträglichen Schmerz(objekt)es. In diesem Verständnis wäre die Abwesenheit des Tinnitus also Gesundheit. Die Wahrnehmung von Sinnhaftigkeit im oder mit dem Körper wird ausgeschaltet, um durch eine Medikalisierung ersetzt zu werden.

Prothesen- und Hightech-Medizin innerhalb ambulanter Therapie

Schon Aristoteles fragte sich, »warum das Summen in den Ohren aufhört, wenn jemand ein Geräusch macht. Doch wohl deshalb, weil das größere Geräusch das kleinere vertreibt«, ist seine Antwort (Flashar 1962, S. 59). Hier wird bereits in der Antike erstmals die Möglichkeit von außen kommender Verdeckung der Ohrgeräusche beschrieben.

Ebenso argumentierte der schon oben erwähnte Itard, als er 1822 vorschlug, »das innere, wahre, oder eingebildete Geräusch durch ein äußeres analoges und gleichmäßig anhaltendes zu dämpfen« (Itard 1822, S. 189).

Einen ersten Vorläufer der heutigen Noisers, eines medizinischen Geräuschemachers, gab es bereits Ende des 19. Jahrhunderts, entwickelt von einem Herrn Plessner (1885, S. 47ff.): Er empfiehlt sein Instrument »zur Behandlung von subjectiven Gehörsempfindungen«. Dabei sollten die Geräusche durch Töne beseitigt werden.

»Plessner füllt zu diesem Behuf die hohle Kugel seines Instrumentes mit feinem Schrot, Steinchen, Sand, kleinen Schellen etc. (...) Derartige, als chirurgisch zu bezeichnende Antiphone erzeugen bei der geringsten Bewegung des Körpers, beim Gehen also, kontinuierlich lebhaft, meist schellenartig klingende Geräusche, durch welche bestimmte dumpfe subjective Gehörsempfindungen übertönt und bei längerem Gebrauch des Instrumentes zum Schweigen gebracht werden sollen.«

Ähnliches taucht am Ende des 20. Jahrhunderts wieder auf: Im Rahmen ihres theoretischen Ansatzes entwickelten Pawel Jastreboff und Jonathan Hazell (1990, 1995, 1999, 2004) Anfang der 90er Jahre ein »neurophysiologisches Modell«, das den Tinnitus unabhängig von der Ursache als Folge einer Fehlschaltung im neuronalen Netzwerk erklärt. Ihrer Theorie zufolge ist die akustische Informationsverarbeitung gestört, die emotionale Reaktion auf Ereignisse des Lebens führt zu erheblicher Unruhe und Konzentration auf das Störende. Demnach liegt

eine fehlerhafte Informationsverarbeitung im auditorischen System oder auch ein Schaden an den Haarzellen des Hörorgans zugrunde.

Aktuell ist im medizinisch-psychotherapeutischen Diskurs als Behandlungsform die akustisch-apparative Maskierung im Rahmen der Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) durch Hörgeräte, Rauschgeneratoren, Tinnitus-Instrumente und anderen Beschallungsgeräten in Deutschland gängig, so wie auch in vielen anderen westlichen Ländern (vgl. Delb et al. 2002, Vorwort; Hesse et al. 2000, S. 1). Auch bereits für Kinder werden diese Maßnahmen empfohlen (Hesse 2000, S. 55).

Die Belastung des unbehandelbaren chronischen Tinnitus soll dabei bewältigt werden durch eine Aufklärung über das Krankheitsgeschehen (Counseling), durch Abbau ungünstiger Befürchtungen und Ängste sowie die Benutzung eines Rauschgenerators (Noisers) oder eines Hörgerätes mit integriertem Rauschgenerator. Ziel sei eine Gewöhnung an den Tinnitus (Habituation) und eine »Normalisierung« der Reaktion auf den Tinnitus (Retraining), damit gelernt wird, wegzuhören bzw. den Tinnitus zu überhören durch ein konkurrierendes Geräusch, ein leises Breitbandrauschen oder »weißes Rauschen«, das mit dem Tinnitus in einem Wettbewerb steht und dieses nicht übertönt, sondern »auslöscht«. Umgangssprachlich formuliert wird »falsches Hinhorchen« bei dem Konzept von Jastreboff (1999) angenommen, welches durch einen schwächeren »Gegenton« wieder verlernt werden soll. Der Tinnitus, der sich ins Bewusstsein geschlichen hat, soll wieder ins Unbewusste gedrängt werden. »To avoid silence«, Stille vermeiden ist in diesem Diskurs ein Bestandteil des therapeutischen Programms.

Zusammenfassend formuliert: Bisher steht der Wirksamkeitsnachweis für alle medizinischen Behandlungen aus (Lockwood 2002). In der Folge bleiben hilflose, enttäuschte Patienten zurück, wobei für diese Gefühlerlebnisse kein Raum für ein Nachdenken bleibt.

Vom Tonangeben des Unbewussten in der prä- und postnatalen Hörwelt

Wo kann ein Nachdenken für beide Seiten, Behandler und Patienten, ansetzen? Verschiedene Theorien beschäftigen sich mit Formen primärer Kommunikation. Z.B. versucht der Psychoanalytiker und Soziologe Alfred Lorenzer in seiner Theorie der »Genese der subjektiven Struktur« individuelle und gesellschaftliche Aspekte zusammenzubringen. Mit Lorenzer lässt sich sagen, dass die Tinnitus-Symptomatik bei jedem Patienten auf eine Störung verweist, die innerhalb bestimmter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf einen entgleisten präverbalen Dialog zurückgeht.

Andere Autoren sprechen von einem somatischen »Ur-Dialog« (Nitschke 2006, S. 322), z.B. der Mutter und ihres Kindes, der der Ausgangspunkt der Strukturierung der Persönlichkeit des Kindes und damit gleichzeitig die Basis aller

späteren emotionalen Dialog- und Beziehungsformen des Erwachsenen ist. Ein wesentlicher Bestandteil dieses primären Dialoges ist der lautliche Austausch zwischen der Mutter und dem Kind: Ein Sprechgesang, Babbeln und Lallen, das strengen Regeln folgt, die allerdings weder dem Kind noch der Mutter »bewusst« sind (vgl. Nitschke 2006, S. 322). In den Ohren einer »enough-good-mother«, wie es der Psychoanalytiker Donald Winnicott formuliert (Winnicott 1983/1994, S. 11), erscheinen die Laute und Geräusche des Kindes wie Musik. Wenn nun die Mutter diese präverbale Situation in eine verstehbare Ordnung bringen kann, dann kann sie diese präverbalen Äußerungen ihres Kindes sinnvoll machen. Insofern erscheint mir die Tinnitus-Symptomatik wie eine Vergegenwärtigung einer gestörten primären Interaktion.

Doch eine körperlich-sinnliche Beziehung fängt schon vor der Geburt an. Dazu ein paar Gedanken (vgl. Parncutt 1997 in Oberhoff 2005):

Der Fötus nimmt bereits vier bis fünf Monate vor der Geburt erste Töne wahr. Wenig später hat das Innenohr mit Hörzellen und Gleichgewichtsorgan seine vollständige Form und Funktion erreicht, und auch die Hörschnecke (lat. Cochlea) hat bereits seine endgültige erwachsene Größe. Gleichgewichtssinn und Gehör sind also die ersten Sinne, die ihre Arbeit bereits im Mutterleib aufnehmen. Das Fruchtwasser, das sich auch im Mittelohr befindet, überträgt dabei Geräusche aus fast dem gesamten hörbaren Frequenzbereich an das Ohr des Fötus weiter, nur sehr hohe Frequenzen über zwei kHz werden beträchtlich gedämpft.

Der etwa sechs Monate alte Fötus reagiert bereits motorisch, z. B. mit Strampeln, auf Geräusche. Auch Veränderungen beim Herzschlag und bei den neuralen Reaktionen des Gehörs (mittels EEG) sind messbar. Und die Geräusche, die das Kind bereits vor der Geburt gehört hat, wie Herzschlag und Stimme der Mutter, mehrfach vorgelesene Geschichten und häufig gehörte Musikstücke haben auch nach der Geburt einen Einfluss auf den Säugling, auf Herzschlag und Atmung. Neugeborene können bereits die Stimme der eigenen Mutter von der anderer Frauen unterscheiden – eine Fähigkeit, die sie nur pränatal erworben haben können.

Zuletzt sei noch zur Bedeutung des Gehörs angemerkt, dass unser Ohr von der Mitte der Schwangerschaft an bis zum Tod jeden Tag 24 Stunden empfangsbereit ist und unser Gehirn ständig akustische Signale verarbeitet, auch im Schlaf oder im Koma. Physiologisch neuronale Möglichkeiten allein machen aber noch keine bedeutsamen Beziehungen aus, die sich ebenfalls bereits pränatal entwickeln.

Der italienische Psychoanalytiker Eugenio Gadini (1998) hat sich in Bezug auf die primäre Entwicklung des Ich, anders als die Säuglingsforschung (Lichtenberg 1983/1991, 1990, Stern 1985/1992), mit frühen Erlebensprozessen, sogenannten Protofantasien beschäftigt. Wie Freud geht er davon aus: »Das Ich ist vor allem ein körperliches Ich« (Freud 1923, S. 253), und er nimmt mit der Geburt die Existenz eines rudimentären Ichs an. Ihm geht es um frühe Niederschläge des Erlebens, »Protophantasien«, mit denen eine Sensorik einhergeht. Gadini kommt

zu dem Schluss, dass die »psychische Basisorganisation« (S. 16) aus vornehmlich sensorischen Erfahrungen entsteht. Diese machen sich erlebnismäßig an frühen Körpererfahrungen fest.

So beschreibt er am Beispiel des »Ruminierens«, also des Wiederkäuens, dass physiologische, vorwiegend sensorisch ausgelöste Zustände einen ersten inneren Raum bilden, der noch keine Struktur aufweist und sich erst allmählich zu größeren Zusammenhängen erweitert und schließt. Langsam entstehen Repräsentationszusammenhänge, die letztendlich in die Symbolisierungsfähigkeit einmünden. Zunächst, so Gaddini, manifestieren sich die sogenannten »Protophantasien«: »Es sind dies Körperphantasien oder Phantasien *im* Körper, die Körperfunktionen in psychischen Gebrauch nehmen und die Grundlage der Körpersymbolik bilden« (Gaddini 1998, S. 16). Ihm zufolge ist anzunehmen, dass sich so auch Engramme bilden, die mit dem Ohr und dem Akustischen verbunden sind.

Deswegen erscheinen mir die Klangproduktionen eines Patienten mit Tinnitus auch nicht sinnlos. Ich gehe davon aus, dass sich im Tinnitus eine unbewusste Fantasie mitteilt, die nur über einen körperlichen Ausdruck vermittelt werden kann. Insofern handelt es sich nicht um sinnentleerte Geräusche. Allerdings stellt sich die Frage, wie dieser primäre Ausdruck kommunikativ zugänglich werden kann.

Im Besonderen beschäftigt sich der Psychoanalytiker René A. Spitz mit dem frühen Mutter-Kind-Dialog (1973, 1976, 1992). Er geht von einem präverbalen Dialog aus und erläutert diesen. Für ihn ist die sogenannte coenästhetische Organisation eine frühe Form ganzheitlich-sinnlicher Wahrnehmung, die bereits bei der Geburt vorhanden ist (1992, S. 62), und er betont, »dass von Geburt an die Tiefensensibilität mit einigen der peripheren Sinnesorgane, wie z.B. der Hautoberfläche, in Verbindung steht. Eine solche Zwischenzone ist die orale Region, eine andere liegt im inneren Ohr.

Ähnlich wie Spitz beschäftigt sich die Kinder-Psychotherapeutin Suzanne Maiello (1999) mit dem frühen körperlich-sinnlichen Dialog, besonders mit dem Bereich pränataler Erfahrung, dem präverbalen Dialog, und zwar in Hinblick auf die spezifische Bedeutung des Visuellen und Akustischen. Sie zeigt, dass die Stimme und charakteristische Laute der Mutter bereits in der Schwangerschaft als Kommunikationsmittel fungieren und die Getrenntheit in der Nähe überbrücken (1999, S. 155). Es handelt sich um eine ganz rudimentäre Art des In-Beziehung-Sein, wobei es im psychischen Sinne noch kein Subjekt und Objekt gibt. Maiello skizziert, wie durch die Vorrangigkeit des Visuellen die Vorgängigkeit des Akustischen vernachlässigt wird.

Über das Hören der mütterlichen Stimme macht bereits das ungeborene Kind Erfahrungen von Anwesenheit und Abwesenheit (vgl. Maiello 1999, S. 137). Mit der Geburt kann das Kind selbst Töne produzieren. Von nun an bekommt die Stimme des Kindes vor allem die Bedeutung, die Aufmerksamkeit der Mutter, von der es jetzt abgetrennt ist, auf sich zu lenken. Und: Im Mutterleib war das

Kind passiv beteiligt am Hören, jetzt kann es aktiv Töne erzeugen. Dadurch ändert sich die Beziehungssituation. Das Kind kann die Mutter auch über selbst produzierte Töne erreichen. Aus einer Einseitigkeit entsteht nun die Fähigkeit zu einem primären Dialog und zwar über Lautgebung und Hören. Deswegen geht Maiello davon aus, dass sich über das Hören primäre Bezüge zu sich selbst und anderen konstituieren. Von daher stehen Töne, Klänge und das Hören am Ursprung einer Beziehung und auch eines Dialoges mit sich selbst. Maiello spricht in diesem Sinne von einem Klangobjekt, das den Säugling und die Mutter verbindet und Erfahrungen der An- bzw. Abwesenheit von Selbst und Objekt ermöglicht (Maiello 1999, S. 137ff.).

Von daher ist davon auszugehen, dass früheste Beziehungen im Inneren über das Erzeugen von Klängen und Tönen auf der einen Seite und dem Hören auf der anderen Seite entstehen.

Auch der französische Psychoanalytiker Didier Anzieu (1991) geht, den frühen Dialog betreffend, davon aus, dass das Auditive im primären kommunikativen Erleben eine zentrale Rolle spielt. Für ihn ist das Erleben der eigenen Stimme unmittelbar verbunden mit dem Körper selbst. Durch die Stimme der Mutter, die möglicherweise undifferenziert wie eine Lautmasse (Maiellos Klangobjekt) erfahren wird, teilen sich dem Kind unter Umständen massive Affekte mit, denen es sich ungeschützt ausgesetzt erlebt. Im »Lautbad« wird der ganze Körper von der Tonmasse »durchgeschüttelt.« Anzieu spricht davon, dass fötales und postnatales Hören in einem »akustischen Spiegel« möglich ist, durch eine »auditiv-phonetische Haut« (Anzieu 1991, S. 208) oder eben den »Laut-Spiegel« (ebd., S. 221), in Form eines melodischen Geräuschbades, das von der Mutter wie von einem Spiegel reflektiert wird (ebd., S. 221). Die Mutter stellt dem Fötus einen »ersten Spiegel von Klängen zur Verfügung, den es zum eigenen Gebrauch übernimmt, zuerst durch sein Schreien (auf das hin die Mutter ihn beruhigt), dann durch sein Lallen und schließlich durch seine phonematischen Spiele« (ebd., S. 221).

Lauter und Hören sind also in dieser Zeit als körperliche Prozesse zu betrachten und von daher sind stimmliche und auditive Sinneserlebnisse von Mutter und Kind verschmolzen und bilden einen einheitlichen Raum. Das bedeutet, dass frühes Erleben immer körperbezogen ist und deshalb die Frage auftaucht, wie diese frühen Erlebnisse kommunizierbar werden.

Insbesondere der Psychoanalytiker Donald Winnicott hat sich mit der frühen emotionalen Entwicklung und der Beziehung von Mutter und Kind beschäftigt. Auch er verlegt den Beginn der kindlichen emotionalen Entwicklung in einen Zeitraum vor der Geburt. »Wir haben bestimmte Elemente zur Hand, die zeitlich mindestens bis zum Einsetzen der Bewegungen des Fötus – nämlich der Motilität – zurückreichen« (Winnicott 1958/1994, S. 101; vgl. Lorenzer 1974). Für Winnicott ist die Motilität ein früher Ausdruck des Selbsterlebens und ein Mittel des Kontaktes zwischen Mutter und Kind.

Bei Winnicott findet das frühe Beziehungserleben in einem »intermediären

Raum« statt, der sowohl für die Trennung vom Objekt, für die Selbstentwicklung, also auch für Fantasie und Kreativitätsbildung entscheidend ist (1971, S. 21ff.). In dieser Entwicklungsphase ist das Übergangsobjekt von Bedeutung; mit dem Übergangsobjekt und Übergangsphänomenen, etwa einem Teddy oder Lauten und Tönen, beginnen im Kind seelische Prozesse, um Trennungen von der Mutter aktiv zu bewältigen. Übergangsobjekte und -phänomene werden dann vom Kind so erfahren, als wären sie zum einen noch die konkrete Mutter, zum anderen aber nicht mehr die Mutter, sondern eine eigene Fantasie. Übergangsobjekte und -phänomene helfen die Abwesenheit der Mutter, Abstand und Trennung von ihr erträglich zu machen. Übergangsobjekte begleiten einen Entwicklungsschritt hin zur Verinnerlichung und Symbolbildung und werden irgendwann überflüssig.

Während Winnicott die frühe emotionale Entwicklung und die Entwicklung des Selbstgefühls beschreibt, legt die amerikanische Kinderärztin und Psychoanalytikerin Margaret Mahler den Schwerpunkt auf die schrittweise Entwicklung des Ichs und die Individuation. Neben der Entwicklung des Selbstgefühls ist in der frühen Entwicklung immer die konflikthafte Lösung von Selbstständigkeit und Abhängigkeit wichtig, was Mahler als Separationskonflikt bezeichnet. Dabei geht es um expansive Entwicklung auf der einen Seite und um Wünsche nach sowie Ängste vor Abhängigkeit auf der anderen Seite. Mit der Lösung des Separationskonfliktes verbunden ist Individuation, deren Voraussetzung ist die Lösung aus der frühen symbiotischen Beziehung zur Mutter. Hierdurch entwickelt sich emotionale Objektkonstanz. Damit ist nicht nur eine erfolgreiche Loslösung gemeint, sondern dass das libidinöse Erleben in Beziehungen mit bedeutsamen Menschen innerlich auch bei heftigen Erschütterungen auch stabil bleiben kann.

Wesentlich verbunden mit dem emotionalen Erleben ist die Entwicklung des Ästhetischen und der Sinneserfahrungen. In Verbindung damit verweist der britische Psychoanalytiker Christopher Bollas (1987/1997) auf die Bedeutung der Mutter als »Verwandlungsobjekt«. Bollas geht davon aus, dass jede ästhetische Erfahrung mit einer Verwandlung und mit einer Suche nach einem Verwandlungsobjekt verbunden ist (S. 45).

»Das Baby nimmt nicht nur die Inhalte der mütterlichen Mitteilungen, sondern auch deren Form in sich auf, (...), wie sie ihn füttert, ihm die Windeln wechselt, ihn besänftigt, ihm etwas vorsingt, ihn im Arm hält und mit ihm spielt. (...) So wird die Kontinuität des Seins gewahrt« (ebd., S. 45ff.).

Die Art und Weise wie sich die Mutter dem Kind zuwendet, bedeutet eine sinnliche Erfahrung, die Spuren im Kind hinterlässt.

Die ästhetische Erfahrung ist bei Bollas mit den Sinnen gemachte Erfahrung: »Die ästhetische Struktur der mütterlichen Fürsorge geht auf dem Weg über ihre Zunge – über Gurren, Spiegel-Äußerungen, Singen, Geschichtenerzählen und In-Worte-Fassen – in die Sprache über« (ebd., S. 47).

Ähnlich spricht die Schweizer Psychoanalytikerin Danielle Quinodoz von einer

im Körper verankerten Sprache (Quinodoz 2002/2004, S. 49), wobei auch hier die frühen Erfahrungen eine sensorische Dimension haben, die mit der Stimme der Mutter assoziiert sind. In der kleinianischen Theorie steht der Begriff der Wiedergutmachung ebenfalls mit ästhetischen Prozessen in Verbindung (Klein 1985, S. 53, S. 101 Anm. 10).

Für den britischen Psychoanalytiker Wilfred Bion (1965/1997, 1985) ist die Umwandlung von belastendem kindlichen Erleben durch die Mutter ein kreativ-sinnlicher intuitiver Prozess. Der amerikanisch-britische Psychoanalytiker Donald Meltzer (2005) erkennt in Sinneserfahrungen ebenfalls einen ästhetischen Ausdruck, der mir auch in der Tinnitus-Symptomatik wiederzukehren scheint. Er unterscheidet zwei sinnliche Räume als ästhetische Erfahrung voneinander, auf die seiner Meinung nach letztendlich ein ästhetischer Konflikt zurückgeht: zum einen das Erleben von Schönheit und Lust und zum anderen die Erfahrung von Schmerzen (Meltzer 2005). Es handelt sich um zwei sinnliche Erlebensbereiche, die im Widerspruch zueinander stehen. Der zentrale Gedanke dabei ist, dass sich das Konflikterleben auf einer sinnlich-ästhetischen Ebene ereignet. Für ihn besteht psychische Gesundheit darin, sich den Bereich leidenschaftlicher intimer Beziehungen zu bewahren, den er als »ästhetische Ebene des Erlebens« bezeichnet (Meltzer 1988/1995, S. 48). Träumen ist für ihn demnach eine Art »Tiefenmusik« (Meltzer 1988/1995, S. 114). Mit dem Ausdruck »Tiefenmusik« verweist Meltzer darauf, dass sich das Konflikterleben auf einer sinnlich-ästhetischen Ebene abspielt. Der von ihm beschriebene ästhetische Konflikt – zwischen Schönheit und Lust auf der einen Seite und schmerzhaften Erfahrungen auf der anderen Seite – lässt sich auch als agoraphobische und klaustrophobische Erlebensweise vorstellen.

Wird der Tinnitus als ästhetische Erfahrung verstanden und drückt sich das konflikthafte Erleben in Bereichen des Akustischen in Form von Geräuschen und Rhythmen aus, dann müsste ein kommunikativer Zugang zur Symptomatik ebenfalls über eine ästhetische Erfahrung möglich sein. Dabei verweist eine grundlegend entgleiste Kommunikation auf gestörte Symbolisierungsvorgänge und auf Schwächen in der Repräsentanzenbildung. Dieser Gedanke liegt allen erwähnten Theoriemodellen zugrunde.

Meines Erachtens stellt die Tinnitus-Symptomatik einen verzweiferten Versuch des Individuums dar, mit inneren Spannungen fertig zu werden, wobei diese inneren Spannungen im konkreten Körpererleben eingekapselt zu sein scheinen. Die verbale Sprache erreicht diese Einkapselung nicht. Deswegen muss Kommunikation auf einer Ebene stattfinden, auf der sich die Symptombildung ereignet hat. Ich gehe davon aus, dass ein Zugang über ästhetische Elemente akustischer Ausdrucksformen möglich ist.

Dieses Hingehen zu einem Nachdenken ist immer ein Prozess, der sich in der psychoanalytischen Behandlung herstellt und einen Zwischenraum benötigt, der als intermediärer Raum (Winnicott 1958/1994, 1974, 1988/1994) begriffen werden kann.

Lässt sich dieser Zwischenraum in der therapeutischen Beziehung etablieren, vermittelt sich der ästhetische Konflikt über coenästhetische Elemente, z. B. über eine bestimmte Ton- und Tonuslage. Die deutsche Psychoanalytikerin Maria Luise Köster-Schlutz (2006, S. 300), die sich in ihrer Arbeit mit vorsprachlichen Bedeutungsträgern befasst, versteht das körperliche Geschehen als Schutzsuche vor einer Retraumatisierung und ästhetischen Ausdruck einer authentischen Erfahrung. In diesem Verständnis drückt sich für Köster-Schlutz das Separationsproblem coenästhetisch mithilfe von Bewegungs- und Klangelementen aus. Die Klänge und Geräusche sind Bestandteil imitativer Ausdrucksweisen und dürfen nicht als sinnentleert verstanden werden. (Köster-Schlutz 2006, S. 315). So gesehen liegt den quälenden Geräuschen ein kommunikativer Aspekt zugrunde, der eine Erfahrung darstellt, die sich im frühen Dialog zwischen Mutter und Kind vermittelt und in der therapeutischen Beziehung wiederhergestellt werden kann.

Zum ästhetischen Erleben

Was ist das ästhetische Erleben und wie wird es kommunikativ erfahrbar? Die psychoanalytische Erfahrung geht davon aus, dass sich das unbewusste Erleben nicht allein über eine verbale Sprache äußert, sondern auch über nicht-verbale Wege, wie projektive Identifizierung, Introjektion, nonverbale Mitteilungen sowie über Körperausdruck und Gesten. Die konzeptionellen Entwürfe von Agieren und Enactment, Rollenübernahme und Performance (Drews/Argelander 2001; Sandler 1976) enthalten zum Beispiel ein ausdrucksvolles inneres Geschehen. Insofern wird, wenn solche prä- und averbalen Kommunikationsformen in der Behandlung aufgrund spezifischer Störungen des Patienten im Vordergrund stehen, nicht die Deutung, sondern der analytische Prozess im Behandlungsgeschehen betont. Analog dazu können Betrachtungsweisen aus künstlerischer Perspektive verglichen werden. Dieses Verständnis möchte ich am Beispiel eines Films deutlich machen.

In der dänisch-schwedischen Komödie *Til doden os skiller – With your permission* aus dem Jahr 2007 (Regie: Paprika Steen) geht es um ein Ehepaar, bei dem der Mann, Jan, phasenweise unter starkem Tinnitus leidet. Er ist Oberkellner auf der Malmö-Fähre und schikaniert seine Mitarbeiter und Gäste bei kleinsten Verfehlungen. Als er eine Mitarbeiterin für ihr Zuspätkommen übermäßig hart zur Rede stellt, quälen ihn laute Ohrgeräusche. Im Betrachter löst er zunächst Gefühle von Antipathie aus. Zu Hause dagegen hat er nicht viel zu sagen, er wird regelmäßig von seiner depressiven Frau Bente geschlagen. Die Erfahrung des Kontrastes zwischen Jan als Täter und Jan als Opfer lässt den Zuschauer Mitleid empfinden. Die Gefühlsbeziehung drückt sich über ein Schmerzerleben der beiden Protagonisten aus. Ihr Dilemma: Sie können keine liebevolle glückliche

Verbindung führen. Darüber können sie aber nicht reden. Sie können sich nur verletzen, kommen nicht an die Gefühle heran, die hinter dem Schmerz stehen.

Jans Chef stellt ihm ein Ultimatum: entweder Therapie oder Kündigung. In dem Moment, als es darum geht, dass er seine Opferrolle anerkennen kann und den Weg zur Gruppentherapie für Gewaltopfer finden kann, piept sein Tinnitus fies in seinen Ohren. Nun begibt er sich – scheinbar versehentlich – in eine Gruppe für Gewalttäter und begeht damit eine Fehlleistung. Jan baut die Fassade eines schlagenden Täters auf und bleibt seiner Lüge treu. Und mehr noch: Er versucht zwei andere Männer in der Gruppe zum Mord an seiner Frau anzustiften.

Hier deutet sich im Film eine Wende der Beziehungen vom Agieren zum Erleben an. In dem Moment passiert etwas im Gefühlsleben des Zuschauers. Ablehnend-konsterniert und amüsiert-zugewandt erlebt der Zuschauer einen Konflikt zwischen Zuneigung und Abweisung. Der in dem Agieren liegende unbewusste Konflikt wird deutlicher. Seine Aggressivität lässt das Leidvolle ahnen: Es geht um den schmerzhaften Verlust von etwas Schönerem und Wertvollem.

Dieser Hintergrund wird erst nach und nach deutlich: Den starken Tinnitus hat Jan seit einem Unfall und muss darum auf seine Karriere als Opernsänger verzichten. Aufgrund dessen zwingt er auch Bente, ihrerseits ihre Sängerkarriere zu beenden. Sie entwickelt daraufhin starke Depressionen, für die sie ihm die Schuld gibt. Zudem lässt sie ihre Frustration durch regelmäßige Schläge an ihrem Ehemann aus.

Jan will nicht an seinen Verlust erinnert werden und erträgt nicht, dass Bente das Schöne noch hat. Sie zieht sich in ihr Inneres zurück, wird depressiv. Das Depressive bricht bei ihr – wie bei Jan – in aggressiven Handlungen durch. Wenn man Mord als Metapher nimmt für Trennung und Verlust, geht es um eine fusionäre Beziehung. Mord kann dann auch als Selbstmord verstanden werden. Beide sind Opernsänger. Wenn er beschädigt ist, ist sie es auch. Sie wehrt sich gegen den Verlust, etwas Schönes aufgeben zu müssen. Das erinnert ihn an seinen (Verlust-) Schmerz. Um den Schmerz über den Verlust des Schönen nicht mehr spüren zu müssen, muss er sie ermorden. Denn das Gute erinnert immer wieder schmerzvoll an seinen eigenen Verlust. Tinnitus ist demnach ein Schmerz, der den Verlust von etwas Schönerem enthält – eine Metapher für das Verlusterleben. Jan schlägt um sich, will scheinbar alles zerstören. Die Zerstörung präsentiert den Schmerz und das Schöne, ohne dass er diese Affekte empfinden könnte. Wenn der Schmerz auch das Schöne und das Heile enthält, dann steckt in der Beschädigung auch der Wunsch nach Wiederherstellung.

Als die beiden Männer, die ja von Jan über sein Leiden getäuscht wurden, Bente ermorden wollen, zieht diese durch ihre schöne Opernstimme die beiden in ihren Bann, und sie lassen von ihrem Vorhaben ab. Nachdem sie erfahren, dass Bente wegen Jans Tinnitus nicht Opernsängerin sein durfte, werfen sie ihn sogar empört aus dem Haus und verbünden sich nun ihrerseits mit Bente. Von der Schönheit ihrer Stimme angetan, ermutigen sie sie, ihre Karriere wieder aufzunehmen. Sie

bekommt sofort eine große Rolle als »Mimi« in Puccinis *La Boheme*. Zuvor kommt es jedoch zum heftigen Streit zwischen Bente und Jan. Bente fordert ihn äußerst erregt auf, sie in Ruhe zu lassen, damit sie endlich ihren Traum, Sängerin zu sein, verwirklichen kann. In dem Moment, als sie sich von ihm trennt, wird sein Tinnitus unerträglich und er schlägt seine Frau. Die gegenseitigen Verletzungen sind erheblich. Jan erhält am nächsten Tag seine Kündigung, weil sein Chef ihm unterstellt, dass er nichts ändern will. Seelisch leidet er mehr und mehr unter der Trennung von seiner Frau und beschließt sich das Leben zu nehmen. Bente ahnt dies und kann ihn in letzter Sekunde vom Sprung von der Brücke abhalten. Beide finden wieder liebend zueinander.

Als Gewalt (durch Jan) und künstlerische Potenz (von Bente) aufeinander treffen, siegt die Schönheit, das Berührt-Sein von einem ästhetischen Element. Sie fordert Abstand, sie findet ihre Stimme wieder und löst sich damit aus der Symbiose. Mit ihrer Stimme und dem Erleben ihrer Stimme kann sie sagen: Ich bin ich selbst und getrennt von dir. Sie trennt sich dann real von ihm, mit schlimmen Folgen für Jan. Als er Arbeitsplatz und Frau verliert, verspürt er seinen seelischen Schmerz und beschließt sich umzubringen. In dieses Erleben kann Bente sich einfühlen und ihn dann auch retten.

Im Film geht es um gute und schlechte Geräusche, um Gefühle von Liebe und Schmerz. Die Schönheit lässt sich wiederfinden in Bentes schöner Stimme, und das Schmerzvolle ist enthalten im Kreischen des Tinnitus. Im Film deutet sich an, dass es in der Kunst und in der psychoanalytischen Behandlung um Ähnliches geht: Um das Wiederfinden von Gefühlen und emotionaler Erfahrung. In dem Maße, in dem es den Protagonisten gelingt, gewinnt auch der Zuschauer Zugang zu Gefühlen von Liebe und Hass, die hinter dem heftigen Agieren liegen. Der Zuschauer kann den Film lustvoll genießen, die zerstörerischen Elemente sind kaum aushaltbar. Dieses ästhetische Moment von Schönheit und Leid findet sich in der Kunst ebenso wie in der therapeutischen Übertragungsbeziehung. Mit diesem ästhetischen Erleben lässt sich also wiederfinden, was angesichts äußerer globaler gesellschaftlicher Prozesse verloren zu gehen droht.

Fazit für die Praxis

Im analytischen Prozess geht es darum, eine Sprache zu finden, die berührt, Empfindungen weckt oder wiedererweckt. Wenn Körperfantasien und begleitende Affekte angesprochen werden, können vergangene unbewusste Erlebnisse wieder gefunden und mit einer persönlichen Bedeutung versehen werden. So verstanden ist der Analytiker nicht der Projektionsschirm zur Aufarbeitung der inneren Erlebnisse des Patienten. Es ist seine Subjektivität, die einen analytischen Prozess ausmacht. Demnach ist Grundbedingung für Einfühlung und Empathie ein selbstanalytischer Prozess im Inneren des Analytikers. Selbstreflexivität för-

dert den Kontakt zum Patienten über die Erfahrung eigener Subjektivität. Dann können die in Klängen und Geräuschen enthaltenen emotionalen Erlebnisse in einem interaktiven Geschehen verstanden werden.

Literatur

- Anzieu, D. (1991/1996): *Das Haut-Ich*. Suhrkamp (Frankfurt/Main).
- Bion, W. (1965/1997): *Transformationen*. Suhrkamp (Frankfurt am Main).
- Bion, W. (1985): *All My Sins Remembered. The Other Side of Genius* (London). In: Wiedemann, W. (2007): *Wilfried Bion Biografie, Theorie und klinische Praxis des »Mystikers der Psychoanalyse«*. Bibliothek der Psychoanalyse, Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Bollas, C. (1987/1997): *Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung*. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Bolognini, S. (2003): *Die psychoanalytische Einfühlung*. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Bürger, P. (2001): *Das Verschwinden des Subjekts*. Suhrkamp (Frankfurt am Main).
- Delb, W. et al. (2002): *Tinnitus. Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie*. Hogrefe Verlag (Göttingen, Bern, Toronto, Seattle).
- Deutsche Tinnitus-Liga (1999): *Tinnitus ist eine Volkskrankheit – Ergebnisse der epidemiologischen Tinnitus-Studie der Deutschen Tinnitus-Liga e.V.*, Tinnitus-Forum 8/99, S. 58–60.
- Drews, S. (Hg.), Argelander, H. (2001): *Zum »szenischen Verstehen« in der Psychoanalyse. Hermann Argelander zum 80. Geburtstag*. 2. Aufl., Brandes und Apsel (Frankfurt/Main).
- Drucko P.N., Pollard C.A., Bray, H.D., Scheiter, L. (1984): *Comprehensive behavioral management of complex tinnitus: a case illustration*. In: *Biofeedback and Selfregulation*. 9, S. 459–469.
- Freud, S. (1923): *Das Ich und das Es*. In: *Gesammelte Werke*, Bd. 13, S. 235–290.
- Flashar, H. (1962): *Aristoteles' Problemata Physica*. In: *Aristoteles Werke in deutscher Übersetzung* G.E. Grumbach (Hg.), Vol. 19, S. 270–273, Berlin, Akademie Verlag.
- In: Feldmann, H. (1989): *Kulturhistorisches und Medizinhistorisches zum Tinnitus Aurium*. Harsch (Karlsruhe).
- Gaddini, E. (1998): *Das Ich ist vor allem ein körperliches. Beiträge zur Psychoanalyse der ersten Strukturen*. Hg.: Jappe, G./Strehlow, B. Ed. Diskord (Tübingen).
- Goebel, G. (1992): *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen komplexen Tinnitus*. Quintessenz (München).
- Goebel, G. (2003): *Tinnitus und Hyperakusis. (Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Bd 20)*. Hogrefe (Göttingen).
- Hesse, G. (Hg.) (2000): *Retraining und Tinnitustherapie*. Thieme Verlag (Stuttgart, New York).
- Hesse, G. (2008): *Tinnitus*. Thieme Verlag (Stuttgart, New York).
- Itard, J.M.G.(1822): *Die Krankheiten des Ohres und des Gehörs*. o. A. (Weimar).
- Jastreboff, P.J. (1990): *Phantom auditory perception (tinnitus). Mechanism of generation and perception*. In: *Neurosci Res* 8, S. 221–254.

- Jastreboff, P.J. (1995): A neurophysiological approach to tinnitus. Theory and practice. Whurr (London).
- Jastreboff, P.J. (1999): The neurophysiological model of tinnitus and hyperacusis. In: Hazell J. W.P. (Hg.) Proceedings of the sixth International Tinnitus Seminar (S. 32–38). Oxford University Press (Cambridge).
- Jastreboff, P.J., Hazell J. W.P. (2004): Tinnitus Retraining Therapy. University Press (Cambridge).
- Klein, M. (1985): Frühstadien des Ödiouskomplexes. Frühe Schriften 1928–1945. Fischer (Frankfurt/Main).
- Köster-Schlutz, M.L. (2006): Von der Wiederherstellung der psychoanalytischen Kompetenz im Prozess ihrer Zerstörung. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis. Jg. 21, Heft 2/3, S. 291–320.
- Kröner-Herwig, B. (Hg.) (1997): Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. Psychologie Verlags Union (Weinheim).
- Lehnert, H./Schuster, H.P. (1998): Innere Medizin, Stuttgart. Nach: Pilgram, M. et al., (1999): Tinnitus in the Federal Republic of Germany: A representative epidemiological study. In: Proceedings of The Sixth International Tinnitus Seminar. The Tinnitus and Hyperacusis Centre (Cambridge, London), S. 64–67.
- Lewis, J.E., Stephens, S.D., Mc Kenna, L. (1994): Tinnitus and suicide. Clin. Otolaryngol Allied Sci, 19(1), S. 50–54.
- Lichtenberg, J.D. (1983): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer 1991 (Berlin u.a.).
- Lichtenberg, J.D. (1990): Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Psyche 44, S. 871–901.
- Lockwood, A.H. et al. (2002): Tinnitus, in: N Engl J Med, Vol. 347, No. 12, S. 904–910.
- Lorenzer, A. (1972): Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie. Suhrkamp (Frankfurt/Main).
- Lorenzer, A. (1973), Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder: Sprache und Interaktion, Suhrkamp (Frankfurt/Main).
- Lorenzer, A. (1973/1995): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. 4. Aufl., Suhrkamp (Frankfurt/Main).
- Lorenzer, A. (1974): Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf. Suhrkamp (Frankfurt/Main).
- Maiello, S. (1999): Das Klangobjekt. Über den pränatalen Ursprung auditiver Gedächtnisspuren. Psyche Nr. 2, Jg. 53, S. 137–157.
- Mahler, M. (1968/1998): Symbiose und Individuation. Psychosen im frühen Kindesalter. Klett-Cotta 1998 (Stuttgart).
- Mahler, M. (1975/2003): Die psychische Geburt des Menschen. Fischer (Frankfurt/Main).
- Meltzer, D. (1988/1995): Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Meltzer, D. (2005): Das Claustrium. Eine Untersuchung klastrophobischer Erscheinungen. edition diskord (Tübingen).
- Nitzschke, B. (1984): Frühe Formen des Dialogs. Musikalisches Erleben – Psycho-

- analytische Reflexion. In: Oberhoff, B. (Hg.) Psychoanalyse und Musik. Eine Bestandsaufnahme. Psychosozial-Verlag 2006 (Gießen).
- Parncutt, R. (1997): Pränatale Erfahrung und die Ursprünge der Musik. In: Oberhoff, B. (Hg.): Die seelischen Wurzeln der Musik. Psychoanalytische Erkundungen. Psychosozial-Verlag 2005 (Gießen).
- Pilgram, M. et al., (1999): Tinnitus in the Federal Republic of Germany: A representative epidemiological study. In: Proceedings of The Sixth International Tinnitus Seminar. The Tinnitus and Hyperacusis Centre, S. 64–67 (Cambridge, London).
- Plessner, M. (1885): Die neueste Erfindung, das Antiphon. Ein Apparat zum Unhörbarmachen von Tönen und Geräuschen, Verlag von Schulze&Bartels, S. 47–48 (Stuttgart). In: Monatsschrift für Ohrenheilkunde 19. Jahrgang. o.V. (Berlin) 1885.
- Quinodoz, D. (2002): Worte, die berühren. Eine Psychoanalytikerin lernt sprechen. edition diskont (Tübingen) 2004.
- Sandler, J. (1974): Gegenübertragung und Rollenübernahme. Psyche Jg. 30 (1976), S. 297–305.
- Schaaf, H., Holtmann, H. (2002): Psychotherapie bei Tinnitus. Schattauer (Stuttgart).
- Spitz, R.A. (1973): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Direkte Beobachtungen an Säuglingen während des ersten Lebensjahres. 3. Aufl. Ernst Klett Verlag (Stuttgart).
- Spitz, R.A. (1976): Vom Dialog. Ernst Klett Verlag (Stuttgart).
- Spitz, R.A. (1992): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. 10. Auflage. Ernst Klett Verlag (Stuttgart).
- Stern, D.N. (1985): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta 1992 (Stuttgart).
- Tillmann, M. (2007): Der gesellschaftliche Prozess der Globalisierung und die Notwendigkeit von Intimität. Ein Versuch zum individuellen und kulturellen Verständnis der psychodynamischen Bedeutungen des Tinnitus aurium. In: Psychosozial 30. Jg., Nr.107, Heft 1, S. 109–131.
- Tillmann, M. (2009): Ich, das Geräusch. Ein Ratgeber für Tinnitus-Betroffene. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Tinnitus-Klinik Bad Arolsen (Hg.) (2002): Medikamentöse Behandlung von Tinnitus und Schwerhörigkeit. Möglichkeiten und Grenzen. Profil (München).
- Winnicott, D. W. (1958/1994): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Fischer (Frankfurt/Main).
- Winnicott, D. W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. 8. Auflage 1995. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Winnicott, D. W. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler (München).
- Winnicott, D. W. (1988/1994): Die menschliche Natur. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Winnicott, D. W. (1990): Der Anfang ist unsere Heimat. Essays zur gesellschaftlichen Entwicklung des Individuums. Klett-Cotta (Stuttgart).

Michael Tillmann



Michael Tillmann, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker (DGPT), Gruppenanalytiker, in freier Praxis in Bremen tätig.

Adresse: D-28209 Bremen, Georg-Gröning-Str. 12

E-Mail: mtillm@web.de

Körpersprache und relationale Intentionalität

André J. Sassenfeld

Abstract: Die grundlegende Idee dieses Beitrages ist, dass die klinische Situation auf einer bestimmten Ebene durch interaktive nonverbale Prozesse, die sich kontinuierlich durch und zwischen den Körpern von Patient und Psychotherapeut abspielen, definiert ist. Es werden die Vorgänge des Körperlesens, die explizit und implizit im Rahmen der psychotherapeutischen Interaktion vor sich gehen, untersucht. Dazu werden Konzepte aus den Feldern der Körperpsychotherapie und der Neuropsychoanalyse benutzt. Weiter wird das Konzept der durch die Körpersprache des Patienten ausgedrückten relationalen Intentionalität untersucht und seine Anwendung und therapeutischer Nutzen durch klinische Beispiele beleuchtet.

Schlüsselwörter: Körperlesen; implizite interaktive Prozesse; relationale Intentionalität; Körpersprache; psychotherapeutische Praxis

Abstract: The basic idea of this article is that the clinical situation is defined on a certain level by interactive, nonverbal processes that are continuously unfolding through the patient's and the psychotherapist's bodies. Explicit and implicit body reading processes in the context of psychotherapeutic interaction are explored. This exploration entails concepts from the fields of body psychotherapy and neuropsychoanalysis. Further the notion of relational intentionality that is mediated through the patient's body language is explored and its application and therapeutic usefulness exemplified with clinical vignettes.

Key words: body reading; implicit interactive processes; relational intentionality; body language; psychotherapeutic practice

Resumen: El eje central del presente trabajo es la noción de que la situación clínica está definida en cierto nivel por los procesos interactivos no-verbales que se producen de modo continuo a través del cuerpo del paciente y el cuerpo del psicoterapeuta. Se exploran los procesos de lectura corporal que transcurren de forma explícita e implícita en el marco de la interacción psicoterapéutica, para lo cual se utilizan conceptos pertenecientes al campo de la psicoterapia corporal y al reciente campo del neuropsicoanálisis. Se explora, más allá, la noción de

la intencionalidad relacional mediada por el lenguaje corporal del paciente y se ejemplifica el uso y la utilidad terapéutica de esta noción con algunas viñetas clínicas.

Palabras clave: lectura corporal; procesos interactivos implícitos; intencionalidad relacional; lenguaje corporal; práctica psicoterapéutica

Ziel dieser Arbeit ist es, einige Gedanken über die Schnittstelle zwischen Körperpsychotherapie und relationaler Psychoanalyse im Allgemeinen und speziell über eine relationale Annäherung an das sogenannte Körperlesen vorzulegen. Ich werde mich spezifisch auf das Körperlesen, verstanden als Erkennen und Verstehen der kommunikativen Körpersprache so wie sie sich im nonverbalen Ausdruck des Patienten zeigt, konzentrieren. Mit diesem Anliegen werde ich mich auf eine Kombination von jüngsten Forschungsergebnissen der Neuropsychanalyse und der heutigen Auffassung von verschiedenen stillschweigenden Prozessen, die menschliche Interaktionen begründen und regulieren, beziehen. Nach einer Betrachtung von grundlegenden Konzepten zum Körperlesen, so wie es herkömmlich verstanden wird, werde ich implizite Vorgänge, die das Erkennen der Körpersprache anderer ermöglichen, beschreiben und zwischen implizitem und explizitem Körperlesen unterscheiden. Ich werde außerdem das Konzept der relationalen Intentionalität des somatischen Ausdrucks besprechen und einige Beispiele seiner Äußerung und klinischen Nützlichkeit mit einbeziehen.

Über herkömmliches Körperlesen

Das Körperlesen ist ein bedeutendes klinisches Werkzeug der post-reichianischen Körperpsychotherapien, und eines seiner wichtigsten Ziele ist die diagnostische Einschätzung (Eiden 2002; Hauswirth 2004; Smith 1985; Totton 2003). Auch wenn Körperpsychotherapeuten anderer theoretischer Strömungen sich oft nicht auf die Charaktertheorie mit ihren Entwicklungs- und Charakterstrukturkonzepten beziehen um ihre Erforschung des Körpers des Patienten zu leiten, ist sie unentbehrlich für die Formen der Körperpsychotherapie, die zur Reichianischen Tradition zählen. Mit anderen Worten, in den post-reichianischen therapeutischen Ansätzen machen die psychopathologischen und charakterologischen Kategorien wie die erstmals von Reich ([1933] 1945) und später von Lowen (1958, 1975) ausgearbeiteten diejenige konzeptuelle Basis aus, die ein gezieltes Körperlesen und ein zutreffendes Verständnis der Bedeutungen, die der Körper mit sich bringt stützt. Auch das Wissen um den natürlichen Ausdruck der Emotionen im und durch den Körper, so wie es zum Beispiel von Darwin (1872) systematisiert wurde, ist von größtem Nutzen, wenn es um das Verständnis der Bedeutungen der Körpersprache geht, weil jeder »Affekt ein charakteristisches Muster hat, das

eine Gesichtskonfiguration, einen bestimmten Muskeltonus, Gesten, Haltung und vokale Qualitäten kombiniert« (Pally 2001, S. 73). Weiter ist eine grundlegende Kenntnis der Funktionen, die die verschiedenen Körpersysteme ausüben, und der Beziehungen zwischen ihnen ein notwendiges Fundament der angemessenen Einsicht in die Bedeutungen, die ein Körper mittels seiner Ausdrücke mitteilt.

In seiner praktischen Anwendung bezieht das Körperlesen eine systematische Betrachtung des generellen Ausdrucks, des Gesichtsausdrucks, der Haltung, der Gesten, der Qualität von Bewegungen, der Atmungsform, der energetischen Qualität und des Muskeltonus am Körper des Patienten sowie eine Erfassung der vielfältigen subjektiven Sinneswahrnehmungen und intuitiven Eindrücke des Therapeuten mit ein. Es kann auch das Annehmen und Nachahmen von Körperbewegungen oder der generellen Haltung des Patienten beinhalten, um die Empfindungen, Gefühle und Gedanken, die diese im Therapeuten auslösen, von einem empathischen Standpunkt zu erfahren. Conger (1994) unterscheidet drei wesentliche Ebenen, auf denen man den Körper lesen kann: die selbst-bewusste Aufmachung, die mit der sozialen Maske oder der Weise, in der sich der Patient im ersten Moment dem Therapeuten zu zeigen versucht zu tun hat; der Schatten oder das Abwehrmuster, das verbunden ist mit den relationalen und emotionalen biografischen Konflikten, der spezifischen Weise in der diese gehandhabt worden sind und ihrer spezifischen somatischen Ausdrucksweise; und die Ebene der Tiefennatur des Individuums, von Reich »bioenergetischer Kern« genannt, eine Ebene, die der authentischen organismischen Identität entspricht.

Es gibt große Unterschiede in Beziehung zu dem, was Psychotherapeuten mit der Information anfangen, die sie durch das Körperlesen erfassen (Totton 2003). Manche Therapeuten lokalisieren die Charakterstruktur eines Patienten in einem bestimmten konzeptuellen System der Charaktertypen mit dem Ziel spezifische zu dieser Charakterstruktur passende klinische Arbeitsleitlinien zu erhalten, andere benutzen beschreibende Metaphern, die gegebenenfalls dem Patienten mitgeteilt werden, um deren emotionale Resonanz zu erforschen (z. B. Bilder von Tieren, Naturelementen, etc., die von Körperteilen oder einer generellen Haltung hervorgerufen werden). Es gibt noch viele andere, mehr intuitive und implizite Formen, die eigenen Eindrücke in den therapeutischen Prozess einzubringen. Die allgemeine Aufgabe des Psychotherapeuten ist dessen ungeachtet, »die physikalische Struktur zu beobachten, die vorhandenen körperlichen Phänomene zu bemerken und Hypothesen über die psychobiologische Dynamik des Patienten auf der Basis der beobachteten Phänomene zu erzeugen« (Smith 1985, S. 70). Anders ausgedrückt, das Körperlesen versucht klare Beziehungen zwischen den somatischen Phänomenen und den psychologischen Phänomenen, die Teile ein und derselben einheitlichen Charakterstruktur sind, die sich Reichs (1942) grundlegendem Prinzip der funktionellen Identität von Psyche und Soma zufolge sowohl im Körper als auch in der Psyche zu erkennen gibt, herzustellen.

Smith (1985) meint, Körperlesen basiert auf dem wesentlichen Prinzip, dass

Struktur als gefrorene Funktion verstanden werden muss. So stellt die Körperstruktur des Patienten eine verdichtete Aussage über dessen psychobiologische Geschichte und gleichzeitig über dessen gegenwärtiges psychobiologisches Funktionieren dar. Somit »befinden sich hinter dem Gebrauch, Nichtgebrauch und Missbrauch des Körpers organismische Entscheidungen, die als Antworten auf die empfangenen Botschaften der Eltern getroffen wurden« (S. 70) und zwar in den ersten Lebensjahren. Vom klinischen Standpunkt aus bemerkt Hauswirth (2004), dass das Körperlesen

»eine funktionelle Analyse [gestattet], aus der bis zu einem gewissen Grade die persönliche Geschichte des Individuums abgeleitet werden kann. Sie gibt dem Therapeuten Hinweise auf die besonderen Ziele, die zu erreichen sind, und dies unabhängig von den verbalen Aussagen des Patienten. Eine körperorientierte Intervention kann auf Grund einer solchen Analyse entwickelt werden« (S. 78).

Aufgrund des Prinzips der funktionellen Identität haben solche Interventionen, die auf ein »Auftauen« oder Deblockieren der somatischen Äußerung der Charakterstruktur abzielen, natürlich auch das Potenzial die psychische Äußerung des Charakters zu verändern. Andererseits kann das Körperlesen auch dem Patienten helfen, sich mit dissoziierten oder ignorierten Teilen seines Körpers zu identifizieren (Eiden 2002).

Im Zusammenhang dieser Ideen können wir feststellen, dass die herkömmliche Auffassung des Körperlesens in einer Ein-Personen-Psychologie wurzelt, in der das grundlegende Aufeinanderbezogensein von Patient und Therapeut im Hintergrund steht. Mit anderen Worten: In dieser Sichtweise ist das Relevante für den Therapeuten die somatische Struktur des Patienten an sich und nicht wegen ihrer etwaigen kommunikativen oder interaktiven Funktion in der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung.

Neuropsychanalyse und das Verständnis der Körpersprache

Das Forschungsfeld der Neuropsychanalyse¹, das sich um eine Integration von Forschungsergebnissen der zeitgenössischen Neurowissenschaften und der zeitgenössischen Psychoanalyse in eine interdisziplinäre ganzheitliche Theorie der frühen Entwicklung, der Psychopathologie und der Psychotherapie bemüht, hat sich unter anderem intensiv um ein Verständnis der verschiedenen unbewussten,

1 Wir beziehen hier in das Forschungsfeld der Neuropsychanalyse auch die zeitgenössische Kleinkindforschung mit ein auch wenn diese nicht immer ausdrücklich an eine neurobiologische Konzeption der Phänomene die sie erforscht anlehnt, da sie doch kongruent ist und sich komplementär zu den Ergebnissen der Neurowissenschaften verhält. Hier folgen wir der Vorgehensweise von Schore (2003a, 2003b).

impliziten Vorgänge bemüht, die der Kleinkind-Pflegeperson und der Patient-Therapeut Interaktion zugrunde liegen (Beebe/Lachmann 2002; Pally 2001; Schore 1994, 2003a, 2003b, 2005a, 2005b). In diesem Sinn hat die Neuropsychoanalyse der somatischen nonverbalen Kommunikation, die sich zwischen und durch die miteinander interagierenden Körper der Individuen zeigt, spezielle Aufmerksamkeit geschenkt.

Schore (1994) beschreibt das Wesen der vorliegenden Untersuchungen der psychotherapeutischen Prozesse, die vor dem Erscheinen der Neuropsychoanalyse durchgeführt wurden, folgendermaßen:

»Der grösste Teil dieser Untersuchungen [...] fokussiert auf den verbalen output des Patienten als Primärdaten des psychotherapeutischen Prozesses. Dieses Material ist oft durch Transkriptionen dargestellt und nicht durch effektive Register des verbalen Verhaltens eines Patienten (und beiläufig auch des Therapeuten). Solche Proben löschen komplett die wesentlichen »versteckten« prosodischen Schlüssel aus, wie auch die visuo-affektiven Transaktionen die zwischen Patient und Therapeut kommuniziert werden. Ich denke, dass ein fast ausschliesslicher Fokus der Untersuchungen auf verbale und kognitive psychotherapeutische Vorkommnisse an Stelle von nonverbalen und affektiven Vorkommnissen unser tieferes Verständnis des dyadischen therapeutischen Prozesses sehr beschränkt hat. Im wesentlichen wird das exklusive Studium der Aktivitäten der linken Seite des Gehirns niemals die Mechanismen der sozio-emotionalen Störungen, die aufgrund der Begrenzungen der Affektregulation der rechten Seite des Gehirns entstehen, aufklären« (S. 469).

So hat die neuropsychoanalytische Forschung ihre Bemühungen auf die Erkundung und das Verständnis des nonverbalen unbewussten Bereiches konzentriert, welches aus der neurowissenschaftlichen Perspektive mit der rechten Seite des Gehirns in Verbindung gebracht worden ist. Es hat sich in der Tat die Hypothese durchgesetzt, dass das rechte Gehirn das neurobiologische Fundament des Unbewussten darstellt (Schore 2003b, 2005b). So wie Schore darlegt, ist weiter der Bereich der Affektivität und der Affektregulierung mit der rechten Seite des Gehirns in Verbindung gebracht worden.

Die Unterscheidung zwischen impliziten und expliziten Vorgängen ist eine Hauptauffassung der Neuropsychoanalyse. Während die explizite psychologische Verarbeitung der Erfahrung sich auf bewusste und verbale oder zumindest sprachzugängliche psychische Prozesse bezieht, verweist die implizite Verarbeitung der Erfahrung auf unbewusste psychische Vorgänge, die sich außerhalb der Aufmerksamkeit abspielen, die generell nicht ganz sprachzugänglich sind und die außerdem nicht zwangsläufig ganz bewusstseinsfähig sind. Implizite psychische Prozesse sind mit einförmigen und automatischen präverbalen mentalen Aktivitäten verbunden, die unmittelbare Entscheidungen in Bezug auf äußere Situationen, die der Organismus vorfindet, treffen (Beebe/Lachmann 2002; Lyons-Ruth 1999; Schore 2003a, 2003b, 2005b). Für unsere Zwecke ist es bedeutsam festzustellen, dass die Forscher verschiedene Befunde beigetragen haben, denen

zufolge die implizite Verarbeitung spezifisch in der schnellen und augenblicklichen Handhabung von affektiven, nonverbalen in die reziproke Kommunikation verwickelte Zeichen eine wesentliche Rolle spielt. Dazu gehören insbesondere körperliches Verhalten, Gesichtsausdrücke, Gesten, Stimmnuancen und viszerale Veränderungen wie Schwitzen und Hautfärbung (Pally 2001).

Trevarthen und Aitken (2001) beschreiben aus dieser Perspektive die Existenz von frühen »Proto-Dialogen« zwischen Kleinkind und Primärpflegeperson, die auf visuellen Mitteilungen, taktilen und körperlichen Gesten und prosodischen Stimmäußerungen beruhen. Diese Protodialoge entsprechen im wesentlichen bidirektionalen emotionalen Kommunikationen, die als solche auf beiden Seiten die Fähigkeit, nonverbale Aussagen zu senden und speziell die Bedeutungen der nonverbalen Aussagen des anderen zu entschlüsseln und zu erkennen, mit einschließen. »Die dyadische implizite Verarbeitung dieser nonverbalen Bindungskommunikationen von Gesichtsausdruck, Haltung und Stimme ist Produkt der Tätigkeit der rechten Seite des Kleinkindhirns in Interaktion mit der rechten Seite des Mutterhirns« (Schore 2005b, S. 833). Darüber hinaus ist die rechte Seite des Gehirns nicht nur in der unbewussten emotionalen Kommunikation dominant, sondern auch beim Imprintingmechanismus, der als wesentlicher Mechanismus der Entwicklung von Bindungsbeziehungen mit wichtigen Pflegepersonen gilt. Alles in allem konstituieren die impliziten interaktiven Prozesse die präverbale Basis der werdenden Persönlichkeit, weil sie während der ersten Lebensjahre in der entstehenden Psyche des Kleinkindes implizit repräsentiert werden (Beebe/Lachmann 2002; Schore 2003a, 2003b). So werden die Anfänge der Subjektivität in relationaler und interaktiver Weise konzipiert.

Die impliziten kommunikativen Vorgänge haben infolgedessen ihren Ursprung in der Kleinkind-Eltern-Dyade. Gleichwohl begleiten sie von da an die explizite verbale Verständigung das ganze Leben lang und sind natürlich in der psychotherapeutischen Beziehung präsent. Es gibt tatsächlich eine große Zahl von nonverbalen Kommunikationsformen in jedem Beziehungsaustausch –»Körper zu Körper, Biologie zu Biologie« (Pally 2001, S. 72). Lyons-Ruth (2000) meint dazu, dass

»die Mehrzahl der Beziehungstransaktionen nachdrücklich auf ein Substrat von affektiven Zeichen zurückgreift, das jeder Beziehungskommunikation eine auswertende Valenz oder Richtung verleiht, und diese Kommunikationen verlaufen auf einer impliziten Ebene von schneller Signal- und Antwortaussendung die zu schnell verläuft, um eine gleichzeitige verbale Übersetzung und bewusste Reflektion auszuführen« (S. 91–92).

Mit anderen Worten: der Beziehungsaustausch zwischen Patient und Therapeut verläuft gleichzeitig auf zwei Ebenen. Es gibt einen expliziten, verbalen, mit der linken Seite des Gehirns verbundenen Kommunikationsprozess und einen parallelen impliziten, nonverbalen, mit der rechten Seite des Gehirns verbundenen Kommunikationsprozess. Das bedeutet, dass immer ein *implizites, reziprokes*

Körperlesen stattfindet, welches dem Patienten und dem Therapeuten erlaubt, auf einer nicht bewussten Ebene – die aber einen beträchtlichen Einfluss ausübt – die nonverbalen Botschaften zu entschlüsseln, die die spezifischen Worte beider begleiten. Die neuropsychoanalytische Forschung hat weiter aufgedeckt, dass die gesamte klinische Situation und speziell die dyadische therapeutische Interaktion oft in größerem Maße von diesen bi-direktionalen Kommunikationen von rechtem Hirn zu rechtem Hirn bestimmt sind als von der expliziten, verbalen Verständigung (Beebe 1998; Schore 2003b, 2005b).

Schore (2003b) fasst, was wir bisher gesagt haben, so zusammen: im Kontext der psychotherapeutischen Interaktion, bringt der Therapeut

»bewusste und explizite Aufmerksamkeit den Verbalisationen des Patienten entgegen, um die Dysregulationssymptomatik des Patienten in objektiver Weise zu diagnostizieren und rationalisieren. Er hört und interagiert aber auch auf einer anderen Ebene, einer erfahrungsnahen subjektiven Ebene, eine Ebene die implizit Moment zu Moment die sozioemotionale Information auf unbewussten Ebenen verarbeitet« (S. 52).

Diese Ideen erlauben uns eine umfassendere Erklärung des Körperlesens anzubieten. Es ist erstens notwendig, zwischen impliziten und expliziten Vorgängen des Körperlesens zu unterscheiden. Zweitens ist klar, dass einer der grundlegenden Unterschiede zwischen diesen beiden Modalitäten des Körperlesens mit ihren Merkmalen und Funktionen zu tun hat. Die herkömmliche explizite Modalität, wie wir schon vorher erwähnt haben, verläuft in großem Maße in bewusster Weise und basiert auf sprachfähigen psychischen Vorgängen. Ihre Funktion hat mit dem unidirektionalen Verstehen der Geschichte des Patienten durch die körperlichen Charakterinskriptionen zu tun. In gewissem Sinne wird in ihr der Körper des Patienten als Ansammlung von »Verbalisationen«, die explizit dekodiert werden können, betrachtet.

Die implizite Modalität auf der anderen Seite ist ein nicht bewusster, schwer zu verbalisierender und wesentlich bi-direktionaler Vorgang, und seine grundlegende Funktion hat mit reziproker Kommunikation zu tun. Infolgedessen ist es ein Prozess inhärenter relationaler Natur, der über die Existenz von relationalen Intentionen, die sich auf der körperlichen nonverbalen Ebene ausdrücken, etwas mitteilt. In diesem Sinn unterscheidet diese Modalität sich auch von anderen, durch Körperpsychotherapeuten erarbeiteten Konzepten, die sich auf ähnliche implizite Phänomene beziehen, wie etwa die somatische Resonanz und die vegetative Identifikation (Boadella 1997a). Solche Konzepte scheinen mehr eine uni-direktionale Orientierung zu betonen – der Therapeut kann bewusst die somatische Resonanz und vegetative Identifikation benutzen, um sein Verständnis der Erfahrung des Patienten zu vertiefen. Aus der Perspektive, die wir hier präsentiert haben, können wir annehmen, dass die explizite Fähigkeit den Körper zu lesen, auch wenn sie sich von den impliziten Vorgängen des Körperlesens unterscheidet, ihre biografischen und ihre aktuellen Grundlagen in letzteren hat.

Natürlich haben beide Modalitäten des Körperlesens relevante Funktionen in der Psychotherapie. Sie beziehen sich auf verschiedene aber komplementäre Aspekte derjenigen Prozesse, die die therapeutische Begegnung ausmachen.

Relationale Intentionalität, psychotherapeutischer Prozess und Lesen der Körpersprache

Sowohl in der relationalen Psychoanalyse als auch im Feld der Körperpsychotherapie ist in den letzten Jahren das Konzept eines *relationalen Körpers* aufgetaucht. Mit anderen Worten: Es hat sich eine relationale Konzeption des Körpers verbreitet, die einen Akzent bei der Idee setzt, dass die Körpererfahrung und die Körperstruktur Phänomene sind, welche von den vorhandenen Beziehungsmodalitäten in der frühen Dyade und später in der therapeutischen Beziehung ausgehend auftauchen und spezifische Formen ausbilden (Aron/Anderson 1998; Cornell 2003; Orbach 2004). Der Titel einer Arbeit von Orbach (2004) erläutert das Konzept eines relationalen Körpers: In Anlehnung an Winnicott besagt er: »Es gibt so etwas wie den Körper nicht«, was ausdrücken will, dass sich die Entwicklung eines Körpers und die Differenzierung einer Körpererfahrung nur in Beziehung zu einem anderen Körper und einer anderen Körpererfahrung vollziehen können. Vom Standpunkt der Körperpsychotherapie aus betrachtet kann man auch annehmen, dass das, »[w]ie eine Person mit einer anderen eine Bindung eingeht [...], Prozesse und Handlungsmuster, die zelluläre, motorische und muskuläre Ausdrucksformen sind [, umfasst]« (Keleman 1986, S. 7). Vom klinischen Blickwinkel aus bedeutet das Gesagte, so wie Aron (1999) mitteilt, dass eine »Zwei-Personen-Psychologie eigentlich eine Zwei-Körper-Psychologie ist, es geht nicht nur um eine Begegnung zwischen Geistern sondern zwischen Personen, was die Körper miteinschliesst« (S. 267–268).

Auf der anderen Seite hat Boadella (1997a, 1997b) die Wichtigkeit therapeutisch mit der den körperlichen Tendenzen zu Bewegung und Aktion inhärenten Intentionalität zu arbeiten, hervorgehoben. In diesem Sinne hat er einige spezifische Muster der Intentionalität der Körperbewegungen, die er motorische Felder nennt, definiert. Diese umfassen Biegung und Ausdehnung, Opposition und Ziehen, Absorption und Aktivierung, sowie Rotation und Kanalisation. Boadella verbindet diese motorischen Muster mit verschiedenen Bewegungstypen, die allmählich in der kindlichen Entwicklung auftauchen, und meint weiter, dass ihr Anpassungspotenzial als Antwort auf die vorhandene Umwelt aktualisiert wird. Wenn wir nun die Ideen der vorhergehenden Abschnitte, die beschriebenen Ideen über einen relationalen Körper und Boadellas Konzepte verbinden, können wir dann von der Existenz einer relationalen Intentionalität in vielen der nonverbalen impliziten Ausdrucksweisen ausgehen, die einen großen Teil der therapeutischen Interaktion und Kommunikation ausmachen. Mit anderen Worten können wir

annehmen, dass ein großer Teil der nicht bewussten Körpersprache, die von Patient und Therapeut ausgedrückt wird, auf den anderen bezogene Intentionalitäten beinhaltet, wie etwa Annäherung, Abkehr, Stoßen, Widerstand, Kontaktsuche, sich verbergen, etc. Und, wie Boadella (1997a) äußert, ist es im Wesentlichen die Aufgabe des Therapeuten, den affektiven und psychischen Inhalt der somatischen Sprache der Intentionalität zu verstehen.

Auf der anderen Seite hat die Tatsache, dass sich die relationale Intentionalität, die sich im nonverbalen impliziten Ausdruck des Patienten in der therapeutischen Situation zu erkennen gibt und dies klar, direkt, verzerrt, blockiert oder repetitiv tut, mit den impliziten relationalen Erwartungen oder implizitem Beziehungswissen zu tun (Lyons-Ruth 1999; Stern 1998; Stern et al. 1998), das dieser im Kontext der interaktiven Kommunikationsvorgänge in der frühen Dyade aufgebaut hat. In der Tat sind die somatischen relationalen Intentionalitäten Bestandteil des impliziten Beziehungswissens. Eine Bindung zwischen Kleinkind und Pflegeperson, die das Auftauchen und die Entwicklung von bestimmten motorischen Feldern nicht oder nur teilweise oder nur unter spezifischen Bedingungen erlaubt, erzeugt implizite Regeln die bestimmen, welche nonverbalen Ausdrücke im emotionalen Austausch im allgemeinen erlaubt oder verboten sind. Eine Mutter zum Beispiel, die vor der Möglichkeit, dass ihr Sohn fähig wird, sich von ihr körperlich zu trennen, Angst empfindet, trägt möglicherweise dazu bei, ein implizites Beziehungsregelsystem aufzubauen, in dem die relationale Intentionalität, sich vom anderen zu entfernen, in gewissem Masse ausgeschlossen oder zumindest erschwert wird, einschließlich ihrer muskulären, physiologischen und verhaltensmäßigen somatischen Äußerung. Später, im Kontext der psychotherapeutischen Beziehung, ist es möglich, dass körperliche Anzeichen der relationalen Intentionalität von Abkehr abwesend sind, oder verzerrt oder blockiert in der Körpersprache eines Patienten mit solchen Merkmalen auftauchen, während Anzeichen der relationalen Intentionalität von Annäherung zu häufig auftreten und in hohem Maße die Bindung des Patienten an den Therapeuten bestimmen können.

Obschon Patient und Therapeut ihr eigenes implizites Beziehungswissen zur therapeutischen Begegnung beitragen und auf diesem basierend ihrer Beziehung eine spezifische Form verleihen, bauen sie auf der anderen Seite zusammen eine mehr oder weniger flexible eigene Weise zu interagieren und zu kommunizieren auf, die zu einem charakteristischen System von Beziehungsregeln Anlass gibt. Der Aufbau dieses Systems von Beziehungsregeln erlaubt oder verbietet wiederum den nonverbalen Ausdruck bestimmter relationaler Intentionalitäten. So existieren nicht nur motorische Felder, deren Ausdruck wegen des eigenen historischen impliziten Beziehungswissens verboten oder erlaubt sind, sondern auch verbotene oder erlaubte motorische Felder, die mit dem gegenwärtigen Aufbau der Beziehungserwartungen an den Psychotherapeuten als neuer Beziehungsfigur verbunden sind. Diese können einen bestimmten Grad von Unabhängigkeit in Bezug auf die Vergangenheit des Patienten haben. Dies ist einer der Unterschiede,

die zwischen dem Konzept des impliziten Beziehungswissens und dem herkömmlichen Verständnis der Übertragung bestehen.

Aus dieser Perspektive ist eine bedeutsame Dimension der Wandlung und Veränderung in der Psychotherapie im wesentlichen mit dem Erleichtern des Auftauchens, der Bewusstwerdung und der Entfaltung von relationalen Intentionalitäten verbunden, die in gewissem Masse durch historische implizite Erwartungen in Bezug auf menschliche Interaktionen gehemmt sind. Therapeutische Veränderung impliziert zugleich auch die Erforschung der Beziehungsregeln, die die gegenwärtige therapeutische Interaktion beeinflussen und die Entwicklung bestimmter motorischer Felder verunmöglichen, und ebenso ihre eventuelle Modifizierung mit der einhergehenden Erweiterung der Möglichkeit, bestimmte relationale Intentionalitäten auszudrücken. Dieser dyadische Prozess, der sich auf den nonverbalen Ausdruck von relationalen Intentionalitäten auswirkt, ist in gewissem Sinne äquivalent mit dem von Stern und seinen Kollegen (1998) beschriebenen Veränderungsvorgang als Erweiterung, Reorganisation und Transformation des impliziten Beziehungswissens durch neue Beziehungserfahrungen, die in der therapeutischen Beziehung erlebt werden. Stern (1998) meint, dass ein großer Teil der Veränderung herbeiführenden psychotherapeutischen Einwirkung Änderungen des impliziten Beziehungswissens des Patienten über Handeln, Denken und Fühlen in spezifischen Beziehungskontexten miteinbezieht. Alles in allem sind infolgedessen zwei Wandlungsmechanismen im psychotherapeutischen Prozess zu beobachten: die Klärung der historischen Beziehungserfahrungen des Patienten und außerdem die Ermöglichung neuer Beziehungserfahrungen (Fosshage 2003). Dazu würden wir nun hinzufügen, dass die somatische implizite Dimension dieser Erfahrungen besonders wichtig ist.

Was wir über das Konzept der relationalen Intentionalität gesagt haben, ist eng mit dem Lesen der Körpersprache verbunden. Hauswirth (2004) hebt hervor, dass das Körperlesen »auch die Interaktion zwischen Patient und Therapeut, die Modulationen im Zusammenhang mit Parametern wie Nähe versus Distanz« (S. 77) mit einbezieht, womit sie den ursprünglichen unidirektionalen Fokus über den Körper des Patienten als solchen hinweg in Richtung der Patient-Therapeut-Beziehung erweitert. In dieser Weise kann auf der einen Seite der klinische Vorgang des expliziten Lesens des Körpers eines Patienten nun auch die Prozesse der reziproken, nonverbalen emotionalen Kommunikation als Teil ihres Aufmerksamkeitsfeldes berücksichtigen. Da die impliziten somatischen Kommunikationsvorgänge per definitionem nur in einem gewissen Grade bewusstseinsfähig und verbalisierbar sind, ist dies in demselben Maße möglich, ein Umstand, der dieser Vorgehensweise keinen klinischen Wert entzieht. So wie Lyons-Ruth (1998) aussagt, können im psychotherapeutischen Kontext können einige kleine Teile des impliziten Beziehungswissens eines Patienten verbal artikuliert und in Beziehung auf die Übertragung gedeutet werden. Dessenungeachtet stellen die Teile, die bewusst verdeutlicht werden können, nur einen reduzierten Bruchteil des ganzen Beziehungswissens des Patienten dar.

Auf der anderen Seite verwandelt sich das implizite Körperlesen in einen wesentlichen und allgegenwärtigen Aspekt des psychotherapeutischen Prozesses, der dennoch nur teilweise bewusst benutzbar ist. Heute ist klar, dass die Wahrnehmung von nonverbalen Zeichen primär auf die Sinneswahrnehmungsorgane zurückgreift (insbesondere Augen und Ohren) sowie auf »innere« Wahrnehmungskanäle, die mit den viszeralen Organen des Körpers verbunden sind (Pally 2001). Wir wissen heute ebenso, dass für den Therapeuten »die Fähigkeit, Kommunikationen im impliziten Bereich zu empfangen und auszudrücken, optimiert wird, wenn der Kliniker sich in einem Empfänglichkeitszustand der rechten Seite des Gehirns befindet« (Schore 2005b, S. 841–842). Der an dieser Empfänglichkeit der rechten Seite des Gehirns beteiligte Aufmerksamkeitsstil ist unter anderem verbunden mit dem Erfassen von globalen Merkmalen und weniger mit dem Erfassen von spezifischen Details und entspricht so einer »offenen« Wahrnehmung, die einer fokussierten und analytischen Wahrnehmung entgegengesetzt ist. Schore (2005b) meint, um »das zu tun, muss der Kliniker Zugang haben zu seinen eigenen intuitiven, körperbasierten Reaktionen auf die impliziten, körperbasierten Kommunikationen des Patienten« (S. 843). Das bedeutet, dass der Therapeut fähig sein muss, sich seiner eigenen affektiven somatischen Reaktionen bewusst zu sein, die als Antwort auf die impliziten Gesichts-, Gesten- und Prosodie-Kommunikationen auftauchen. Lewis (2005) versteht diese Erfahrung des Therapeuten als eine Art von empathischer körperlicher Intuition der Tiefen und Nuancen der Erfahrung des Patienten. Beebe (2004) behauptet dazu: »Wir können uns selbst beibringen diese nonverbalen impliziten Interaktionen gleichzeitig in uns und in unseren Patienten zu beobachten, womit wir unser eigenes Bewusstsein erweitern und wo es sinnvoll ist das Bewusstsein des Patienten« (S. 49).

So kann aus einer neuropsychoanalytischen Perspektive unsere vorherige Formulierung des psychotherapeutischen Veränderungsvorgangs wie folgt reformuliert werden:

»In diesem intersubjektiven Dialog lernt der intuitive und psychobiologisch syntonisierte Kliniker vom ersten Kontakt an über die rhythmischen, nonverbalen momentanen Strukturen der inneren Zustände des Patienten und verändert mit relativer Flexibilität und relativ fließend sein eigenes Verhalten, um sich mit dieser Struktur zu synchronisieren, und ko-kreiert dabei zusammen mit dem Patienten eine wachstumsfördernde Umgebung« (Schore 2005b, S. 845).

In einer solchen wachstumsfördernden Umgebung können durch die Koordination des nonverbalen impliziten Verhaltens des Therapeuten mit den nonverbalen impliziten Rhythmen des Patienten gerade jene relationalen Intentionalitäten auftauchen und sich entfalten, die mit mehr oder weniger großer Deutlichkeit die Körpersprache des Patienten durchleuchten. Infolgedessen ist im Lichte unserer Ausführungen klar, dass der Therapeut sowohl die Information, die er durch ein explizites Lesen des Körpers des Patienten und durch die somatische Interaktion,

die dieser mit dem Therapeuten herstellt, erhält, als auch das implizite Lesen des Körpers benötigt, das ihm erlaubt sich, intuitiv mit dem emotionalen nonverbalen Rhythmus des Patienten zu synchronisieren und auf dieser Synchronisierung basierend neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, die die vorhandenen Beziehungserwartungen erweitern und transformieren.

Die relationale Intentionalität in der klinischen Praxis

Wir werden nun einige Aspekte unserer Ausführungen durch einige interaktive, kommunikative Sequenzen veranschaulichen, in denen die in der Körpersprache ausgedrückte relationale Intentionalität eine zentrale Rolle in der Klärung des impliziten Beziehungswissens des Patienten spielte und sich damit die Möglichkeit eröffnete, einige bedeutende Elemente seiner Beziehungsgeschichte zu erforschen oder auch festzustellen, dass sich Veränderungen in seinen Beziehungserwartungen eingestellt hatten.

Klinisches Beispiel 1

In den Anfängen der therapeutischen Arbeit mit einer 22-jährigen Patientin beginnen wir während einer Sitzung über einige bedeutende Erfahrungen zu sprechen, die sie als »merkwürdig« beschreibt und die sie als »ein bisschen verrückt« und »überspitzt« entwertet. Ich bitte sie, das Wesen und die Merkmale der erwähnten Erfahrungen etwas detaillierter zu beschreiben. Während sie weiterspricht, wird es ihr unwohl und plötzlich nimmt sie ein Kissen, welches neben ihr liegt, und hält es vor ihr Gesicht. Hiermit macht sie es mir unmöglich, ihr Gesicht zu sehen.

Dies ist ein einfaches Beispiel – ein Umstand, der dem Beispiel keinen Wert nimmt, da es von »einfachen« Situationen in der klinischen Praxis wimmelt, weil die relationale Intentionalität des Verhaltens der Patientin leicht zu erkennen ist. Die Benutzung des Kissens erlaubt es ihr, sich vor dem Therapeuten *zu verstecken*, was zeigt, dass sie fühlt, dass die Inhalte ihrer Rede eine Reaktion im anderen hervorrufen könnten, mit der sie sich nicht direkt konfrontieren möchte. Es ist besonders wichtig zu verstehen, dass die Arbeit mit der relationalen Intentionalität der somatischen Sprache sich nicht auf die Inhalte der Rede fokussiert, sondern spezifisch auf die Beziehungsbedeutung eines gegebenen nonverbalen körperlichen Ausdrucks. So entschied ich in der beschriebenen Situation, anstatt weiter darauf zu fokussieren, *was* die Patientin gerade berichtete, ihre *Weise* sich mit mir in Verbindung zu setzen zu erforschen, wenn es um das Verbalisieren von anscheinend konflikthaftern Inhalten ging. Diese Vorgehensweise ist eng mit den grundlegenden Prinzipien der klinischen Methodologie von Reichs (1945 [1933])

Charakteranalyse verbunden, die auch die therapeutische Aufmerksamkeit auf die Form, in der sich der Patient ausdrückt, über die Aufmerksamkeit auf den besonderen Inhalt seiner Rede stellt.

Dadurch war es uns möglich zu verstehen, dass die Tatsache, einer anderen Person einen bestimmten Bereich ihrer Erfahrungen zu zeigen, in ihr eine intensive Schamerfahrung hervorrief. Bei einer Vertiefung dieser Erfahrung wurde klar, dass ihre Eltern oft auf Dinge, die sie ihnen erzählte, mit Diskreditierung, Demütigung und auch Angst reagierten. Infolgedessen hatte die Patientin Beziehungserwartungen aufgebaut, denen zufolge der andere, wenn sie bestimmte Aspekte ihrer inneren Welt darzulegen versuchte, auf gleiche Weise reagieren würde. In diesem Fall führte uns die in ihrer Benutzung des Kissens ausgedrückte relationale Intentionalität im therapeutischen Kontext – sich mit der Absicht verstecken, die Reaktion des anderen zu vermeiden – zur Bewusstmachung eines wichtigen Aspektes ihres historischen impliziten Beziehungswissens. Darüber hinaus ermöglichte die Erkennung und Erforschung der Beziehungsbedeutung ihrer körperlichen Geste der Patientin mit der Zeit, in der wiederholten Erfahrung mit mir einige ihrer beschämendsten Erlebnisse zu teilen, ohne darauf emotionale Reaktionen wie die erwarteten zu bekommen. Ähnliche kommunikative Sequenzen wie die erwähnte ereigneten sich während des therapeutischen Prozesses bei mehreren Gelegenheiten und unser geteiltes Bewusstsein ihrer zugrunde liegenden Bedeutung erleichterte die allmähliche Wandlung oder Nuancierung ihrer Beziehungserwartungen.

Es ist notwendig hinzuzufügen, dass es auch möglich gewesen wäre zu erkunden, ob die nonverbale somatische Sprache des Therapeuten in der beschriebenen Sequenz implizite Zeichen einer emotionalen Reaktion ähnlich der ursprünglichen Reaktionen der Eltern der Patientin beinhaltet hatte. Eine solche Situation ist mit dem in der heutigen Psychoanalyse oft verwendeten Konzeptes des relationalen *enactment* verbunden (vgl. insbesondere Jacobs 2001), in dem der Therapeut sich in der Tat ähnlich verhält wie bedeutende Figuren aus der Geschichte des Patienten und damit eine Art von Aktualisierung von Beziehungsszenarios erzeugt, die Teil der Beziehungsgeschichte des Patienten sind. In solch einem Fall hätte die körperliche Geste der Patientin eine zusätzliche Beziehungsbedeutung gehabt, die ihre Wurzeln in der aktuellen Beziehung zum Therapeuten gehabt hätte und deren Erforschung eine Beziehungsregel der therapeutischen Beziehung bewusst gemacht haben könnte. Solch eine Bewusstwerdung könnte dazu auch der Anfangspunkt für eine Veränderung des ko-konstruierten und von Patient und Therapeut geteilten impliziten Beziehungswissens gewesen sein.

Klinisches Beispiel 2

Etwa im achtzehnten Monat des therapeutischen Prozesses beginnt eine Patientin mit einer psychiatrischen Diagnose einer schwerwiegenden emotio-

nenalen Störung und mit einigen Merkmalen einer Borderlinefunktionsweise mir wiederholt zu sagen, dass es ihr merkwürdig scheint, dass ich ihr immer Recht gebe und dass sie wünsche mehr über das das zu wissen, was ich über gewisse Dinge, die in unseren Gesprächen auftauchen, denke. (Dies geschieht vor dem Hintergrund eines in hohem Maße von den klinischen Prinzipien der psychoanalytischen Selbstpsychologie [Kohut 1977, 1984; Sassenfeld 2006; Wolf 1988] geleiteten therapeutischen Prozesses. Die Selbstpsychologie betont unter anderem nachdrücklich die Wichtigkeit der emotionalen Spiegelung als Strategie, die psychischen Strukturaufbau fördert.) Zur gleichen Zeit beginnt sie, am Anfang jeder Sitzung ihren Sessel, der gewöhnlich in einem engen Winkel zum Sessel des Therapeuten steht, diesem direkt gegenüberzustellen. Ohne ihre Handlung, die die Patientin in einem Moment der Psychotherapie durchführt, indem sie es zustande gebracht hat eine gewisse emotionale Stabilität aufrechtzuerhalten und persönliche Inhalte einzubringen, kommentiert oder hinterfragt, denke ich während und zwischen mehreren Sitzungen über mögliche Bedeutungen nach. Ausgehend von ihren wiederholten Äußerungen und insbesondere von ihrer wiederholten Handlung den Sessel umzustellen, beginne ich langsam zu verstehen, dass die relationale Intentionalität, die in der therapeutischen Begegnung zutage tritt, mit dem Umstand *sich mir gegenüberzustellen* zu tun hat. Psychologisch und relational ausgedrückt, versucht die Patientin sich mit mir horizontal zu verbinden und nicht mehr als jemand, der sich als eine Art Spiegel ihrer eigenen inneren Welt verhält, seiner Subjektivität beraubt. Mit anderen Worten: sie versucht sich mit mir intersubjektiv zu verbinden (Beebe et al. 2003; Benjamin 1990), eine Beziehungsmöglichkeit, die in vielen psychopathologischen Funktionsweisen erschwert oder gestört ist. In diesem Sinne kann das Auftauchen dieser Beziehungsmodalität als Erlangung der psychischen Entwicklung und der therapeutischen Veränderung der Patienten betrachtet werden, ein Fortschritt, der in diesem Fall vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsfunktionsweise mit Borderlinezügen eine besondere Bedeutung hat. Dieses Verständnis entsteht natürlich nicht ausschließlich auf der Basis des Lesens und der Erkennens der relationalen Intentionalität, die sich durch ihre Aktion mit dem Sessel in der therapeutischen Situation mitteilt, sondern ist auch zusätzlich mit einem umfangreichen expliziten Wissen um ihre Geschichte und mit einem spezifischen impliziten Beziehungswissen um ihre nonverbalen Äußerungen verbunden, die sich während des 18monatigen therapeutischen Prozesses ausgedrückt hatten.

In diesem Beispiel führt uns die relationale Intentionalität, die in ihrer nonverbalen Handlung enthalten ist, nicht zu einer Klärung eines Aspektes ihres historischen impliziten Beziehungswissens, aber es zeigt sich doch, dass generell die

Möglichkeit, sich intersubjektiv »face-to-face« mit einem anderen zu verbinden, vorher nicht Teil ihres Beziehungsrepertoires war. Vielmehr ist die ausgedrückte relationale Intentionalität ein Zeichen dafür, dass sich die ausführbaren Beziehungsmöglichkeiten im Rahmen ihrer Beziehungserwartungen erweitert haben. Wir könnten vielleicht diesen Umstand ausdrücken in dem Sinne, dass der therapeutische »Monolog« sich zur Möglichkeit eines therapeutischen »Dialogs« verwandelt hatte, indem die Patientin nun die Beteiligung zweier Subjekte tolerieren und sogar wünschen konnte und sie benötigte, um ihre psychologische Entwicklung fortzusetzen. Dies erlaubt uns die Annahme, dass ihr implizites Beziehungswissen sich durch neue Beziehungserfahrungen mit dem Therapeuten verwandelt hatte, ohne dass dies auf der expliziten und bewussten Ebene geschehen wäre, sondern auf der unbewussten impliziten Ebene. So hatte der Therapeut während des therapeutischen Prozesses nonverbal und ohne explizite Absicht dazu beigetragen, dass die Patientin auf der Ebene des reziproken emotionalen Protodialogs eine veränderte Beziehungsmodalität im klinischen Kontext erfahren konnte. In diesem Fall hatte sich der Therapeut nicht verbal über sein Verständnis der Körpersprache der Patientin geäußert, sondern sich nur darauf beschränkt, nicht mehr primär die Spiegelung von Gefühlen zu benutzen, sondern in das therapeutische Gespräch vorsichtig Gesichtspunkte miteinzubringen, die von denen der Patientin abwichen, womit er die relationale Intentionalität, die zwischen ihnen aufgetaucht war, unterstützt hatte.

Abschließende Überlegungen

Das Konzept einer relationalen Intentionalität, die sich durch die implizite Körpersprache äußert, versucht die relationale und die somatische Dimension in ein integriertes Verständnis einiger Erfahrungen des Patienten im psychotherapeutischen Kontext zu verbinden. Es bietet hiermit eine Zugangsweise zum impliziten präverbalen Beziehungswissen des Patienten und weiter auch zum System von Beziehungsregeln an, die der Patient mit dem Therapeuten in ihrer gegenwärtigen Beziehung ko-konstruiert. Klinisch benutzt kann diese Zugangsweise bedeutende Möglichkeiten der expliziten Bewusstwerdung und der impliziten Reorganisation der Beziehungserwartungen des Patienten und auch der therapeutischen Dyade schaffen. Außerdem kann sie potenziell zum Entstehen neuer Beziehungsformen zwischen beiden beitragen. Wie die zeitgenössische Forschung der Veränderungsmechanismen der Psychotherapie aufgezeigt hat, ist auch einer der grundlegenden Vorgänge, die an einer konstruktiven Veränderung der Persönlichkeit Teil haben, mit der Erweiterung und Wandlung des Beziehungswissens des Patienten verbunden (Stern 1998; Stern et al. 1998).

Die Neuropsychoanalyse hat einem breiten professionellen Publikum die Idee, dass der »körperliche Dialog in der therapeutischen Beziehung« (Keleman

1986) eine Zentraldimension der emotionalen Interaktions- und Kommunikationsprozesse in der Psychotherapie ist, nahegebracht. Schore (2005b), einer der wichtigsten Wortführer der neuropsychoanalytischen Forschung, unterstreicht:

»Die kritischen Elemente der unbewussten, impliziten intersubjektiven Kommunikationen die in affektiv geladenen Bindungstransaktionen eingebettet sind, sind mehr als psychische Inhalte; es sind vielmehr psychobiologische, interaktiv kommunizierte, regulierte und dys-regulierte somatische Vorgänge die die geteilten bewussten und unbewussten emotionalen Zustände vermitteln« (S. 843–844).

Infolgedessen hat sich, im Lichte dieser neuen Befunde, das konzeptuelle Verständnis der impliziten somatischen und relationalen Vorgänge, die in jedem psychotherapeutischen Prozess enthalten sind, in eine zwingende Notwendigkeit verwandelt. Die Körperpsychotherapie verfügt zwar über eine ausgedehnte Ansammlung von klinischen Werkzeugen, um die nonverbale Körpersprache des Patienten zu erkennen, zu beschreiben, zu verstehen und therapeutisch zu nutzen, aber sie ist gerade erst dabei, den gegenwärtig so wichtig gewordenen Akzent auf die große Bedeutsamkeit der Beziehung und Interaktion zwischen Patient und Therapeut zu integrieren. Die von der Neuropsychoanalyse beeinflussten Therapeuten verfügen auf der anderen Seite über ein tiefes Verständnis der impliziten und nicht bewussten Beziehungsvorgänge, die im Rahmen der therapeutischen Beziehung verlaufen, aber es fehlen ihnen systematische Kenntnisse über das, was Boadella (1997a) »Soma-Semantik« nennt – das Wissen um die Bedeutungen, die die Körpersprache ausdrückt. In der vorliegenden Arbeit habe ich versucht, den Beginn eines Brückenschlages zwischen beiden Ansätzen einzuleiten, ein Versuch, der noch in ihren Anfängen steckt, aber sowohl vom klinischen als auch vom theoretischen Blickwinkel vielversprechend erscheint.

Ich werde mit den folgenden Worten von Pally (2001) schließen: Psychotherapeuten »müssen mehr Zeit in einem Bewusstsein der ›Körper-zu-Körper‹-gemeinsam mit den ›Seele-zu-Seele‹-Verbindungen mit ihren Patienten verbringen« (S. 72). Diese Vorgehensweise wird es den Therapeuten ermöglichen, in bedeutender Weise die therapeutische Begegnung zu bereichern und damit tiefere und ganzheitlichere Veränderungsvorgänge zu fördern.

Fazit für die Praxis

Das Konzept der relationalen Intentionalität ermöglicht eine Form beziehungsorientierter psychotherapeutischer Arbeit mit dem Körper im Rahmen der therapeutischen Beziehung. Die Körpersprache des Patienten kann sowohl im Sinne seiner eigenen Beziehungsgeschichte als auch im Sinne der Geschichte der therapeutischen Beziehung verstanden werden. Somit kann eine relationale Sichtweise des Körpers und des Körperausdrucks praktisch umgesetzt werden.

Literatur

- Aron, L. (1999). Afterword. En S. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition* (pp. 265–268). New Jersey: The Analytic Press.
- Aron, L. & Anderson, F. (Eds.) (1998). *Relational Perspectives on the Body*. New Jersey: The Analytic Press.
- Beebe, B. (1998). A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the symposium, »Interventions that effect change in psychotherapy«. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 333–340.
- Beebe, B. (2004). Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues*, 14 (1), 1–51.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beebe, B., Rustin, J., Sorter, D. & Knoblauch, S. (2003). An expanded view of intersubjectivity in infancy and its application to psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 13 (6), 805–841.
- Benjamin, J. (1990). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33–47.
- Boadella, D. (1997a). Embodiment in the therapeutic relationship: Main speech at the first congress of the World Council of Psychotherapy, Vienna, 1–5 July, 1996. *International Journal of Psychotherapy*, 2 (1), 31–45.
- Boadella, D. (1997b). *Biosynthesis: A somatic psychotherapy* [on-line]. Escola de Biossintese do Rio de Janeiro (www.biossintese.psc.br/CommonGround.htm).
- Conger, J. (1994). *The Body in Recovery: Somatic Psychotherapy and the Self*. Berkeley: Frog.
- Cornell, W. (2003). Entering the gestural field: The body in relation. *Energy & Character*, 32, 45–55.
- Darwin, C. (1872). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza Editorial. [The Expression of Emotions in Animals and in Man.]
- Eiden, B. (2002). Application of post-reichian body psychotherapy: A Chiron perspective. En T. Staunton (Ed.), *Body Psychotherapy* (pp. 27–55). East Sussex: Brunner-Routledge.
- Fosshage, J. (2003). Fundamental pathways to change: Illuminating old and creating new relational experience. *International Forum of Psychoanalysis*, 12, 244–251.
- Hauswirth, M. (2004). Die bioenergetische Analyse –eine körperorientierte Psychotherapie. En D. Hoffmann-Axthelm (Ed.), *Mit Leib und Seele –Wege der Körperpsychotherapie* (pp. 61–89). Basel: Schwabe Verlag.
- Jacobs, T. (2001). On unconscious communications and covert enactments: Some reflections on their role in the analytic situation. *Psychoanalytic Inquiry*, 21 (1), 4–23.
- Keleman, S. (1986). *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*. München: Kösel Verlag.
- Kohut, H. (1977). *La restauración del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós. [The Restoration of the Self.]
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: The University of Chicago Press.

- Lewis, R. (2005). The anatomy of empathy. *Bioenergetic Analysis*, 15, 9–31.
- Lowen, A. (1958). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder. [The Language of the Body.]
- Lowen, A. (1975). *Bioenergética*. México: Diana. [Bioenergetics.]
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 282–289.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. En L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2) (pp. 311–349). New Jersey: The Analytic Press.
- Lyons-Ruth, K. (2000). »I sense that you sense that I sense ...«: Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21, 85–98.
- Orbach, S. (2004). The body in clinical practice, part one: There's no such thing as a body. En K. White (Ed.), *Touch: Attachment and the Body* (pp. 17–34). London: Karnac Books.
- Pally, R. (2001). A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21 (1), 71–93.
- Reich, W. (1942). *The Function of the Orgasm: Sex-Economic Problems of Biological Energy*. London: Souvenir Press.
- Reich, W. (1945 [1933]). *Análisis del carácter*. Barcelona: Paidós. [Charakteranalyse.]
- Sassenfeld, A. (2006). El concepto del selfobjeto y el proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self. *Gaceta Universitaria: Temas y controversias en psiquiatría*, 2 (1), 55–60. [Das Konzept des Selbstobjekts und der psychotherapeutische Prozess aus dem Blickwinkel der psychoanalytischen Selbstpsychologie.]
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2003b). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: Norton.
- Schore, A. (2005a). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26 (6), 204–217.
- Schore, A. (2005b). A neuropsychoanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (6), 829–854.
- Smith, E. (1985). *The Body in Psychotherapy*. North Carolina: McFarland & Company.
- Stern, D. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 300–308.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweiler-Stern, N. & Tronick, E. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The »something more« than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903–921.

- Totton, N. (2003). *Body Psychotherapy: An Introduction*. Philadelphia: Open University Press.
- Trevarthen, C. & Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (1), 3–48.
- Wolf, E. (1988). *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.



André Sassenfeld, Klinischer Psychologe und Erwachsenenpsychotherapeut in freier Praxis. Ausbildung in relationaler und intersubjektiver Psychoanalyse, Bindungstheorie in der Erwachsenenpsychotherapie, Neuropsychoanalyse, Körperpsychotherapie und Jung'scher Psychotherapie. MA in Jung'scher Analytischer Psychologie. Universitätsdozent im Ausbildungsbereich klinische Psychologie und Persönlichkeitstheorien.

Adresse: Crisantemos 753 Dpto. 604, Providencia, Santiago

(Chile)

E-Mail: asjorquera@gmail.com

Die körperpsychotherapeutische Perspektive in der Personzentrierten Traumatherapie auf dem Hintergrund des Stern'schen Modells der Selbstentwicklung¹ (Teil 3)

Ernst Kern

Zusammenfassung: Der Aufsatz stellt den Personzentrierten Ansatz in der Traumatherapie vor. Die im Zentrum dieses Ansatzes liegende Orientierung an der Beziehung und am Prozess der Patienten bietet dabei einen idealen Ausgangspunkt für die Behandlung von Traumafolgestörungen an.

Ausgehend von Daniels Sterns Entwicklungspsychologie der Säuglingsforschung werden die Phasen des Selbsterlebens aus einer körperorientierten Perspektive interpretiert und als Grundlage für körperpsychotherapeutische Interventionen in der Traumatherapie herangezogen, die im Praxisteil des Artikels ausführlich vorgestellt werden. Die praktischen Interventionen nehmen Bezug auf den körperorientierten Aufbau von Basis-Sicherheit, die Anspannungsregulierung, traumaspezifische Vitalitätsaffekte, die Invarianten des Kern-Selbst als zentrale Identitätskomponenten sowie den zunehmenden Prozess der Wechselseitigkeit.

Schlüsselwörter: Traumatherapie; Personzentrierte Therapie; Entwicklungspsychologie der Säuglingsforschung; Invarianten des Kern-Selbst; körperpsychotherapeutische Interventionen

Abstract: The essay introduces the approach of client-centred psychotherapy to trauma therapy. It's pivotal orientation on the relationship and the process of the patient provides an ideal base for the treatment of trauma effect disorders. Originating in Daniel Stern's early childhood research the stages of self experience are interpreted from a body focussed perspective and are deployed as a basis for body-focussed psychotherapeutic interventions for trauma treatment, which is comprehensively outlined in the practical part of the article. The applicable interventions refer to the body-oriented establishment of basic security, the self-regulation of

1 Dieser Aufsatz ist eine überarbeitete Fassung eines Beitrags in einem Sammelband zur Personzentrierten Traumatherapie (Kern 2007). Für die freundliche Genehmigung des GwG-Verlags vielen Dank, ebenso für die freundliche und überaus sorgfältige Hilfe bei der Überarbeitung durch Dr. Otto Hofer-Moser, durch die wichtige Aspekte präzisiert werden konnten bzw. neu hinzu gekommen sind. Teil 1 des Beitrags wurde veröffentlicht in *Psychoanalyse und Körper* Nr. 15 (2009, Heft 2, S. 103–116), Teil 2 in *Psychoanalyse und Körper* Nr. 16 (2010, Heft 1, S. 77–94).

tension, trauma-specific affects of vitality, the invariables of the core-self as pivotal components of identity and the incremental process of reciprocity.

Key words: trauma therapy; client centred psychotherapy; developmental psychology of early childhood; invariables of the core-self; body-focussed psychotherapeutic interventions

Resumen: Este trabajo presenta el enfoque centrado en la persona en la terapia del trauma. La orientación hacia la relación y el proceso del paciente que se encuentra en el centro de esta aproximación ofrece un punto ideal de partida para el tratamiento de los trastornos que siguen al trauma. Partiendo de la psicología del desarrollo de Daniel Stern en la investigación de infantes, se interpretan las fases de la experiencia del self desde una perspectiva psicoterapéutica corporal y se utilizan como fundamento para las intervenciones psicoterapéuticas corporales en la terapia del trauma. Estas intervenciones son presentadas con detalle en la parte práctica del artículo. Las intervenciones prácticas refieren a la construcción centrada en el cuerpo de una seguridad basal, a la regulación de la tensión, a los afectos de vitalidad específicos del trauma, a las invariantes del self nuclear como componentes centrales de la identidad, así como al progresivo proceso de la mutualidad.

Palabras clave: terapia de trauma; terapia centrada en la persona; psicología del desarrollo en la investigación de infantes; invariantes del self nuclear; intervenciones psicoterapéuticas corporales

III) 3. Körperorientierte Stabilisierung in der dritten Phase: Nutzen der Motilität, Aufbau von Selbstwirksamkeit, Gemeinsamkeit des Erlebens und Einüben wechselseitiger Empathie

Im Zentrum dieser letzten vorsprachlichen Phase sieht Stern die Entdeckung einer persönlichen Innenwelt, die über Affekt Abstimmung mit anderen geteilt werden kann. Eine große Rolle bei dieser Abstimmung spielen die Vitalitätsaffekte, die so etwas wie die amodale gemeinsame »Währung« in der Interaktion darstellen (Stern 1992, S. 217).

Voraussetzung für die Möglichkeit zur Dezentrierung und zur Einnahme mehrerer Perspektiven ist die Weiterentwicklung der motorischen Funktionen und der Bewegungsfähigkeiten.

III) 3.1. Nutzen der Motilität und Aufbau von Selbstwirksamkeit

Entwicklungspsychologisch fällt in diese Phase also eine deutliche Erweiterung der eigenen Bewegungsmöglichkeiten (krabbeln, laufen lernen), was viel

mehr aktive Möglichkeiten im Bezug auf die Welt und die Mitmenschen eröffnet.

Zum körperpsychotherapeutischen Standardrepertoire gehören Übungsangebote zur körperlichen *Wahrnehmung der eigenen Grenzen* (»was ist die für mich passende Entfernung zu einer Person?«, »wann kommt mir jemand zu nah?«) und zu Möglichkeiten der *Abgrenzung* (»wie kann ich verbal *und* körperlich ein Stopp deutlich machen?«). Damit das für die Patientin möglich ist, muss das Empfinden eines persönlichen Raumes schon vorhanden sein zusammen mit dem Gefühl für individuell und sozial definierte Distanzen (Kern & Tengler 1999).

Eberhard-Kächele (2006) schlägt unter Bezug auf Überlegungen von Kestenberg (1965) zum Bewegungsfluss die Arbeit mit *symbolischen Bewegungsmetaphern* vor, wie sich zu öffnen und zu schließen, sich auszudehnen und zusammenzuziehen, loslassen und festhalten. Unterstützt werden können z. B. Ausdrucksgesten, die anderen Signale geben sowie das aktive Zugehen oder Weggehen auf etwas oder jemanden.

Auf dieser Ebene ist neben explorierendem und improvisierendem Arbeiten auch schon ein stärker *gestaltendes* Vorgehen möglich. Dabei bekommen die Patientinnen die Aufgabe, ein Thema stärker selbst zu strukturieren, damit auch auf Wichtiges zu reduzieren und stärker zu kontrollieren. Die Betonung der eigenen Einflussmöglichkeiten insbesondere bei Interaktionen steigert das Autonomiegefühl. Dieses stärker thematische Arbeiten sollte an eher traumafernen Inhalten geschehen, da es hier weiterhin noch um Stabilisierung geht.

Aus der Sporttherapie hat sich das Angebot komplexerer Bewegungs- und Mannschaftsspiele, wie Hockey, Softball, Tischtennis oder Federball sehr bewährt. Nicht wenige Patientinnen haben früher einmal solche Sportarten erlernt, sie dann aber (in depressiven oder chaotischen Phasen) wieder fallen gelassen. Hier lässt sich das Erleben von Kraft, konstruktiver Aggression (z. B. Tischtennis als »Rück-Schlag-Spiel«) aufbauen. Daneben ist für Mannschaftsspiele eine gemeinsame, überwiegend nonverbale Abstimmung notwendig.

III) 3.2. Gemeinsames Erleben und wechselseitige Empathie auf der Basis der Vitalitätsaffekte

Das Erleben affektiver Gemeinsamkeit entsteht über den Prozess der Gefühlsabstimmung auf der Basis der Vitalitätsaffekte. Im Unterschied zur Phase des auftauchenden Selbst geht es jetzt hinsichtlich dieser Vitalitätsaffekte um das gemeinsame Erleben und wechselseitige Empathie. Beides fundiert das *Gefühl von Zugehörigkeit*, das ein basales Bedürfnis des Menschen darstellt (Stern 1992, S. 208) und das durch traumatische Erfahrungen in aller Regel dauerhaft sehr bedroht ist. Unter dem daraus resultierenden Gefühl von Isolation und tiefer Entfremdung leiden viele Traumapatientinnen, nicht selten ist das auch ein Aus-

löser für Suizidversuche.

III) 3.2.1. *Gemeinsames Erleben über Rhythmus, Raum und Intensität*

Schon in der ersten Phase des Selbst wurde die große Bedeutung von zeitlichen Ordnungsfaktoren, wie sie Rhythmen darstellen, zum Aufbau von Sicherheitserleben angesprochen. Jetzt geht es zusätzlich um das *gemeinsame* Erleben dabei. So kann man beim Klatschen, Gehen oder stampfen gemeinsame Rhythmen entstehen lassen, vor deren Hintergrund dann eigene kleine Gegenrhythmen gesetzt werden können. Viele Tanzformen eignen sich hier zum Ausprobieren, sei es afrikanischer Tanz oder Flamenco (Bohus/Brokuslaus 2006).

Das gemeinsame Erleben des Raumes kann durch interaktionelle Instruktionen gefördert werden, z.B. so durch den Raum zu gehen, dass zu allen anderen möglichst viel Abstand gehalten wird, oder, im Gegenteil, so wenig Distanz wie möglich (ohne jemanden zu berühren).

Die wechselseitige Wahrnehmung von Intensität entsteht z.B. durch das gemeinsame Erleben von Neugier, Spaß, Freude oder Begeisterung. Hier geht es um ein spielerisches Ausprobieren (z.B. Jonglieren, Luftballons, Seifenblasen etc.), um kleine Spiele bis hin zu ausgelassenem Sport (Hallenhockey eignet sich z.B. gut dafür).

In jedem Fall sind Gruppenerfahrungen, sei es beim Körpererleben, beim Sport oder in der Gruppentherapiesituation, sehr förderlich für den Wiederaufbau von Zugehörigkeitserleben.

III) 3.2.2. *Gemeinsames Erleben über Inter-Attentionalität, Inter-Intentionalität und Inter-Affektivität*

Stern beschreibt für das gemeinsame Erleben als wichtigste Erfahrungen das gemeinsame Richten der Aufmerksamkeit (Inter-Attentionalität), das nonverbale Signalisieren von Absichten (Inter-Intentionalität) und die soziale Vergewisserung über gemeinsame Affektzustände (Inter-Affektivität).

Diese Prozesse entstehen in der direkten Therapeut-Klient-Interaktion. Die Begleithaltung beim Focusing, gemeinsam auf das innere Erleben der Patientin zu spüren, beruht viel stärker auf nonverbaler Präsenz als auf Worten. Eine herausragende Bedeutung hat dabei die authentische Antwort des Therapeuten auf die Klienten, sonst entsteht keine Verbesserung der Interaktionskompetenz. Wiederum stellt die Personzentrierte Therapiehaltung, hier mit der Betonung der Kongruenz, eine ausgezeichnete Entwicklungsbedingung dar.

Ein Erfahrungsangebot zum gemeinsamen Erleben von Absichten könnte sein, z.B. um einen symbolischen Gegenstand wie ein Handtuch zu bitten (oder, in einem zweiten Versuch, zu fordern), eine Übung, die ich in der Bioenergetik kennen gelernt habe.

Gemeinsames Erleben von Affektzuständen in Gruppensituationen wurde

weiter oben schon geschildert, z. B. bei Spielen oder bei Angeboten mit spielerischem Ausprobieren.

Auch Erfahrungsangebote mit Berührungen und Körperkontakt bieten viele Möglichkeiten des gemeinsamen Erlebens einer Absicht, eines geteilten Aufmerksamkeitsfokus oder eines Gefühlszustandes, darauf soll in der nächsten Phase näher eingegangen werden.

III) 4. Körperorientierte Stabilisierung in der vierten Phase:
Zwischenmenschlicher Kontakt, Unterstützung von
Vertrauensfähigkeit und Bindung unter Hinzunahme der Sprache

In der vierten Entwicklungsphase werden der Kontakt und die Kommunikation unter Hinzunahme der sprachsymbolischen Fähigkeiten mit anderen Personen wesentlich erweitert und vertieft. Als zentrales Entwicklungsmoment ist Interaktion schon von Beginn der Entwicklung an wirksam. Jetzt erst sind aber durch die vorherigen Schritte die Voraussetzungen für differenzierten psychologischen Kontakt geschaffen, als eine Person, die Bezug zum eigenen Körper gefunden hat, die sich abgrenzen und sich damit auch dem anderen gegenüber öffnen und dies zunehmend sprachlich mitteilen kann.²

Für körperorientierte Psychotherapie bedeutet das, dass Erfahrungsangebote mit dem Fokus Kontakt und Beziehung sehr voraussetzungsreich sind. Wenn sie zu früh im Entwicklungsprozess kommen, blockieren die Patientinnen entweder oder sie verlieren sich in der Interaktion. Insbesondere letzteres kann leicht zu Trauma-Flash-backs führen. In der Praxis hat es sich daher sehr bewährt, Erfahrungsangebote mit einem Fokus auf Körperkontakt erst in einer fortgeschrittenen Phase der Therapie zu bringen.

Praktisch umsetzen lässt sich das Kontakt-Thema auf vielerlei Arten, indem Erfahrungsangebote im Beziehungskontakt gegeben werden.

Auf *körperliche Weise* kann man mit anderen *in Kontakt kommen* z. B. über die Hände, die Füße oder Rücken an Rücken. Die Wahrnehmung wird dabei abwechselnd auf die eigenen Impulse, auf die andere Person und auf die jeweiligen Kontaktstellen geleitet.

»Klassische« Themen der Körperpsychotherapie sind sogenannte *Vertrauensübungen* wie z. B. das Blindführen, bei dem eine Person mit geschlossenen Augen von einer anderen durch den Raum geführt wird. Eine stärkere Umsetzung lässt sich durch eine Übung zum Sich-Anlehnen an eine andere bis hin zum Sich-fallenlassen (dafür reichen schon einige Zentimeter) erreichen.

Auch das Thema Sicherheit lässt sich jetzt mithilfe von *Körperkontakt* vertie-

2 Die Fähigkeit zum psychologischen Kontakt gehört zu den sechs von Rogers unterschiedenen Grundbedingungen für Psychotherapie (Rogers 1957).

fen. Eine mögliche Umsetzung hierzu kann folgendermaßen aussehen: In einem Zweiersetting³ setzt oder legt sich die eine Person hin (Augen können offen oder geschlossen sein, bei der Gefahr von Flash-Backs sollten Augen auf jeden Fall offen gehalten werden) und die andere Person hält für jeweils zwei Minuten die Hand und den Fuß (alternativ das Knie oder die andere Hand). Die Patientin, die gehalten wird, achtet dabei auf Körperempfindungen und Gefühle. In der Nachbesprechung wird exploriert, ob es für die Person so etwas wie eine gute und sichere Berührung gibt, inwieweit Geborgenheit erlebt werden kann bzw. welche Empfindungen und evtl. dahinter liegende Erfahrungen dagegen standen.

Wichtig bei solchen, möglicherweise sehr konfrontierenden Erfahrungsangeboten ist, wie schon mehrfach erwähnt, dass die Klientinnen so weit wie möglich die Kontrolle über die Situation behalten können, z. B. ob sie sitzen und die Augen auf behalten wollen, und dass sie die Übung jederzeit abbrechen können. Weiterhin ist die klare Zeitbegrenzung der Kontaktsituation für das Sich-Einlassen-Können sehr wichtig.

Das Thema Kontakt und Kommunikation lässt sich natürlich auch ohne körperliche Berührung umsetzen, z. B. in kleinen Rollenspielen, wie etwas abzulehnen, um etwas zu bitten, mit Worten um etwas zu kämpfen usf.

Es gibt körperorientierte traumatherapeutische Ansätze, die konkrete Berührung ganz ausklammern, wie z. B. Rothschild (2002). Das geschieht zum Teil aus Vorsicht und aus ethischen Überlegungen, aber auch aus länderspezifischen haftungsrechtlichen Gründen.

Körperliche Berührung ist für Entwicklung unbedingt notwendig, daher gibt es m. E. auch aus ethischer Hinsicht gute Gründe, sie *gerade nicht* aus der Therapie völlig auszuklammern.⁴ Die Rückmeldungen vieler Patientinnen gehen auch in diese Richtung, dass solche Erfahrungsangebote zwar sehr schwierig, aber auch besonders wichtig sind. Zu beachten sind auf jeden Fall die genannten Vorsichtsmaßnahmen, weiterhin die Notwendigkeit eines gestuften Aufbaus.

Im Sinne des *verbalen Selbst* ist bei all diesen Vorschlägen die differenzierte sprachsymbolische Benennung der dabei gemachten Körperempfindungs-, Gefühls- und Beziehungserfahrungen ein ganz wichtiger Aspekt. In der Regel wird der Therapeut auch in einer körperpsychotherapeutischen Stunde den größeren Teil der Zeit dafür aufwenden, der Klientin zu helfen Worte für ihre körperbezogenen Erfahrungen zu finden. Das kann auch als ein wichtiges Training für

3 Partnerübungen sind für Patientinnen mit Traumaerfahrungen am leichtesten in einem Gruppensetting mit Mitpatientinnen durchzuführen. Bei guter therapeutischer Beziehung gehen sie aber mit Abwandlungen oft auch in der Einzeltherapiesituation.

4 »Je mehr ein Mensch traumatisiert sei, desto mehr sei es unverzichtbar, in dessen Therapie auch haltgebende, nichttraumatisierende Berührungen mit einzubeziehen«, zitieren v. Arnim, Müller-Braunschweig und Joraschky (2006, S. 421) Stern aus einem Interview in *Psychologie Heute*.

das Broca-Areal angesehen werden als weitere Voraussetzung, ein kohärentes narratives Selbst entwickeln zu können.

Eine große Chance körperpsychotherapeutischer Vorgehensweisen besteht darin, der von Stern angesprochene Schattenseite der Sprache, die Person von ihrem ursprünglichen Erleben zu entfremden, durch die Verbindung von Erfahrung und Sprache zumindest ein Stück weit entgegen zu wirken. Das Modell des Focusing, mit der Grundidee eines Hin- und Herpendelns zwischen innerem ganzheitlich-atmosphärischem Erleben, das körperlich spürbar ist, und dem Finden von (sprachlichen) Symbolisierungen dafür, versucht genau diese Brücke zu schlagen.

III) 5. Körperorientierte Unterstützung der Durcharbeitung in der fünften Phase: Integration der Traumaerinnerung in das narrative Selbst

Das *narrative Selbst* integriert die vergangenen und gegenwärtigen Erlebnisse der Person mit ihrem Selbstbild und ihrer Biografie als Grundlage eines klaren Identitätsgefühls.

Die zunehmenden Erkenntnisse der Neurobiologie über Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktion weisen auf die besondere Art der Informationsverarbeitung in überwältigenden und extrem bedrohlichen Situationen hin (van der Kolk, MacFarlane & Weisaeth 1996). In solchen Überlebensmomenten wird die ankommende Information durch die Hippocampushemmung weitgehend fragmentarisch nur im impliziten Gedächtnismodus gespeichert (Hofmann 2005). Die Erinnerungen bleiben in den einzelnen Kanälen der Sinnesmodalitäten und in ihrer Bedeutungsbildung stecken und sind so nicht als ganzheitliches Ereignis integrierbar.⁵ So gut wie alle traumatherapeutischen Ansätze sind sich daher darin einig, dass die Möglichkeit, traumatische Erinnerungen wieder ganzheitlich als Episode erleben zu können, den Heilungsprozess enorm unterstützen kann. Daraus entstanden eine ganze Reihe sogenannter *Konfrontations-* bzw. *Durcharbeitungsverfahren*. Mit am bekanntesten geworden sind die Beobachter- und die Bildschirmtechnik (z.B. Reddemann 2001) und das EMDR (Hofmann 2005).

Von allen seriösen Durcharbeitungsverfahren wird die Notwendigkeit einer vorangegangenen Stabilisierung und Vermittlung entsprechender Möglichkeiten der Selbstberuhigung und Gefühlsregulation betont. Der größere Teil der Patientinnen bleibt bei dieser Phase. Reddemann gibt an, dass in ihren Behandlungen

⁵ Das sogenannte SIBAM-Modell (Levine 1998) bezieht sich auf: Körperempfindungen (Sensations), innere Bilder (Images), Verhalten (Behavior), Affekte (Affects) und Gedanken/Bedeutung (Meaning). Ähnlich sieht es das BASK-Modell (vgl. Reddemann 2004).

von komplex traumatisierten Menschen (für Monotraumen gilt das in der Regel nicht) nur bei etwa 40% der Patientinnen auch die Durcharbeitungsphase angezeigt ist. Viele positive Therapieverläufe kommen also auch ohne eine *explizite* Traumakonfrontation aus, denn nicht selten gibt eine erfolgreiche Stabilisierung schon genügend Entwicklungsschwung, um eine Art Durchstarten ins Leben nach vorne zu ermöglichen. Aus neurobiologischer Sicht kommt die integrierende Hippocampusfunktion in dem Maße von selbst wieder in Gange, in dem es gelingt, die persistierende Übererregung der Amygdala über präfrontale Cortexhemmung zu verringern.

Das hier vorgestellte Entwicklungsmodell unterstützt weitgehend diese Sichtweise und eben nicht den therapeutischen Ehrgeiz, eine möglichst »vollständige« Traumatherapie bewerkstelligen zu können. Es geht davon aus, dass im Entwicklungsverlauf in irgendeiner Form eine Adaptation der Traumaerfahrungen bereits stattfindet. Die ersten vier Phasen bauen sichernde und stabilisierende Bedingungen auf, damit die Integration der Traumaerinnerungen in das narrative Selbst nachträglich möglich wird. Das Modell weist ja auch auf die Überlappung und spätere Gleichzeitigkeit der Phasen hin, die bei Erwachsenen nach einer *Art Vordergrund-Hintergrund-Prinzip* gesehen werden kann. Die Traumaintegration kann daher explizit erfolgen, sie kann aber auch im Hintergrund stattfinden.

Meinem Eindruck nach finden in der Arbeit mit PTBS immer wieder zumindest implizite, d. h. nicht in der Therapiesituation gezielt herbeigeführte Durcharbeitungen von Erinnerungen statt, das narrative Selbst startet immer wieder neue Anläufe einer Aneignung der Erfahrungen. Nichtsdestotrotz ist es natürlich sehr sinnvoll, sich mit den Grundprinzipien der Durcharbeitungssituation zu beschäftigen, da man so oder so damit zu tun haben wird.

III) 5.1. Das Prinzip des dualen Gewährseins

Die große Gefahr bei Traumaerinnerungen, die ja mit einer großen Wirkkraft aufkommen, (»so als wäre es eben wieder geschehen«), ist die der Retraumatisierung. D. h. die Patientin geht völlig im Traumageschehen auf und verliert den Kontakt zur gegenwärtigen Situation. Für einen Teil der komplex traumatisierten Menschen bleibt nach Reddemann ein lebenslanges Stabilisieren *die* Traumatherapie schlechthin, da jede Form der expliziten Traumabearbeitung oder gar -konfrontation diese Gefahr heraufbeschwört.

Zur Verhinderung einer solchen Retraumatisierung ist es daher unbedingt notwendig, dass die Patientin gleichzeitig, bzw. relativ rasch oszillierend mit der belastenden Erinnerung den Kontakt zu einer sie sichernden und haltenden gegenwärtigen Umgebung aufrechterhält. Dieses Prinzip des *dualen Gewährseins* (Rothschild 2002, S. 190), der *bifokalen Aufmerksamkeit* (Hoffmann 2005), bzw. das *bipolare Prinzip* (Plassmann 2007) ist die Grundlage jeder konstruktiven Traumadurcharbeitung.

Aus personzentrierter Sicht hieße das, wenn eine Klientin an Traumaerinnerungen kommt, begleite ich sie unter Berücksichtigung dieses dualen Prinzips. Insbesondere die empathische, annehmende und präsenzte therapeutische Beziehung ist dabei der sicherste Ort für die Klientin.

Aus Personzentrierter ganzheitlich-körperorientierter Perspektive gibt es keinen Grund, für diese Situation eine Modalität vor anderen zu bevorzugen. So gibt es, wie schon angeführt, etliche Patientinnen, die mit Imaginationen große Mühe haben und daher mit hauptsächlich auf inneren Bildern aufgebauten Verfahren nicht gut zurechtkommen.

Ich selbst arbeite für eine gezielte Erinnerungsarbeit gerne phasenweise mit EMDR, da es alle Modalitäten anspricht und eine klare und Halt gebende Struktur vorgibt. Als ebenfalls prozessorientiertes Verfahren vertraut es ähnlich wie die Personzentrierte Therapie auf die Selbstorganisationskraft (in diesem Fall der Informationsverarbeitungsfähigkeit) einer Person. Damit lassen sich aber viele körperorientierte Vorgehensweisen kombinieren. Trautmann-Voigt und Voigt (2007b, S. 112) fordern sogar für EMDR die systematische Berücksichtigung des komplexen Körper-Fühl-Prozesses und affekt-motorischen Geschehens. Mit einigen Patientinnen habe ich auch nur mit solchen körperpsychotherapeutischen Verfahren gearbeitet, andere kamen wunderbar mit der Beobachter- und Bildschirmtechnik zurecht.

Das »Umerzählen« der Traumaszene in Richtung eines positiven Ausgangs, wie es manche narrative oder hypnotherapeutische Ansätze vorschlagen, kann helfen, sollte m.E. aber eher zurückhaltend verwendet werden. Viel wichtiger ist die bindungsunterstützte Anerkennung und radikale Akzeptanz des Trauma-geschehens.⁶

Im Folgenden stelle ich einige körperorientierte Möglichkeiten der Durcharbeitung vor, die ich schon öfters hilfreich einsetzen konnte sowohl beim vorher geplanten Einsatz als insbesondere auch beim spontanen Aufkommen von Traumaerinnerungen.

III) 5.2. Der Körper als Ressource

Rothschild schlägt basierend auf dem Prinzip des dualen Gewahrseins ein Vorgehen vor, bei dem die Klientin während einer Traumaerinnerung immer wieder in Kontakt mit einer körperlichen Ressource gebracht wird.

Personzentriert gesehen kann diese Ressource je nach Patientin ganz verschie-

⁶ Ähnlich dazu die Position von Eberhard-Kächele (2006): »Wir sind der Überzeugung, dass die Unveränderbarkeit und Entsetzlichkeit der traumatischen Geschichte und die Tatsache, das der Patient das tat, was ihm zu der Zeit möglich war, anerkannt werden müssen. Es ist diese Bestätigung, und nicht die Korrektur der Szene, die die negativen Konnotationen des Patienten über sich selbst positiv zu transformieren vermag« (S. 498).

den sein, wobei sich aus körperpsychotherapeutischer Erfahrung bestimmte Bereiche besonders anbieten:

Atmung

Baranovsky, Gentry & Schulz (2005) schlagen folgendes Vorgehen für eine körpergestützte Traumadurcharbeitung vor: Zunächst wird mit der Patientin ausführlich das *tiefe Atmen* eingeübt, das fördert zum einen den Körperbezug, zum anderen ist es eine gute Möglichkeit sich selbst zu beruhigen. Dieses tiefe Atmen stellt dann für die Traumabearbeitung die zentrale Ressource dar. Die Patientin geht dann in die Traumaerinnerung, während der sie jedoch immer wieder auf das tiefe Atmen zurückgeführt wird, bis sich der Erregungspegel jeweils etwas gesenkt hat⁷. Die Autoren verstehen das als ein Vorgehen auf verschiedenen Schichten (Trauma und Ressource, Vergangenheit und Gegenwart) gleichzeitig, die sich überlagern und überlappen (»Layering«).

Selbst wenn man sich nicht ausschließlich auf das Atmen verlassen möchte, ist der Bezug auf ein tieferes Atmen auch bei anderen Traumabearbeitungstechniken oft sinnvoll. Es gibt sogar Vermutungen, dass das vertiefte Atmen auch beim EMDR eine wichtige Rolle spielt.

Bewegung und Laufen

Bewegung ist eine weitere Möglichkeit, unter Bezug auf eine starke Ressource eine Traumaerinnerung durchzugehen. Dabei bietet sich insbesondere *Laufen* (oder auch Walken) an, da es die Erstarrung der Traumasituation durchbrechen hilft und die Aufmerksamkeit auf einen Basisrhythmus des Körpers lenkt.

Mit einer Patientin, die mehrmals die Woche laufen ging, konnte ich das sehr hilfreich einsetzen. Bei ihr kam während einer Stunde spontan eine Flut schlimmer Bilder über einen sexuellen Missbrauch mit ca. neun Jahren, von dem sie noch nie jemandem erzählen konnte. Während der Stunde haben wir immer wieder unterbrochen, sind aufgestanden und haben das Laufen körperlich simuliert und in der Vorstellung (Waldboden, Geräusche, Gefühl unter den Fußsohlen beim Laufen) verstärkt. So war es ihr möglich, nicht wie sonst zu dissoziieren sondern bei der Erinnerung zu bleiben, darüber zu sprechen und den Kontakt zur Gegenwart und zur sicheren Situation in der Therapie zu halten.

Laufen, bzw. Walking könnte man auch als bilaterale Stimulation zur Erleichterung des Verarbeitungsprozesses im Sinne des EMDR ansehen. Zumindest ist es das explizit dann, wenn man beispielsweise der Patientin vorschlägt vor Beginn des Laufens kurz auf belastendes Material zu fokussieren, dann eine Weile zu laufen, kurz stehen zu bleiben und nicht wertend zu registrieren, was dazu eventuell noch auftaucht und wieder weiter zu laufen. Am Ende steht das Fokussieren auf eine gute Körperressource oder eine andere Ressourcenübung.

7 Ähnlich vermittelt es Downing in seiner körperpsychotherapeutischen Ausbildung.

Das sollte allerdings in therapeutischer Begleitung geschehen, zumindest solange die Patientin noch nicht sehr weit fortgeschritten in der Stabilisierung und Traumabearbeitung ist.

Raum und Bewegung

Eine gut ausgearbeitete Variante der Traumabearbeitung unter Nutzung von Raum und Bewegung wird aus der Richtung der konzentrativen Bewegungstherapie vorgestellt (Schmitz 2004). Dabei wird zunächst mit der Klientin im Raum (der dafür etwas größer sein sollte) ein Bereich abgeteilt, der dem Trauma gelten soll, und ein anderer, der für die Ressourcen, Sicherheit und gutes Empfinden da ist. Die Bereiche werden konkret abgegrenzt und mit Gegenständen symbolisch markiert. Dann erfolgt ein gestuftes Vorgehen, bei dem zunächst gelernt wird, den Weg zur Traumaerinnerung *in beide Richtungen gehen zu lernen*. Das stärkt das Selbstwirksamkeitserleben und hilft Steuerungsmöglichkeiten zu verankern. Daraufhin kommt es zum *kontrollierten Pendeln* zwischen den beiden Welten, wobei alle Modalitäten (Atmung, Gehen, Laufen, innere Bilder) genutzt werden, um den Kontakt zur Gegenwart zu sichern.

Die Körpererinnerung zeigt oft, welche Bewegungsimpulse in der traumatischen Situation unterdrückt werden mussten. Das kann als eine Richtschnur dienen und als Entwicklungsaufgabe angegangen werden (Eberhard-Kächele 2006).

III) 5.3. Körperhaltung und innerer guter Ort

Weitere Ressourcen können ein *guter Ort im Körper* oder eine *sichere und erwachsene Körperhaltung* sein (Baranovsky et al. 2005). Als Hauptbezugspunkt während einer Traumaerinnerung könnten sie allerdings nicht kräftig genug sein, Bewegung, Atmung, Verräumlichung scheinen mir da noch mehr Halt zu geben. Aber als zusätzliche Unterstützung können sowohl Körperhaltung als auch ein Wohlbefinden im Körper, wenn sie imaginativ vertieft und verankert werden (z.B. durch langsame bilaterale Stimulation aus dem EMDR, Hoffmann 2005), eine große Hilfe sein.

III) 5.4. Imaginative Verfahren

Aus der Logik einer ganzheitlich-körperorientierten Perspektive ordnen sich schwerpunktmäßig imaginative Durcharbeitungsverfahren ganz natürlich in das Spektrum der Möglichkeiten der Körperdimensionen und Sinneskanäle ein. Diese sind bei Reddemann (2001, 2004) sehr gut beschrieben.

EMDR hätte in dieser Ordnung einen Sonderstatus, da es gezielt neurobiologische Mechanismen einsetzt, ansonsten aber alle Modalitäten (Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen) anspricht. Überhaupt wird jede erfolgreiche Traumadurcharbeitung mehrdimensional sein, wobei der Schwer-

punkt des Verfahrens je unterschiedlich gewählt sein kann, wie wir gesehen haben.

Personenzentriert gesehen halte ich es für sehr günstig, mehrere Möglichkeiten des Umgang mit Traumaerinnerungen anbieten zu können, je nach Stärken der Klientin und je nach der Art, wie sich das Trauma primär zeigt (bei manchen gibt es z.B. zunächst nur einen schlimmen Geruch oder nur ein isoliertes ekliges Körpergefühl als Trigger).

III) 6. Körperorientierte Unterstützung der Integrationsphase

Nach erfolgter Stabilisierung und (bei einem Teil der Patientinnen auch möglicher bzw. nötiger) Durcharbeitung folgt die Zeit des Betrauens des Geschehens, der Integration und der Neuorientierung.

Diese sehr wichtige Integrationsphase ist in der Regel ein längerer Prozess, der meist in längerfristigen ambulanten Einzeltherapien begleitet wird. Hier spielen traumaspezifische Vorgehensweisen keine so zentrale Rolle mehr, es soll daher an dieser Stelle nur kurz auf die Möglichkeiten einer körperorientierten Unterstützung auch in dieser Verarbeitungsphase hingewiesen werden.

Auch Abschieds- und Trauerprozesse können »verkörpert« werden und der Prozess, mit sich selbst Frieden zu schließen, kann über einen Zugang zum Strom der körperlichen Erfahrung und ein Anspüren des Felt Sense sehr gefördert werden.

Die Verankerung in der Gegenwart stützt sich immer auf eine verstärkte Achtsamkeit nach Außen und nach Innen, und der Träger der Achtsamkeit genau wie des affektiven Erlebens ist immer der Körper (Kern 2007a).

IV) Diskussion und Ausblick

Eine Personenzentrierte Körperpsychotherapie betont die ursprüngliche Erfahrung des Selbst als Basis der Selbstwerdung. Diese Erfahrung ist organismisch in der Selbstregulation verankert (Rogers) und sie ist körperlich spürbar (Gendlin). Die Therapieziele einer Personenzentrierten Traumatherapie betonen daher die essentielle Wichtigkeit der Wiederherstellung des Bezugs zum eigenen Erlebensprozess und zu den primären Emotionen (Greenberg).

Psychotherapie ist Entwicklungsarbeit. Als Theorie der Entwicklung des Selbst-*Erlebens* lässt sich Daniel Sterns Modell mühelos mit dem Personenzentrierten Ansatz verbinden. Dass sich daraus fruchtbare klinische Konzepte für eine störungsspezifische Körperpsychotherapie von Traumafolgestörungen aufbauen lassen, sollte dieser Aufsatz zeigen.

Meiner Überzeugung nach bietet die Personenzentrierte Sicht besondere Mög-

lichkeiten für »phänomen-nahe« Verstehensweisen und deren therapeutische Anwendung. Eine solche Sicht wurde in diesem Aufsatz für die Arbeit mit schweren Posttraumatischen Erlebens- und Verarbeitungsweisen angelegt, mit besonderem Schwerpunkt auf der Körperorientierung.

Bei allen hier aus didaktischen Gründen manchmal eher übungsnah gegebenen Beschreibungen⁸ steht im Mittelpunkt der Personzentrierten Therapie immer die Empathie »Von-Augenblick-zu-Augenblick«, die ganze Person, ihre Autonomie und ihr Selbsterleben (Litaer 2007, S. 6). Der innere Bezugsrahmen der Klientinnen hat im Zweifelsfall immer den Vorrang, äußere Vorgaben können angeboten werden, müssen dann in einem gemeinsamen Suchprozess exploriert werden. Dabei hat der gegenwärtige Prozess (z. B. dass die Klientin ein Angebot nicht annimmt) immer Priorität vor vorgegebenen Zielvorstellungen.

Durch diese Schwerpunkte auf Bindung, Verstehen und nicht-bewertender Akzeptanz ist die Personzentrierte Psychotherapie besonders gut geeignet für die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen (Claas 2007; Gahleitner 2004).

Aus dieser Haltung heraus ist es hilfreich als Therapeuten über ein breites Spektrum an Möglichkeiten zu verfügen, um unseren Klienten auf vielen Wegen begegnen zu können, was auf völlig selbstverständliche Weise zur Konzeption einer ganzheitlich-körperorientierten Psychotherapie führt.

Im Personzentrierten Ansatz gibt es die Angst vor einem wilden Eklektizismus, hinter dem die Identität des eigentlich vertretenen Verfahrens zu verschwinden droht. Viele Autoren betonen aber auch die Notwendigkeit einer Öffnung und Weiterentwicklung, wofür die »vielen Gesichter des Personzentrierten Ansatzes« (Keil/Stumm 2002; Litaer 2007) ein ausgezeichnetes fruchtbares Feld bieten.

Gerade die Diskussion in der Körperpsychotherapie der letzten 15 Jahre bietet eine Chance der fruchtbaren Anregung und Begegnung der verschiedenen Therapieansätze bei gleichzeitiger Beibehaltung und Schärfung der eigenen Identität. Dabei kann die Entwicklungspsychologie der Säuglingsforschung für die psychoanalytische Körperpsychotherapie genauso als Bezugspunkt und »Katalysator« für neue Sichtweisen dienen (z. B. Geißler et al. 2007), wie ich es hier für den Personzentrierten Ansatz zu zeigen versucht habe. Hier öffnet sich ein Feld gemeinsamer Diskussion jenseits alter Grabenkriege und Schulenstreitigkeiten. Die Praxis kümmert sich sowieso weniger um Ideologien als um das, was unseren Patienten hilft, wie die Vielzahl von hilfreichen Interventionen aus ganz verschiedenen Therapieansätzen, (die ich hier unter einer entwicklungsorientiert-personenzentrierten Perspektive zusammengetragen habe) zeigt.

8 Um den Umfang nicht zu sprengen konnten keine ausführlicheren Fallbeispiele gegeben werden, hierfür siehe Kern (2002) und Kern (2007).

Fazit für die Praxis

Ebenso sehr, wie wir lernen müssen, die Hilflosigkeit der Patientinnen aus der Traumasituation anzuerkennen und zusammen mit ihnen auszuhalten, sind wir daneben auch aufgefordert, wirksame und hilfreiche Möglichkeiten der Psychotherapie (auch von jeweils anderen Verfahren als der eigenen Ausbildungsrichtung) zu lernen und in die eigene therapeutische Perspektive zu integrieren. Dass diese Integration theoretisch möglich ist und praktisch fruchtbar sein kann, dafür plädiere ich in diesem Aufsatz. Am Einbezug von Körperpsychotherapie geht dabei m.E. kein Weg vorbei.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006): Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In: Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Höger, D. (Hg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Springer (Heidelberg), S. 73–92.
- Bohus, M., Brokuslaus, I. (2006): Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie für Borderline-Störungen. In: Rimmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B. (Hg.). Handbuch Körper und Persönlichkeit. Schattauer (Stuttgart), S. 272–284.
- Baranovsky, A., Gentry, E., Schultz, D. (2005): Trauma Practice. Hogrefe (Göttingen).
- Buber, M. (1958): Ich und Du. Reclam (Stuttgart).
- Claas, P. (2007): Brauchen wir eine »Traumatherapie« oder brauchen wir eine Personzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten? In: GwG (Hg.): Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten. GwG-Verlag (Köln), S. 10–46.
- Damasio, A. (2002): Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. Ullstein (München).
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Fischer (Frankfurt/M.).
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel (München).
- Eberhard-Kächele, M. (2006): Wie das Kaninchen vor der Schlange. Körper- und Bewegungsinterventionen bei traumatisierten Menschen. In: Wöller, W. (Hg.): Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Schattauer (Stuttgart), S. 483–502.
- Gahleitner, S. (2005): Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. Reinhardt (München).
- Geißler, C., Geißler, P., Hofer-Moser, O. (Hg.): Körper, Imagination und Beziehung in der Traumatherapie. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Gendlin, E. (1981): Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Otto Müller (Salzburg).
- Gendlin, E. (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie – Ein Handbuch der erfahrungsgeliteten Methode. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Gendlin, E., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Hogrefe (München).

- Geuter, U. (2006): Die Geschichte der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G., Weiss, H. (Hg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer (Stuttgart). S. 17–32.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Hogrefe (Göttingen).
- Greenberg, L., Rice, L., Elliott, R. (2003): Emotionale Veränderungen fördern: Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie. Junfermann (Paderborn).
- Greenberg, L. (2006): Emotionsfokussierte Therapie. DGVT (Tübingen).
- Gugutzer, R. (2002): Leib, Körper, Identität. Westdeutscher Verlag (Wiesbaden).
- Heidenreich, T., Michalak, J. (Hg.): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. DGVT (Tübingen).
- Heinert, K. (2007): Das Trauma der frühen Störung. In: GwG (Hg.): Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten. GwG-Verlag (Köln).
- Hochauf, R. (2004): Körpererfahrung im Trauma. Psychoanalyse & Körper Nr. 5, S. 61–101.
- Hofmann, A. (2005): EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome. 3. Aufl. Thieme (Stuttgart).
- Huber, M. (2005): Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Junfermann (Paderborn).
- Joraschky, P., Pöhlmann, K. (2005): Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch auf Selbstwert und Körperbild. In: Egle, U., Hoffmann, S., Joraschky, P. (Hg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3. Aufl. Schattauer (Stuttgart). S. 194–207.
- Kern, E., Tengler, M. (1999): Tanztherapie mit traumatisierten Patientinnen. In: Jahrreiss, R. (Hg.): Über das Leiden an der versteckten Wunde. Moderne Traumatherapie aus verschiedenen Perspektiven. Westfälische Verlagsdruckerei (St. Ingbert), S. 113–132.
- Kern, E. (2002): Wege aus Verlassenheit und Selbstentfremdung: Körperorientierte personzentrierte Psychotherapie bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 59, 5, S. 201–209.
- Kern, E. (2004): Die Hölle, das sind die Anderen!? Personzentrierte Gruppenpsychotherapie bei PatientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 35, S. 177–192.
- Kern, E. (2005): Stationäre körperorientierte Psychotherapie bei psychogenen Essstörungen mit Adipositas per magna. In: Vogelgesang, M., Schuhler, P., Zielke, M. (Hg.): Essstörungen. Klinische Behandlungskonzepte und praktische Erfahrungen. Pabst (Lengerich), S. 120–136.
- Kern, E. (2006a). Körperorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. In: Schuhler, P., Vogelgesang, M. (Hg.): Psychotherapie der Sucht. Pabst (Lengerich), S. 85–105.
- Kern, E. (2006b): Körperorientierte Psychotherapie bei pathologischen Glücksspielern mit schweren Persönlichkeitsstörungen. In: Füchtenschnieder, I., Petry, H., Horstmann, M. (Hg.): Glücksspielsucht heute. Neuland (Geesthacht), S. 20–42.
- Kern, E. (2007a): Achtsamkeit und Körperpsychotherapie. Man sieht nur mit dem Herzen gut. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 38.
- Kern, E. (2007b): Die körperpsychotherapeutische Perspektive in der Personzentrierten

- Traumatherapie. In: GwG (Hg.): Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten. GwG-Verlag (Köln), S. 152–197.
- Keil, W., Stumm, G. (Hg.) (2002): Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. Springer (Wien).
- Kestenberg, J. (1965): The role of movement patterns in development. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, S. 1–36 u. S. 517–563.
- Klein, P. (1993): Tanztherapie. Ein Weg zum ganzheitlichen Sein. Pfeiffer (München).
- Koll, R. (1988): Grundkurs Bioenergetik. Goldmann (München).
- Korbei, L. (2002): Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/Personzentrierte Psychotherapie. Perspektive 1: Der einbezogene Körper. In: Keil, W., Stumm, G. (Hg.): (2002). Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. Springer (Wien). S. 377–390.
- Krause, R. (2006): Emotionen, Gefühle, Affekte. Ihre Bedeutung für die seelische Regulierung. In: Rimmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B. (Hg.): Handbuch Körper und Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer (Stuttgart). S. 22–44.
- Kuntz, H. (2000): Der rote Faden in der Sucht. Beltz (Weinheim).
- Lowen, A. (1988). Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. Kösel (München).
- Levine, P., Frederick, A. (1998): Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Synthesis (Essen).
- Linehan, M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien (München).
- Litaer, G. (2007): Im Dialog mit anderen Paradigmen. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 38, S. 5–6.
- Lux, M. (2007): Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften. Reinhardt (München).
- Marlock, G., Weiss, H. (2006): Einführung. Das Spektrum der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G., Weiss, H. (Hg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer (Stuttgart). S. 1–16.
- Plassmann, R. (2007): Die Kunst des Lassens. Psychotherapie mit EMDR für Erwachsene und Kinder. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer bei Klett-Cotta Stuttgart).
- Reddemann, L. (2004): Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie. Das Manual. Pfeiffer bei Klett-Cotta (Stuttgart).
- Reddemann, L., Dehner-Rau, C. (2005): Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Trias (Stuttgart).
- Reinert, T. (2007): Die Borderline-Pathologie als Ausdruck einer atmosphärischen Traumatisierung in der Kindheit. In: Geißler, C., Geißler, P., Hofer-Moser, O. (Hg.): Körper, Imagination und Beziehung in der Traumatherapie. Psychosozial-Verlag (Gießen), S. 45–61.
- Resch, F., Brunner, R. (2004): Dissoziative Mechanismen und Persönlichkeitsentwicklung. In: Eckhard-Henn, A., Hoffmann, S. (Hg.): Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Schattauer (Stuttgart). S. 74–93.
- Rogers, C. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 4, S. 199–203.

- Röhricht, F. (2000): Körperorientierte Psychotherapie bei psychischen Störungen. Hogrefe (Göttingen).
- Rothschild, B. (2002): Der Körper erinnert sich. Synthesis (Essen).
- Schmid, P. (2002): Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In: Keil, W., Stumm, G. (Hg.). (2002): Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. Springer (Wien), S. 65–95.
- Schmitz, U. (2004): Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung. Ein handlungsorientierter Ansatz. Vandenhoeck & Rupprecht (Göttingen).
- Schubbe, O. (2004): Traumatherapie mit EMDR. Vandenhoeck & Rupprecht (Göttingen).
- Stern, D.N. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Stern, D.N. (1998): »Now-Moments«, implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (Hg.): Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie. Brandes & Aspel (Frankfurt/M.). S. 82–96.
- Stern, D. (2005): Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Brandes & Aspel (Frankfurt/M.).
- Teichmann-Wirth, T. (2002): Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/ Personzentrierte Psychotherapie. Perspektive 2: Der einzubeziehende Körper. In: Keil, W., Stumm, G. (Hg.). (2002): Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. Springer (Wien), S. 391–410.
- Van der Kolk, B. (2006): Geleitwort II. In: Marlock, G., Weiss, H. (Hg.). Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer (Stuttgart). S. VII–XII.
- Van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (Eds.) (1996): Traumatic Stress. Guilford (New York).
- Vogelgesang, M. (1999): Ausgewählte therapeutische Interventionen bei Posttraumatischer Belastungsstörung. In: Jahrreiss, R. (Hg.): Über das Leiden an der versteckten Wunde. Moderne Traumatherapie aus verschiedenen Perspektiven. Westfälische Verlagsdruckerei (St. Ingbert), S. 9–22.
- Von Arnim, A., Müller-Braunschweig, H., Joraschky, P. (2006): Körperbezogene Psychotherapie-Verfahren bei traumatisierten Menschen. In: Rimmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B. (Hg.): Handbuch Körper und Persönlichkeit. Schattauer (Stuttgart), S. 401–426.
- Winnicott, D. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler (München).
- Wöller, W. (2006): Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Schattauer (Stuttgart).



Ernst Kern, Dipl.-Psych. Dr. phil., psychologischer Psychotherapeut, Gesprächspsychotherapeut, Klientenzentrierter Körperpsychotherapeut (GFK), Ausbildungen u. a. in Focusing, Tanztherapie und Traumatherapie (EMDR).
Adresse: Psychiatrische Klinik Sonnenberg, D-66119 Saarbrücken, Sonnenbergstraße 10
E-Mail: e.kern@sb.shg-kliniken.de

Interview mit André J. Sassenfeld, befragt von Peter Geißler (Teil 1)

PG: Herr Sassenfeld, wie ich erst seit ganz kurzer Zeit weiß, gibt es in Chile eine kleine Gruppe von Psychotherapeuten, die sich anscheinend einem ähnlichen Projekt verschrieben haben wie der »Steißlinger Kreis« in Deutschland und der »AKP« in Österreich. Würden Sie mir bitte etwas zu dieser Arbeitsgruppe erzählen? Wie ist sie entstanden? Seit wann gibt es sie? Wer sind die beteiligten Personen? Welche Ziele verfolgen sie? Steht Ihre Gruppe in Austausch mit Gruppierungen ähnlicher Interessen in anderen Ländern?

AS: Gut. Also, es gibt eine kleine Gruppe, an der ich selber teilnehme. Wir sind zu dritt: Marcela Araneda, klinische Psychologin, Erwachsenenpsychotherapeutin, analytische Gruppenpsychotherapeutin und klinische Supervisorin; Leila Jorquera, klinische Psychologin und Psychotherapeutin, die sich, obwohl sie weiter mit Erwachsenen arbeitet, auf das emergente Feld des *infant mental health* spezialisiert hat und daher auch mit Babys und Müttern therapeutisch arbeitet; und André Sassenfeld, klinischer Psychologe, Erwachsenenpsychotherapeut und klinischer Supervisor. Ich sage nachher noch Weiteres zu meiner eigenen Ausbildung.

Die Gruppe gibt es seit 2006. Wir haben uns in einem akademischen Setting erstmals kennengelernt. Ich war am genannten Jahr Teil einer Gruppe, die einen Spezialisierungskurs über humanistische Psychotherapie anbot und die Kollegin, die diesen Kurs koordinierte, kannte Marcela und lud sie in die Dozentengruppe ein. Leila war als Teilnehmerin des Kurses dabei. Schnell bemerkten wir mit Marcela, dass unsere Interessen wichtige Ähnlichkeiten hatten. Marcela ist ursprünglich Körperpsychotherapeutin, die sich eigentlich nicht systematisch – systematische Ausbildung körperorientierter Psychotherapie gab es damals in Chile nicht – sondern erfahrungsmäßig ausgebildet hat, größtenteils in einer jahrelangen Workshopmodalität mit vielen verschiedenen internationalen Trainern sowohl in neo-reichianischen Verfahren als auch in Rolfing, Authentic movement und mehreren anderen Ansätzen. Marcela gilt eigentlich hier in Chile als eine der wichtigsten Pioniere der Körperpsychotherapie, und mit einer argentinischen Körpertherapeutin, die in Chile lebt, baute sie eines der ersten Institute auf, die körpertherapeutische Workshops anboten (Escuela de Terapia Corporal). Jahre später entdeckte sie das Werk von Donald Winnicott und beschloss weiter, sich analytisch drei Jahre lang in Gruppenpsychotherapie auszubilden. Seitdem hat

Marcela eine sozusagen eigene, teilweise analytisch fundierte Körperpsychotherapie entwickelt, die durch Winnicott, Bion und weitere französische Psychoanalytiker, wie Anzieu und sein Konzept des Haut-Ich, sehr beeinflusst ist. Besondere Rücksicht nimmt sie auf Körpererfahrungen aus der Sicht der Theorie Winnicotts über frühe Entwicklung und setzt auch Körperinterventionen ein, die in einem objektbeziehungstheoretischen Rahmen Sinn haben. In den letzten Jahren, teilweise durch mich beeinflusst, hat sie auch Aspekte der neueren relationalen und intersubjektiven Psychoanalyse integriert.

Leila kommt ursprünglich aus der humanistischen Psychotherapie, insbesondere durch Encountergruppen mit einer starken bioenergetischen Betonung. Für sie war der Körper sogar schon vor ihrem Psychologiestudium ein wichtiges Interesse, zum Beispiel durch ein Interesse an der artistischen Kreativität. Sie kam auch zu Winnicott, durch eine eigene Analyse mit einer stark durch Winnicott beeinflussten Therapeutin. Auf der anderen Seite war ein zusätzliches Interesse die frühe Entwicklung, anfangs anhand der Theorien von Winnicott, später auch durch die neueren Entwicklungen der Kleinkindforschung durch Daniel Stern, Edward Tronick, Andrew Meltzoff und andere. Sie hat vor Kurzem einen MA in *infant mental health* abgeschlossen. Die Einflüsse der Entwicklungspsychologie haben sie sehr auf den interaktiven Körperdialog zentriert. Da sie selber mit Dyaden von Müttern und Babys klinisch arbeitet, sind diese Aspekte natürlich Teil ihres Arbeitsalltages, da sie viel mit Kindern, die noch nicht sprechen, arbeitet. Ihre direkten Erfahrungen mit Kleinkindern sind für unsere Gruppe sehr wichtig, da Marcela und ich sie nicht haben und uns eher theoretisch damit auskennen.

Ich selbst habe eine längere Geschichte. Als ich mein Psychologiestudium begann, wollte ich Psychoanalytiker werden. Ich fühlte mich von Anfang an sehr zur Psychoanalyse hingezogen. Aber ich habe die Psychoanalyse immer in ihrem weiteren Sinn verstanden: nach einigen Freud-Büchern fühlte ich mich einerseits sehr Analytikern wie Erich Fromm und Karen Horney nah, andererseits auch Carl Gustav Jung (ich bildete mich später als Jungscher Psychotherapeut aus, weil dort analytische Theoriebildung mit einer therapeutisch mehr humanistischen Einstellung zusammenfallen). Besonders wichtig war für mich eine Reich-Biografie, die mir mein Vater aus einer Reise nach Deutschland mitbrachte. Ich war fasziniert von Reichs Ideen und besorgte mir schnell seine *Charakteranalyse*. Das war wohl meine erste Begegnung mit dem Körper aus der Sicht der Psychotherapie. Ich habe immer sehr autodidaktisch gelernt, und so las ich anfangs mehrere von Reichs Büchern und danach fast alle Lowen-Bücher. Da an meiner Universität glücklicherweise die humanistische Orientierung Reich und Lowen mitlehrte, entschloss ich die Psychoanalyse beiseite zu schieben und zur humanistischen Orientierung zu wechseln.

Das war wohl ein wichtiger Schritt, wenn ich heute zurückschaue. Er ermöglichte mir, viele persönliche Erfahrungen mit mehreren humanistischen Verfahren und Techniken zu machen (Gestalttherapie, Bioenergetik, Primärtherapie,

Holotropes Atmen, etc.). Das war für mich insofern wesentlich, als ich immer schon Schwierigkeiten mit der Kontaktaufnahme in der emotionalen und in der körperlichen Ebene gehabt hatte. Meine ersten längeren Psychotherapieerfahrungen stammen auch aus dieser Zeit. In Gruppenprozessen bioenergetischer Orientierung hatte ich dann auch die ersten Erlebnisse, die mich später dazu brachten, wieder mehr zur Psychoanalyse zurückzukehren. Die Beziehungsebene der Psychotherapie wurde größtenteils übersehen oder in einer extremen, oft als gestalttherapeutisch verkleideten Interpretation der persönlichen Verantwortlichkeit verzerrt: »Das ist nicht mein Problem, das ist alles Projektion, nehmen Sie das mal zurück.« Jegliche Übertragungsaspekte wurden zwar häufig wörtlich als wichtig angesehen, aber in der Praxis völlig vernachlässigt. Oft handelte es sich aber um Grenzüberschreitungen, die aus meiner heutigen Perspektive nicht zu verstehen sind. Ich fühlte mich zum Beispiel eine zeitlang von einem meiner Gruppentherapeuten ausgenutzt; er erkannte in mir eine gute Fähigkeit, theoretische Aspekte der humanistischen Ansätze zu erklären, und so fing ich an, für ihn in Ausbildungsgruppen zu arbeiten, aber ohne Bezahlung. Dass dies ein Ausnutzen durch einen Therapeuten mit einer narzisstischen Persönlichkeit war, erkannte ich erst Jahre später in einer langen Analyse mit meinem bisher wichtigsten Therapeuten, einem Biosynthese-Therapeuten, der die wesentlichen Aspekte der Übertragung therapeutisch nutzte.

Ohne es wirklich geplant zu haben, fing ich an, viele neuere Arbeiten der Psychoanalyse zu lesen und meiner humanistischen Ausbildung und Erfahrungen sehr kritisch gegenüberzustehen – man könnte sagen, einer oder eigentlich mehreren nicht durchgearbeiteten Übertragungen. Kohut war mir mehrere Jahre lang besonders wichtig, danach insbesondere die psychanalytischen Intersubjektivitätstheoretiker wie Robert Stolorow und George Atwood. Meine Lektüren führten mich dann zurück zum Studium: ich nahm an Kursen über relationale Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neuropsychoanalyse (Allan Schore) teil. Andere wichtige Einflüsse waren und sind bis heute Daniel Stern und die Boston Change Process Study Group sowie relationale Psychoanalytiker im weitesten Sinn. Auf der anderen Seite kehrte ich immer wieder zu Wilhelm Reich zurück, besonders zu seiner psychoanalytischen Etappe und kurz danach, zu den Anfängen der charakteranalytischen Vegetotherapie. Auch dazu nahm ich an einigen kürzeren Kursen teil.

Vor diesem zusammengefassten Hintergrund trafen wir uns also mit Marcela Araneda und Leila Jorquera und erkannten gemeinsame Interessen. Anfangs haben wir uns getroffen, diskutiert und Erfahrungen ausgetauscht. Bald tauchte die Idee auf, da wir alle akademische Lehrerfahrungen hatten, einen Ausbildungskurs zu gestalten. Wir begannen unseren Ansatz (wenn man eigentlich von Ansatz sprechen kann, da wir alle drei verschieden therapeutisch arbeiten und auch bis jetzt keine theoretische und methodologische Systematisierung entwickelt haben) relationale Körperpsychotherapie zu nennen. So haben wir einen zweijährigen

Kurs geplant und sind inzwischen bei einer zweiten Version. Ich selber habe vor ein Paar Jahren angefangen, Artikel über Körperpsychotherapie und Psychoanalyse zu schreiben und in chilenischen Zeitschriften zu publizieren. Im Großen und Ganzen haben wir bisher keine weiteren Ziele aufgestellt. Auch hatten wir bisher nicht Gelegenheit Kontakt mit anderen gleichgesinnten Gruppen aufzunehmen. Vor ungefähr zwei Jahren habe ich bemerkt, dass in Europa eine wichtige und interessante Bewegung der analytischen Körperpsychotherapie entstanden war. Bisher war mein Kontakt damit aber nur durch Publikationen, die ich über Internet bezogen habe.

PG: Das klingt sehr interessant! Daniel Stern wird hier in Europa sehr viel einbezogen, hingegen wird Reich innerhalb der psychoanalytischen Community nahezu komplett ausgeblendet. Die Arbeiten von Winnicott sind innerhalb eines Teils der Psychoanalyse von großer Bedeutung, haben aber auf den Theoriefundus der analytischen Körperpsychotherapie m.E. bisher insgesamt verhältnismäßig wenig Einfluss ausgeübt. Die eine Frage, die sich mir aufdrängt, wäre, wie sich die Arbeiten von Winnicott in der relationalen Körperpsychotherapie wiederfinden. Meine zweite Frage betrifft den ersten Ausbildungskurs zur relationalen Körperpsychotherapie: Wie war bzw. ist diese Ausbildung strukturiert? Und: Was konnte/kann man aus diesem Kurs lernen – worin bestanden/bestehen die Möglichkeiten, und in welchen Bereichen liegt ein Bedarf vor, das Konzept weiterzuentwickeln?

AS: Für mich sind Sterns Beiträge wesentlich, weil ich mich selber bis jetzt stark auf das Konzept des impliziten Beziehungswissens und im weiteren Sinn auf die impliziten Interaktionsprozesse, die sich zwischen Patient und Therapeut abspielen, konzentriert habe. Ich interpretiere, teilweise Beatrice Beebes Gruppe folgend, implizite Vorgänge wesentlich als interaktive Ausdrucksformen, die sich größtenteils im nonverbalen Bereich unbewusst abspielen und daher somatisch sind. Sterns Hintergrund als Kleinkindforscher scheint mir besonders interessant, und die Verknüpfungen, die er und auch seine Arbeitsgruppe (Boston Change Process Study Group) zwischen impliziten intersubjektiven Vorgängen in der frühen Kindheit und in der Erwachsenenpsychotherapie vorschlagen, sind für mich wirklich ausschlaggebend. Ich habe letztes Jahr eine kleine Arbeit veröffentlicht, in der ich versuche, frühe Abwehrprozesse aus der Sicht des impliziten frühen Handlungsdialogs zu verstehen. Meine »Jungsche Seite« hat sogar schon über die Möglichkeit von archetypisch determinierten nonverbalen impliziten Interaktionsvorgängen nachgedacht.

Ich glaube, dass Reichs Werk, oder zumindest einige Teile davon, eigentlich ohne größere Probleme relational interpretiert und verstanden werden können. So habe ich zum Beispiel die Idee entwickelt, dass der Charakterpanzer kein statisches Phänomen ist, sondern eher in verschiedenen Beziehungskontexten sich

verschieden ausdrückt. Das hat ja auch mit der Entstehung des Charakters zu tun: psychologische Charakterzüge und die gleichzeitigen somatischen Panzerungen tauchen immer ursprünglich in intersubjektiven Kontexten auf, und ich glaube, sie bestehen auch immer in bestimmten intersubjektiven Kontexten weiter. Das ist im Grunde genommen nur eine konsequente Anwendung der Prinzipien von Stolorows und Atwood psychoanalytischer Intersubjektivitätstheorie. Praktisch heißt das für mich nun, dass jene Aspekte der therapeutischen Beziehung, die Charakterpanzerungen aufrecht erhalten, erkannt und durchgearbeitet werden müssen, und außerdem, dass Körperarbeit mit Charakterpanzerungen immer Beziehungsarbeit sein muss und nicht individuelle Arbeit des Patienten mit durch den Therapeuten angeleitete Übungen, die chronische Muskelverspannungen lösen. Wenn ich mit dem Charakter somatisch arbeite, heißt das Arbeit zwischen meinem Körper und dem Körper des Patienten. Reich ist für mich bis heute eine wichtige Quelle von klinischen Überlegungen geblieben. Ich bewundere seine konsequente und systematische Art, die psychotherapeutische Arbeit zu konzipieren, was natürlich nicht heißt zu übersehen, dass er wie wir alle in den Grenzen der Weltanschauung seiner historischen Epoche einige Sachen, die heute wichtig sind, übersehen hat.

Winnicotts Beiträge sind nicht meine eigene Stärke, aber in unseren Diskussionen mit Marcela und Leila tauchen da immer wieder interessante Elemente auf. Es ist zum Beispiel wichtig zu wissen, wie Winnicotts Konzept des *indwelling*, also der Erdung der Psyche im Körper, wenn wir es in bioenergetischen Begrifflichkeiten ausdrücken möchten, eigentlich ein psychosomatisches Konzept ist. Winnicott interessierte es zu wissen, wie weit die Psyche seiner Patienten im Körper verankert war, und er schrieb über die Konsequenzen einer ungenügenden Verankerung. Die in seiner Theorie so wichtigen primitiven Ängste oder Agonien sind in diesem Sinn ja auch psychosomatisch zu verstehende Erfahrungen. Das berühmte *going-on-being* könnte man ja sogar mit Reichs Konzept des vegetativen Kontaktes vergleichen. *Going-on-being* heißt in diesem Sinn, den Kontakt mit der eigenen Körpererfahrung nicht zu unterbrechen. Ich glaube weiter, dass Marcela und Leila Winnicotts Theorien praktisch sowohl symbolisch als auch konkret körperlich einsetzen. Das *holding*-Konzept ist ja ein relationaler Begriff, aber auch gleichzeitig eine körperliche Erfahrung. Ich glaube zum Beispiel, dass beide viel mit Übungen, die den Boden und die Erfahrung des Bodens in den Mittelpunkt stellen, arbeiten. Theoretisch sind uns in der Gruppe besonders Winnicotts Ideen über die mütterlichen Funktionen wichtig.

Nun zur zweiten Frage. Der erste Ausbildungskurs war eine ambivalente Erfahrung. Wir lehrten sowohl wesentliche körperpsychotherapeutische Konzepte (Reichs Theorie, Bioenergetik, Biosynthese) als auch relationale psychoanalytische Konzepte und Kleinkindforschung und Bindungstheorie. Das erste Jahr war folgendermaßen strukturiert: das erste Semester bestand aus einem körperpsychotherapeutischen Gruppenprozess mit einem Akzent auf Beziehungs-

aspekte. Das heißt zum Beispiel, dass eine Vielzahl von Übungen in Dyaden oder Dreiergruppen ausgeführt wurden und dass das verbale Durcharbeiten sich auf Beziehungsdynamiken konzentrierte. Das zweite Semester war theoretisch gestaltet. Im zweiten Jahr war dann der Schwerpunkt die Entwicklung von therapeutischen Fähigkeiten, Supervision und Präsentation von methodologischen und technischen Anwendungsmöglichkeiten. Aber unser Gefühl war stets ein Unbehagen: Es schien uns, dass wir verschiedene Sachen aneinander reihten, ohne wirklich einen eigenen theoretischen und praktischen Rahmen – den der relationalen Körperpsychotherapie – zu besitzen. Die Teilnehmer störte dies allerdings nicht; insgesamt war das anschließende Feedback überwiegend positiv.

Die zweite Version des ersten Jahres war eine verbesserte Erfahrung sowohl theoretisch als auch praktisch. Wir fanden wohl als Gruppe eine klarere Eigenidentität, und das hat sich auch nach außen ausgedrückt. Ich muss sagen, dass mir persönlich dabei Ihre Publikationen und die anderer deutschsprachiger Kollegen (Heisterkamp, Worm) sehr geholfen haben. Inhaltlich bezogen wir nun auch Aspekte der Neuropsychoanalyse und der Neurobiologie ein, weil dass in letzter Zeit besonders für mich ein wichtiges Interesse geworden ist. Eine Schwierigkeit aber, die wir dieses Jahr zum zweiten Mal erleben, ist aber weiterhin psychotherapeutische Arbeit kohärent zu lehren und zu supervivieren, obwohl wir drei verschieden arbeiten. Es ist in diesem Sinne nicht leicht den Teilnehmern zu zeigen, was unsere verschiedenen Perspektiven doch immer gemeinsam haben. Eine zusätzliche Schwierigkeit ist, dass unter unseren Teilnehmern nicht nur Psychotherapeuten, sondern auch Ärzte und Pädagogen sind.

PG: In der Kritik an der analytischen Körperpsychotherapie wird von psychoanalytischer Seite immer wieder der Einwand vorgebracht, dass schon allein die körperliche Präsenz des Therapeuten, seine Offenheit für körperliche Interventionen als Aufdringlichkeit vonseiten des Patienten aufgefasst werden kann, vor allem von solchen Patienten, die kein kohäsives Selbstgefühl entwickeln konnten und daher der vermeintlichen oder tatsächlichen Aufforderung, sich ihrem Therapeuten körperlich zuzuwenden, nichts entgegenzusetzen haben. Sie passen sich gleichsam an etwas an, von dem sie glauben, dass man es von ihnen erwartet, wie sie das immer schon getan haben. Es gibt ja Patienten, bei denen schon die Stimme des Therapeuten als eindringlich erlebt wird. Wie sehen Sie diesen Kritikpunkt? Damit verbunden: Welche Rolle spielt für Sie die Diagnostik? In einem relationalen Vorgehen hat das diagnostische Vorgehen ja einen anderen Stellenwert als beispielsweise in der Bioenergetischen Analyse, in der man – gleichsam einem »medizinischen Modell« folgend – den Körper des Patienten »liest«.

AS: Das ist eine wichtige Frage. Und ich glaube es ist auch relevant sich zu fragen, was sich solche Kritiker eigentlich vorstellen, wenn wir von körperlichen Interventionen sprechen. Man könnte ja sogar antworten, dass viele Patienten

auch verbale Interpretationen, besonders übertragungsanalytische Deutungen, als Aufdringlichkeit erleben können. Wenn ein Patient sich für einen bestimmten Psychotherapeuten entscheidet, akzeptiert er ja auch seine spezifische Vorgehensweise, da diese im Idealfall als Teil des Rahmens zumindest teilweise erklärt wird. Und jeder einigermaßen erfahrene Therapeut wird wohl notwendigerweise seine Technik auf den Einzelfall einstimmen. Mir gefällt das Konzept, das in der analytischen Körperpsychotherapie verwendet wird: *offenes Setting*. Wenn ich dieses Konzept richtig verstehe, besagt es ja überhaupt nicht, dass *notwendigerweise* mit allen Patienten körperliche Interventionen eingesetzt werden. Es besagt nur, dass *möglicherweise* einige Körperinterventionen benutzt werden können. Ob es so sein wird oder nicht, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Ich denke, solche Kritiken hängen oft mit projizierten Ängsten zusammen oder auch mit einigen – oft indirekten und daher nicht immer ganz zuverlässigen – Kenntnissen über humanistische Verfahren.

Andererseits kann man ja auch zum Retraumatisierungsargument greifen, um solchen Kritikern zu antworten. Seit Kohut und anderen mehr relationalen psychoanalytischen Überlegungen wissen wir ja, dass verschiedene therapeutische Interventionen als retraumatisierend erlebt werden können, das Verweigern des Körperkontakts mit eingeschlossen. Ich erinnere mich dazu an eine Geschichte über Kohut, die James Fosshage publiziert hat, ein Selbstpsychologe, der vor einigen Jahren einen sehr interessanten Beitrag über den Körperkontakt in der Psychoanalyse im *Psychoanalytic Inquiry* veröffentlicht hat. Es ging um einen Patienten Kohuts, der selber Analytiker war. Dieser erzählte, dass am Schluss einer besonders schmerzlichen Sitzung bei der Verabschiedung Kohut einen Arm um die Schultern seines Patienten legte. Diese Selbstobjekterfahrung war für den Patienten enorm wichtig. Kohut selbst hat nicht über diesen Fall geschrieben, aber in seinen Seminaren sagt er, dass es mit einigen Patienten, in einigen Momenten, sogar notwendig sein kann, so etwas zu tun, da Worte das Anderssein des Analytikers betonen. In eine ähnliche Richtung gehen die neueren Befunde über Traumatherapie, da ja heute anscheinend feststeht, dass ein körperliches Verarbeiten des Traumas wesentlich ist.

Ich möchte aber zu einem anderen Punkt zurückkehren. Was stellen sich solche Kritiker eigentlich vor, wenn wir von Körperinterventionen sprechen? Ich glaube, dazu müsste man sich zweierlei vergegenwärtigen. Erstens denke ich, dass Körperpsychotherapie nicht durch den Einsatz von Körperinterventionen definiert sein kann. Ich schlage vielmehr vor, dass es möglich ist, Körperpsychotherapie durchzuführen ohne *direkt* am Körper zu arbeiten. Oft ist aus meiner Sicht körperzentrierte Arbeit eine *innere Arbeit des Therapeuten mit seinem eigenen Körper*. Dadurch ist Psychotherapie eigentlich schon Körperpsychotherapie. Dazu könnte man auch beifügen, dass in einem gewissen Sinn der theoretische Rahmen des Therapeuten definiert, was für Therapie er betreibt. In der Psychoanalyse gibt es eine ähnliche historische Kontroverse: ist man Psychoanalytiker,

weil man technisch macht, was die Technikregeln vorschreiben, oder weil man, vielleicht auf andere Technikformen zurückgreifend, das Unbewusste bewusst macht? Sind dann Therapeuten wie Ferenczi, Winnicott, Balint und andere eigentlich Psychoanalytiker gewesen? In der Welt der Jungschen Therapie ist dies eine herausragende Kontroverse, vor allem in England. Dort sehen sich Junsche Analytiker als Psychoanalytiker mit anderen theoretischen und technischen Fundamenten an. Sie glauben aber Psychoanalytiker zu sein, weil sie weiter mit dem Unbewussten arbeiten, völlig unabhängig ob sie es anders konzipieren und anders damit umgehen. Von diesem Standpunkt aus gesehen betreibt man Körperpsychotherapie, wenn man in seinen theoretischen Voraussetzungen den Körper als wesentlichen Aspekt des Menschen ansieht oder Konzepte wie Reichs funktionelle Identität als Grundbausteine der eigenen Praxis versteht. Ich weiß natürlich, dass viele Körperpsychotherapeuten mit diesen Ideen nicht einverstanden sein werden.

Zweitens ist es notwendig, verschiedene Körperinterventionen zu unterscheiden. Ich denke, es ist ein großer Unterschied, eine Erdungsübung zu benutzen, den Patienten Fragen über seine Körperwahrnehmung zu stellen, eine Bemerkung über eine Bewegung zu machen oder einen interaktiven Handlungsdialog vorzuschlagen. Ich glaube, viele der Kritiker stellen sich sofort das Anleiten von irgendwelchen körperorientierten Übungen vor. Ich muss sagen, dass ich Übungen immer weniger anwende, da ich sie selber meistens wie eine Unterbrechung des Dialogs und der Beziehung erlebe. Es ist mir heute viel wichtiger, sowohl meinen eigenen als auch den Körper meines Patienten stets im Auge zu behalten und einige kleine, erforschende Interventionen zu machen, die aus solchen Wahrnehmungen erwachsen und sich im Großen und Ganzen auf das präsentische Beziehungsgeschehen beschränken. Das heißt wohl – aus einem theoretischen Blickwinkel – einen Fokus auf die Mikroperspektive und insbesondere auf den nonverbalen impliziten Dialog zwischen Patient und Therapeut zu richten. Weiters habe ich auch folgende Erfahrungen: einem Patienten erstmals vorzuschlagen, sich eine Körperintervention *vorzustellen*. »Wie wäre das für Sie, wenn ich jetzt vorschlagen würde, das und das mit dem Körper zu machen?« Manchmal habe ich eine Übung vorgeschlagen und sie dann nicht ausgeführt, weil mir die Reaktion des Patienten auf den Vorschlag wichtiger scheint, zum Beispiel, wenn er Zögern, Angst oder anderes auslöste. Allgemeiner meine ich daher, dass eine analytische Betrachtung der therapeutischen Beziehung und der Interaktion eigentlich grundsätzlich erlaubt, Situationen wie jene von solchen Kritikern erwähnten zu vermeiden. Solche Kritiken scheinen zu meinen, dass Körperinterventionen eingesetzt werden, ohne den Beziehungskontext und andere Aspekte in Betracht zu ziehen, was wohl geschehen kann, aber keinesfalls als typische Situation bewertet werden sollte.

Die Diagnostikfrage ist auch wichtig. Ich denke, dass die relationale Psychoanalyse noch nicht ganz die Konsequenzen ihrer Denkweise ausgearbeitet hat.

Wir müssten nämlich demnach vorwiegend interaktive Diagnostik betreiben, die nicht den Patienten diagnostiziert, sondern die Interaktion eines spezifischen Patienten mit einem spezifischen Therapeuten. Dies ist aber nicht leicht praktisch umzusetzen. Persönlich scheint mir wichtig, sowohl herkömmliche Diagnostik als auch interaktive Diagnostik zu benutzen. Charakterstrukturdiagnostik durch Körperlesen scheint mir weiterhin ein wesentliches Werkzeug zu sein, und ich glaube, es ist heute wichtig uns zu fragen, wie wir aus einer relationalen Perspektive weiterhin das Körperlesen nutzen können. Ich meine: Wir müssen lernen, den angezogen Körper des Patienten zu lesen! Damit will ich ausdrücken, dass die Art und Weise, in der wir das Körperlesen benutzen, sich weiterentwickeln sollte. Ich achte heute viel mehr als früher auf Anzeichen von somatischen Beziehungsmustern als auf die eigentliche Körperstruktur. Diese schaue ich mir auch an, aber mein erstes Interesse hat mit Beziehungsmustern zu tun. Was mir heute auch häufiger passiert ist, dass ich nicht vom Körper her auf psychologische Aspekte schließe, sondern oft von verbal ausgedrückten Beziehungserfahrungen auf den Körper schließe und mich frage, wie und wo solche Erfahrungen im Körper sind.

Fortsetzung folgt im nächsten Heft.

Rezensionen

Jaeggi, E. & Riegels, V. (2008): Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.

254 S., Klett-Cotta (Stuttgart), € 26,90.

Die Psychoanalytiker Jaeggi und Riegels fragen sich, »ob es nicht auch einem Psychoanalytiker ganz gut täte, sich in der Technikenfrage an anderen Richtungen der Therapie zu orientieren« (S. 11) und, zumindest bei einer niedrigfrequenten tiefenpsychologisch fundierten Therapie, »auch Techniken aus anderen Therapieschulen daraufhin zu überprüfen, ob sie für unsere Zwecke und die psychoanalytische Theorie ›tauglich‹ sind« (S. 11).

Es scheint die Zeit reif zu sein, mit dem noch immer (besonders unter orthodoxen Psychoanalytikern) kursierenden Vorurteil aufzuräumen, hochfrequente Psychoanalyse im Couch-Setting sei das »Gold« und alles andere im Vergleich dazu minderwertig. Dieses Vorurteil führt ja immer noch zu der Paradoxie, dass klassisch ausgebildete Psychoanalytiker in ihrer Ausbildung gar keine Erfahrung in niederfrequenter therapeutischer Arbeit sammeln konnten, zugleich aber der Überzeugung sind, dass das Wissen um die Technik im hochfrequenten Arbeiten sie automatisch dazu befähigt, auch niederfrequente Psychotherapie erfolgreich durchzuführen; denn diese sei ja in letzter Konsequenz nur »weniger des Guten« und auf keinen Fall etwas Eigenständiges.

Es ist erfreulich, dass die beiden Autoren diesen Vorannahmen (etwa zeitgleich mit dem von Dreyer und Schmidt herausgegebenen Buch über »niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie«) ein Werk gegenüberstellen, das sich in gründlicher Weise mit der Etablierung all dessen befasst, was eine wissenschaftlich anerkannte Methode benötigt.

Dass sich Eva Jaeggi an einem solchen Projekt beteiligt, erscheint zumindest aus österreichischer Sicht bemerkenswert. In den 90er Jahren war Eva Jaeggi im Zuge der Psychotherapie-Gesetzgebung in Österreich als Begutachterin in die Frage involviert, ob der Bioenergetischen Analyse der Status einer wissenschaftlich fundierten und eigenständigen Methode zukomme. Alle Verfahren, die zum Zeitpunkt vor der Gesetzgebung Ausbildungen anboten, waren nun aufgefordert, ihr therapeutisches Handeln wissenschaftlich zu begründen – was vielen nicht leicht fiel, denn damals, in den 70er und 80er Jahren, herrschte in Österreich das Klima eines fruchtbaren Eklektizismus, angetrieben von einer Neugier, Verschiedenes auszuprobieren und miteinander zu kombinieren. Der Mut zum Versuch und der Mut zum Risiko wurde in der Zeit der Nach-60er höher bewertet als ein genau durchdachtes und wissenschaftlichen Kriterien genügendes Hinterfragen des eigenen Handelns. Sicherlich wurde dabei – psychoanalytisch gesprochen

– viel »agiert«, aber die Kehrseite davon war, dass ein gewisser Aufbruchgeist herrschte; Ausbildungen waren damals interessant und innovativ und in keiner Weise so verschult, wie sie es heute offensichtlich sind.

Dem kritischen Blick Eva Jaeggis fiel damals die Bioenergetische Analyse zum Opfer, und sie wurde in ihrem Versuch, sich wissenschaftlicher auszuweisen, als sie damals war, als »eklektisches Verfahren« entlarvt. Jaeggi hatte damals einerseits scharfsinnig und treffsicher die »Schwachstellen« in der theoretischen Fundierung der Bioenergetischen Analyse erkannt und auch benannt, zugleich hatte ihr Gutachten zur Folge, dass die Bioenergetische Analyse als die damals wichtigste körpertherapeutische Methode in Österreich vor dem Gesetzgeber »durchfiel«, was folgenschwere Konsequenzen für die gesamte körperpsychotherapeutische Szene in Österreich nach sich zog – sie trocknete im Laufe der Jahre in gewisser Weise aus.

Ein Jahrzehnt später legen Jaeggi und Riegels mit ihrem Buch vielleicht den Grundstein für einen »Neubeginn« im Sinne der nachträglichen Anerkennung des Wertes erlebnisorientierter Zugangsweisen zum Klienten innerhalb eines psychoanalytischen Prozesses. Die Kapitel »Theoretische Standortbestimmung«, »Historische Entwicklung«, »Der Therapeut in der TFP«⁹, »Erlebnisaktivierung, therapeutischer Prozess, Übertragung und Beziehung«, »Therapeutische Grundhaltung«, »Der Ort der Deutung« und »Techniken« weisen dieses Buch als erstes Lehrbuch der TFP aus und heben seine Rolle auch für Ausbildungskandidaten hervor.

Denn die TFP ist jenes Verfahren, das in Deutschland am meisten praktiziert wird und mit dem offenbar sehr viele Patienten viel anfangen können. Die Autoren weisen nach, dass es nun nicht mehr nur um ein »Technikgemisch« ohne erkennbaren kohärenten theoretischen Hintergrund geht, sondern dass, als Resultat vieler spannungsvoller Diskurse¹⁰, methodische Entwicklungen stattgefunden haben und Früchte tragen.

Kritisch wäre anzumerken, dass wir die Auffassung der beiden Autoren *nicht* teilen, dass es sich hier »nur« um »Behandlungstechniken« und »nicht um neue theoretische Einsichten« (S. 15) handle. Die Wandlung von Verfahren im Rahmen verschiedener psychischer Gegenstände (Salber 1982) wird auch deutlich angesprochen, wenn die Autoren ausdrücklich die Wichtigkeit hervorheben, »sich der Frage der Praxeologie der Technik neu zu stellen« (S. 15), dass es nicht um ein eklektisches Sammelsurium verschiedener Techniken geht. Wenn sie davon

9 TFP ist die Abkürzung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

10 Einige dieser Diskurse fanden im Rahmen der Tagungsreihe des Wiener Symposiums »Psychoanalyse und Körper« (1998, 2000, 2002, 2004, 2005, 2006) statt. Die Debatte zwischen Thea Bauriedl und Tilmann Moser muss nachträglich, trotz polemischer Entgleisungen, als Meilenstein in der Auseinandersetzung zwischen Körperpsychotherapie analytischer Orientierung und Psychoanalyse gewertet werden.

ausgehen, »dass viele Techniken, die aus anderen Therapierichtungen stammen, durchaus kompatibel sind mit der psychoanalytischen Theorie« (S. 16), dann unterstellen sie implizit eine Zeitlosigkeit der psychoanalytischen Theorie und verschieben die Notwendigkeit der Prüfung auf die Techniken anderer Therapierichtungen. Wir weisen darauf hin, nachdem wir das in einem umfänglichen Lehrbuch (Geißler/Heisterkamp 2007) und in anderen Beiträgen (z. B. Geißler 2009; Heisterkamp 2009) an vielen Beispielen gezeigt haben, dass die Integration eines Verfahrens in einen psychischen Gegenstand seine Wechselwirkung hat. So haben wir die Verfahren gemäß dem psychoanalytischen Gegenstand so integriert, dass die Integration zu einer Bereicherung wird, was an den Modifikationen der psychoanalytischen Grundbegriffe deutlich wird. Sie werden also nicht nur auf Tauglichkeit geprüft, sondern diese Prüfung ist ein dialektischer Prozess, aus dem Theorie und Technik verändert hervorgehen. In diesem Wandlungsprozess ist nicht nur zu prüfen, ob das Verfahren passt, sondern wie sich dadurch das aufnehmende Konzept verändert und ob die Veränderung eine Deformation des ursprünglichen Konzeptes oder eine Weiterführung desselben darstellt. Unser gesamtes Lehrbuch lebt von der Auffassung – belegt an einer Fülle von Behandlungsbeispielen – wie dieses dialektische Geschehen zu einer schöpferischen Weiterentwicklung auch der Psychoanalyse beiträgt.

Die Kernbegriffe psychoanalytischen Herleitens und Vorgehens bleiben davon nicht unberührt. In unserem Lehrbuch zeigen wir, wie bei der schöpferischen Arbeit der Integration körperpsychotherapeutischer Momente die aktuellen Prinzipien psychoanalytischen Vorgehens und Ableitens selbst differenziert werden und zu einer weiterführenden und bereicherten Behandlungslehre und Behandlungspraxis führen. Als ein Beispiel sei auf unsere kritischen Anmerkungen zu Abstinenz und Berührungstabu verwiesen. Die psychoanalytischen Auseinandersetzungen mit der dem Gegenstand der Psychoanalyse angemessenen körpertherapeutischen Verfahren führen hier zu einem differenzierten Verständnis dessen, was unter Kernbegriffen wie »Abstinenz« gemeint ist und verstanden werden kann.

Die scheinbar selbstverständliche Rede von einer Technik scheint sowohl für eine tiefenpsychologisch fundierte als auch für eine analytische Psychotherapie problematisch. Orange, Atwood und Stolorow (2001, S. 33ff.) heben hervor, dass die psychotherapeutische Praxis nicht hinlänglich als Technik zu fassen ist. In diesem Feld der praktischen Klugheit im Sinne von Aristoteles spiele das Schöpferische und das Ereignishafte und vor allen Dingen das Bezogensein bzw. Intersubjektive eine besondere Rolle. Wenn auch technische Fertigkeiten notwendig für die Ausübung von Therapien seien, so sind sie jedoch nicht hinlänglich für die Entwicklung einer therapeutischen Kompetenz. Deswegen mahnen sie die Psychoanalyse, diese geradezu »verschrobene« Konzeption von einer Psychoanalyse als Technik gründlich zu überholen. Der Begriff der Technik belasse uns in einem cartesianischen Dualismus und übertreibe damit das intellektualisierende

Deutungskonzept. Letztlich ist in einem kontextuellen Verständnis von Psychotherapie alles bezogen auf das unmittelbare Wirkungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut, das es behandlungsmethodisch immer besser zu erfassen gilt.

Hier würden wir noch weiter gehen als Jaeggi und Riegels, welche die psychoanalytischen Begriffe gewissermaßen als gegeben voraussetzen und nur nachzuweisen versuchen, dass diese oder jene »Technik« kompatibel sei mit einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Wir sind mittlerweile bei der Auffassung angelangt, dass von einem Konzept, das die leiblichen Lebensbewegungen (des Patienten und des Therapeuten) als ebenso bedeutsame Integrale wie die mentalen betrachtet, alle Grundbegriffe der Psychoanalyse betroffen sind, und zwar insofern sich das Verständnis der freien Assoziation, des Übertragungsvorganges, des Widerstandes, der Abstinenz und der Einsicht usw. usw. grundlegend vertiefen und verfeinern.

Die generelle Haltung der Autoren ist für die Leser offen und ermutigend. Sie machen dem Leser Mut und legen ihm die Haltung eines forschenden Praktikers nahe (S. 20). Ganz im Gegenteil zum Einschwören auf eine vorgeschriebene Konzeption ermutigen sie ihn zur Kreativität und zum »ergebnisoffenen Blick des Wissenschaftlers« (S. 21). Alles in allem: Ein wichtiges Buch, das einerseits eine fundierte Einführung in die Komplexität des Themas und andererseits genügend »Stoff« zum weiteren Nachdenken und Diskutieren liefert.

Peter Geißler und Günter Heisterkamp

Literatur

- Dreyer, K.-A., Schmidt, M. G. (Hg.) (2008): Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie. Klett-Cotta (Stuttgart).
- Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hg.) (2007): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Springer (Wien).
- Geißler, P. (2009): Analytische Körperpsychotherapie. Psychosozial-Verlag (Gießen).
- Heisterkamp, G. (2009): Analytische Körperpsychotherapie. In: Stiller, N., Müller-Braunschweig, H. (Hg.) (voraussichtlich 2009): Körperorientierte Psychotherapie. Springer (Heidelberg).
- Salber, W. (1982): Der psychische Gegenstand. 5. erw. Auflage. Bouvier (Bonn).
- Orange, D.M., Atwood, G.E., Stolorow, R.D. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualität in der psychoanalytischen Praxis. Brandes und Apsel (Frankfurt/M.).

Peter Geißler (2009): Analytische Körperpsychotherapie. Eine Bestandsaufnahme.

383 S., Psychosozial-Verlag (Gießen), € 39,90.

Als Doris Kalff ihre Sandspieltherapie auf einer Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP) Mitte der Siebziger Jahre vorstellte, kommentierte der angesehene Alt-Jungianer C.A. Meier süffisant, »Sändeln können wir ja alle!« Ähnlich verhält es sich mit der Tendenz unter Psychoanalytikern, die sogenannte »Körperpsychotherapie« in die therapeutische Schmutzdecke abzuschieben. Peter Geißlers neuestes Buch – nicht zu verwechseln mit seiner Arbeit von 1997 – stellt die »Analytische Körperpsychotherapie« (AKP) hingegen als eine ernst zu nehmende, eigenständige Gestalt *intersubjektiv-interaktioneller* psychoanalytischer Methodik und Theorie dar, die neben dem verbal-psychoanalytischen Vorgehen sich des vorsprachlichen, nicht-symbolisierten (prozeduralen) Beziehungswissens bedient und es dem analytischen Therapieprozess zugänglich macht.

Im Epilog des Sammelwerks *Selbstregulation* (Gießen 2004) schrieb Geißler: »Der ständig wachsenden Zahl an Möglichkeiten, menschliches Erleben zu verstehen, entspreche eine Vielfalt an therapeutischen Verfahren und Modellen, keine Einheitstherapie. Um Dialog gehe es in der heutigen Landschaft, um die Bewahrung von Komplexität und um gleichzeitige Komplexitätsreduktion beim Vermitteln der Inhalte, um Zugehörigkeit zu einem Ansatz, aber nachher um offenen Austausch, um eine sich öffnende Diskussionskultur und nicht um Schulhermeneutik.« Im vorliegenden Buch setzt Geißler diesen Dialog mit sich selbst und mit neueren Strömungen psychoanalytischer Forschung und Praxis fort, indem er zunächst seinen eigenen Weg von der Bioenergetischen Analyse zur psychoanalytischen Körperpsychotherapie nachzeichnet, um dann verschiedene Stationen »auf den Spuren von Ferenczi, Balint und Winnicott« zur AKP als eigenständiger psychotherapeutischer Methode aufzugreifen und zu reflektieren.

Geißler ist ein mutiger und unkonventioneller Theoretiker und Praktiker, Dr.med. et Dr.phil., Psychologe, Arzt und Psychotherapeut, Gründer und Veranstalter des Wiener Symposiums »Psychoanalyse und Körper«, Herausgeber der gleichnamigen Zeitschrift. Zusammen mit Günter Heisterkamp gab er 2007 ein umfassendes »Lehrbuch« heraus: *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer-Verlag, Wien/New York. In den letzten fünfzehn Jahren hat er zahlreiche Buchveröffentlichungen selber verfasst oder herausgegeben, u.a. die Tagungsbände der bisherigen Wiener Symposien, unlängst auch einen Sammelband (zwölf Beiträge aus der Zeitschrift »Psychoanalyse und Körper«) zum Thema des unmittelbaren Wirkungsgeschehens in handlungssymbolischen Darstellungsformen: *Der Körper*

in Interaktion: Handeln als Erkenntnisquelle in der psychoanalytischen Therapie (Gießen 2008).

Im vorliegenden Buch stellt Geißler eigene Arbeiten vor, mit denen er den Paradigmenwechsel zu einem körperorientierten, sozial-interaktiven Verständnis in der Behandlungspraxis und in der Theoriebildung dokumentiert. AKP versteht sich als ein psychoanalytisches Verfahren in der Tradition einer relationalen (inter-subjektiven) Psychoanalyse, in die sie die Erfahrungen und Erkenntnisse neuerer körpertherapeutischer Methoden integriert. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen bewusste und unbewusste Handlungsdialoge. Weitere wichtige Bausteine sind: Erkenntnisse aus der neueren wissenschaftlichen Entwicklungspsychologie, einschließlich pränataler Psychologie und Säuglingsforschung; »implizites« bzw. »prozedurales« Wissen; ein interaktioneller Übertragungsbegriff, ein differenziertes Regressionsparadigma und ein unmittelbares, basales, »präsentisches« Verstehen (S. 364f.).

Das Buch beginnt mit der Schilderung von Geißlers Werdegang aus der Bioenergetischen Analyse, die er zehn Jahre lang praktiziert hat, hin zur Psychoanalyse und von seinem Bemühen, beide Perspektiven kritisch in Einklang zu bringen. Es folgen (leider nicht nummerierte) Kapitel über »die Spuren von Ferenczi, Balint und Winnicott«, den Regressionsbegriff in PA und AKP, »emotionales Signalisieren in der Kind-Eltern-Interaktion« sowie Überlegungen zur theoretischen Konzeptualisierung des Körpers in der AKP. »Heute weiß man, dass sich der Mechanismus, dem projektive Identifizierung zugrunde liegt, im emotionalen Signalisieren auf einer Mikroebene befindet, und man muss nicht mehr zu anderen geheimnisvollen Konzepten zurückgreifen«. (S. 241). Diese Mikroperspektive, insbesondere die Beobachtung von Körper-Mikropraktiken mithilfe von Videoanalysen, ist stark beeinflusst durch Methodik und Ergebnisse der Säuglingsforschung und kommt immer wieder zur Sprache, so z. B. in einem Beitrag über vorbewusste Interaktion mittels Augenkontakt (»Auge und Affekt«, S. 181–207) – in der Kleinkind-Mutter-Beziehung, in der Flirtsituation, in der therapeutischen Begegnung von Angesicht zu Angesicht. »Mit Fug und Recht [kann man] behaupten, dass der Fluss kommunikativer Signale von Auge zu Auge einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, *die Beziehung zwischen zwei Interaktionspartnern zu regulieren*«. (S. 188 – Kursiv im Original).

Geißler distanziert sich sowohl von dem »gleichsam medizinischen« Ein-Personen-Modell der Bioenergetischen Analyse, von der Lowen'schen Theorie der Charakterentstehung sowie auch vom Freud'schen psychosexuellen Entwicklungsmodell. Mit Daniel Stern hantiert er ein Modell parallel existierender Erfahrungsmodi, hintereinander einsetzender »Domänen des Erlebens«, die aktiv wirksam bleiben und in den Mittelpunkt des bewussten Erlebens treten oder durch aktive therapeutische Interventionen hervorgeholt werden können. Charakteristisch für AKP ist ein als offen (für aktive sensumotorische Interventionen) definiertes therapeutisches Setting. »Das therapeutische »Rollenmodell« ist in der analytischen

Körperpsychotherapie ein interaktionelles« (S. 212). Dass darin auch vermehrt »Verstrickungsmöglichkeiten« hervortreten, wird ebenfalls eingehend erörtert.

Das Herzstück des Buches bilden Geißlers »Überlegungen zur theoretischen Konzeptualisierung des Körpers in der analytischen Körperpsychotherapie« (S. 229–244). Ausgehend von Sterns Domäne des Kern-Selbst-Empfindens entwickelt er ein Modell des »interaktionellen Körpers«. Besonders hervorgehoben wird die archaische strukturelle Ebene von Beziehungsregulierung und prozeduralem Beziehungswissen mittels motorisch-affektiver (Makro- und Mikro-)Interaktionen vor der Entstehung der Fähigkeit zur Mentalisierung und Symbolbildung. Interaktionen, verbale wie nonverbale, rücken in den Brennpunkt des therapeutischen Interesses. In jedweder Therapie ist es *unmöglich, nicht zu handeln*; stets sind Therapeut und Patient mimisch und gestisch in einem Wirkgeschehen miteinander verschränkt, von dem nur ein kleiner Teil bewusst ist. Mithilfe von Videoaufnahmen können Mikro-Interaktionen beobachtet und analysiert werden. Die AKP ist bestrebt, diese meist unbewusste Beziehungsregulierung durch prozedurale Handlungen in Enactments oder szenischen Interaktionen sich entfalten zu lassen, um sie nachträglich zu verstehen. Im Vordergrund der Aufmerksamkeit steht das nonverbale Erleben: »Sprachliche Begleitung kann stattfinden, solange sie den Erfahrungsprozess nicht stört« (S. 235) – wohl eine gewagte Behauptung für einen Psychoanalytiker! Doch im Kontext geht es Geißler um die Eruierung des vorsprachlichen interaktionellen Geschehens in der Domäne des Kern-Selbst-Empfindens.

Weitere Kapitel sind: die Körperpsychotherapie im Spiegel der Säuglingsforschung; Selbstregulation und Entwicklungspsychologie aus der Sicht der AKP; AKP als eigenständige psychotherapeutische Methode. Methode heißt dann: Man kann durch Schulung einer *körperlichen Aufmerksamkeit* lernen, den Körper als Wegweiser für das emotionale Erleben zu nutzen (S. 305). An den Schluss stellt Geißler einen besonders beachtenswerten Beitrag (»Die Welt ist Klang«, S. 317–348) über die Einzigartigkeit und grundlegende, auch therapeutische Bedeutung des *Akustischen*. »Der intersubjektiven Bezogenheit, dem Relationalen – für uns Menschen so typisch und evolutionär einzigartig – liegen Klang und Rhythmus zugrunde. Wir sprechen von *Resonanz*« (S. 325). Das Akustische und die Resonanz waren dann auch das Thema des 7. Wiener Symposiums »Psychoanalyse und Körper« im Mai 2009.

Innovativ und kompetent erweist sich Geißler im gesamten Spektrum psychoanalytischer und körperpsychotherapeutischer Themen. Klassische Topoi wie Regression (worüber er bereits ein Buch veröffentlicht hat: *Mythos Regression*, Gießen 2001), Gegenübertragung, Traum und Trauma, doch auch spezifische körperpsychotherapeutische Themen wie Berührung, Motorik, Stimme, Mimik und Gestik werden erörtert. Ein besonders therapietechnisches Steckenpferd scheint ihm die sog. *Live-Supervision* darzustellen (S. 44ff und *passim*): Im Rahmen eines Supervisionsseminars bringen die Therapeuten eigene Patienten aus ihrer Praxis

mit und halten mit ihnen eine Therapiesitzung vor der Kollegengruppe und dem Supervisor ab. Geißler nennt dies – ungeachtet ernstzunehmender Einwände, dass dieses Setting die therapeutische Beziehung und den Therapieprozess schwer beeinträchtigen könne – »die effektivste Form der Supervision, die ich je erlebt habe« (*Psychoanalyse und Körper* Nr. 15, 2009, S. 5, Anm.). An dieser Stelle, wie so oft bei konkreten therapietechnischen Fragen, müsste ein ernsthafter und kritischer Dialog ansetzen und fortgeführt werden. In seiner offenen Haltung fordert Geißler – direkt und indirekt – immer wieder dazu auf.

Dem vorsichtigen Urteil von Wolfgang Mertens (Vorwort, S. 13) möchte ich das Konjunktiv (»könnte«) in einen überzeugten Indikativ (»kann«) verwandeln: »Die analytische Körperpsychotherapie [kann] ohne Bedenken zu einer wertvollen Bereicherung des bislang – sieht man von Ferenzci, Reich, Balint, Winnicott einmal ab – ausschließlich verbal orientierten Interventionsstils werden.« Mertens einschränkende Zusatzklausel ... »sofern dies patienten- und indikationsangemessen geschieht«, gilt natürlich uneingeschränkt für *jede* therapeutische Methode. Man muss weder mit dem interaktiven, intersubjektiven noch mit dem körperpsychotherapeutischen Ansatz einverstanden sein, um von Geißler viel zu lernen. Analytiker aller Überzeugungen können aus seinen fachkundigen Darstellungen von interaktionellen nonverbalen Prozessen und deren Auswirkungen auf das dynamische Erleben der »Interaktionspartner« während der Behandlung profitieren.

Robert C. Ware

Greenspan, Stanley I. & Shanker, Stuart G. (2007): Der erste Gedanke. Frühkindliche Kommunikation und die Evolution menschlichen Denkens.

496 S., Beltz (Weinheim und Basel), € 25,60.

Wie erlangen Menschen die Fähigkeit zur Symbolisierung und zum Denken? Wie entsteht der erste Gedanke? Und – welche Rolle spielen dabei die Emotionen? Dieser und vielen anderen Fragen zum Thema Emotionalität widmet sich das vorliegende Werk, das ein spannendes, revolutionäres Konzept bringt, wie Entwicklung passiert. Die Autoren stellen dem allseits bekannten Piaget'schen Entwicklungsmodell einen Entwurf entgegen, der den Emotionen einen völlig neuen Stellenwert gibt: Die Fähigkeit, Symbole zu schaffen und zu denken, entstammt ihrer Meinung nach genau jenem Bereich, den Philosophen oft als Feind der Vernunft und Logik betrachten. Dass eine Störung der emotionalen Funktionen kognitive und soziale Fähigkeiten negativ beeinflusst, wird inzwischen durch

eine Reihe von Korrelationsstudien, auch aus dem heutzutage so gern zitierten Neurobio-Sektor, nachgewiesen. Was bis dato jedoch fehlte, war die erklärende Theorie, wie Emotionen ihren beträchtlichen Einfluss auf die kognitive Entwicklung nehmen. Greenspan und Shanker füllen diese Lücke, indem sie den Weg zeigen, wie Emotionen zur Symbolbildung beitragen. Sie belegen dies mit zahlreichen Forschungsergebnissen, zum Teil aus den eigenen Reihen, insbesondere auch aus der Forschung mit Bonobos und mit autistischen Kindern.

Im ersten Teil widmen sich die Autoren der Symbolisierungsfähigkeit und zeigen, wie das emotionale Signalisieren ein Kind in die Lage versetzt, seine Wahrnehmungen von fixierten vorhersagbaren Handlungen zu trennen und dadurch die Wahrnehmungen so aufzuschließen, dass sie emotionale Bedeutung erhalten und zu Symbolen werden. Sie weisen nach, dass sinnliche und subjektive Erfahrungen durch fortschreitende Transformationen die Basis sowohl für das kreative wie auch das logisch reflektierende Denken bilden. Und sie betonen, dass dies subtil erlernte Prozesse sind, die von Generation zu Generation neu erworben werden müssen und intensiver emotionaler Interaktionen bedürfen.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der menschlichen Evolution und entwirft auf Basis der verschiedenen Stufen emotionaler Transformation eine neue Perspektive für die Evolutionstheorie. Sie widerspricht der deterministischen, tradierten Sicht, dass die höheren reflexiven Fähigkeiten des Menschen »universell, einzig auf seine Spezies beschränkt und angeboren« seien; nach den Autoren ist die Entwicklung des menschlichen Bewusstseins und menschlicher Gesellschaften die Folge formativer kultureller Praktiken, welche die Interaktionen zwischen Bezugsperson und Kind in den frühen Entwicklungsjahren bestimmen; diese entscheidenden kulturellen Praktiken seien aber nicht genetisch determiniert, sondern werden von Generation zu Generation weitervermittelt und dadurch auch weiterentwickelt. Die Aktivitäten von Primaten wie den Krallenaffen und frühen nicht-menschlichen Hominiden befinden sich auf den ersten Stufen funktional-emotionaler Entwicklung, Schimpansen z.B. zeigen höhere Niveaus. Nach dem Modell der beiden Autoren ist die Intelligenz einer Spezies umso höher, je mehr sie sich komplexer emotionaler Kommunikationsformen bedient – so erlangen Bonobos die Fähigkeit, sich an langen Phasen ko-regulierter, reziproker Interaktionen zu beteiligen mit mimischem, stimmlichem und gestischem Austausch – bei intensiver emotionaler Beschäftigung vonseiten der BetreuerInnen können sie sogar noch höhere Stufen (bis zur Erlangung primitiver Sprachfähigkeiten) erreichen. Die Idee, dass längere Kleinkindzeit mehr emotionalen Kommunikationsaustausch und somit den Erwerb komplexerer kultureller Praktiken bzw. das Erreichen höherer Stufen funktional-emotionaler Entwicklung bedeutet, die Enkulturation des Kindes also unauflöslich zum Wachstum seines Bewusstseins gehört, wird vor dem Hintergrund der Entwicklung von Primaten anschaulich gemacht.

Teil 3 widmet sich der Entwicklung von Sprache und Intelligenz vor dem

Hintergrund des funktionalen/emotionalen Bezugsrahmens. Greenspan und Shaker schaffen es, ihre Theorie auch hier stringent zu platzieren und selbst durch neurobiologische Befunde zu untermauern. Sehr spannend finde ich persönlich dazu das Kapitel über Autismus, in dem ein von den Autoren entwickeltes Interventionsprogramm für autistische Kinder beschrieben wird. Dieses konzentriert sich auf grundlegende emotionale Interaktionen im Kontext der individuellen Verarbeitungsunterschiede der Kinder, wodurch ein nicht unbeträchtlicher Teil der ProbandInnen lernte, zu kommunizieren, Empathie zu entwickeln und Beziehungen aufzunehmen.

Der letzte Teil des umfassenden Werkes schließlich legt die Implikationen dieses Entwicklungsmodells für das Verstehen von Gruppen, Kulturen und Gesellschaften dar. Es wird mit einer neuen Sichtweise der Menschheitsgeschichte aufgewartet – die Beziehung zwischen der Struktur einer Gesellschaft und dem Inhalt ihrer Wissens- und Glaubenssysteme wird dabei unter dem Blickwinkel der funktionalen/emotionalen Entwicklungsstufen untersucht, beginnend beim Magdalénien bis zur Gegenwart und darüber hinaus. Nachdenklich stimmt das abschließende Plädoyer für bedeutende Investitionen in das gegenwärtige und zukünftige »humane Kapital« und in pädagogische, politische und ökonomische Initiativen. Insbesondere wird auf die Notwendigkeit einer signifikant verstärkten Kinderbetreuung, Familien- und Sozialpolitik hingewiesen, um unsere Weiterentwicklung zu sichern.

Aberundet wird das Werk durch ein ausführliches Literaturverzeichnis, Sach- und Personenregister.

Kritisch anzumerken sei, dass die Autoren – oder zumindest der Übersetzer – keine Unterscheidung zwischen Affekt und Emotion treffen. Auch die Differenzierung von Selbst und Ich wird nur unscharf getätigt. Manch Formulierung mutet zudem triebpsychologisch orientiert an, selbst wenn alte Inhalte in neue Vokabel gepackt werden und mit neuen Konzepten wie der Theory of Mind aufgewartet wird. Gelegentliche Redundanz hilft, dass die neue Theorie bis in die letzte Gehirnwinding sickert und den Platz einer selbstverständlichen Sichtweise einnimmt. Abgesehen von diesen kleinen Schwächen ist das Buch eine wahre Offenbarung.

Fazit: Ein äußerst faszinierendes Buch, das für PsychotherapeutInnen, (Entwicklungs-)PsychologInnen, wie auch SoziologInnen und AnthropologInnen wegweisend ist. Die derzeit verbreitete und überall gelehrte Entwicklungspsychologie bedarf vor diesem Hintergrund wohl mancher Revision. Übrigens: Die PsychotherapeutIn (gleich, welcher Schule sie angehört) als konkretes, emotionales Gegenüber erscheint nochmals in einem neuen Licht. Und körperorientierte TherapeutInnen werden vieles finden, was ihre Vorgehensweise theoretisch untermauert.

Elisabeth Pellegrini

Veranstaltungskalender

24. bis 26. September 2010

61. Jahrestagung der DGPT – Thema: Angst

Infos: www.dgpt.de

29. Oktober bis 1. November 2010, Wien

Kongress der European Association for Body-Psychotherapy

Infos: e.kastenberger@aon.at

13. bis 14. November 2010, Herrsching – Thema: Jenseits der Worte. Handlungsdialog und szenisches Verstehen in der Psychoanalyse

Infos: www.psychoanalyse-map.de

30. September bis 2. Oktober 2011, Wien

8. Wiener Symposium »Psychoanalyse und Körper« – Thema: Suggestion

Infos: www.a-k-p.at, geissler.p@aon.at

