

Turbulente Gegenübertragungsgefühle

Klärungsversuche für (Körper-) Psychotherapeuten

von Günter Weier

Für Lowijs Perquin, der uns fehlt, mit seinen sprudelnden Ideen und seinen Ermutigungen, die von Herzen kamen.

*Zusammenfassung: Wenn Menschen zusammenkommen, dann reagieren sie ganzheitlich aufeinander mit ihren Körpern, Emotionen, Einordnungen und Vorstellungen. Die Begegnungssituation in der psychotherapeutischen Behandlung erfordert von Psychotherapeut*innen ein besonderes Können, das in Ausbildung und Selbsterfahrung eingeübt und im praktischen Tun vertieft werden kann. Das Aufspüren der eigenen Körperreaktionen, das wache Mitschwingen mit den Ausdrucksbewegungen des Gegenübers und das Können, diese Phänomene in die Interaktion zu bringen, schaffen eine Atmosphäre des menschlichen Wachstums. Für diesen Prozess der Selbstwerdung der Klient*innen, der nicht selten von Turbulenzen erschüttert wird, ist Expertentum gefragt. Aus dem gedanklichen Erfassen dieser Zusammenhänge sind Schreib-Erlebnisse geworden, die ich Euch nun zur Verfügung stelle in der Hoffnung, Euch wiederum anregende Lese-Erlebnisse zu bescheren.*

Jede wache und aufmerksame Mutter verstärkt intuitiv ein gewünschtes Verhalten ihrer Tochter, weil sie hofft, dass es dann vielleicht häufiger auftritt. Alle Familienmitglieder bilden eine freudige Einheit, wenn das Kind von einem Erfolg berichtet. Der achtsame Vater gewährt seinem überwiegend schüchternen Sohn Raum für ein kraftvolles Auftreten. Solche Reaktionen und Verhaltensweisen halten wir für „normal“. Wir wissen auch, dass sie methodisch in Psychotherapien als „operantes Konditionieren“, als „systemische“ Intervention oder als Ergebnis einer gut reflektierten „Gegenübertragung“ eingesetzt werden. Wenn sich diese „Normalität“ in Familien durchsetzen würde, dann wären wir Psychotherapeuten arbeitslos. Was ist „Normalität“?

Folgen wir einem Beispiel aus der Literatur. Der Roman „Nachtschatten“ des norwegischen Schriftstellers Lars Christensen (2008, S. 7) beginnt mit den Sätzen der Hauptfigur Adrian: „Ich hatte eine schöne Kindheit. Mutter ging früh zu Bett. Vater starb, als ich zwölf Jahre alt war. Ich war Einzelkind.“ Wie gehen wir als Psychotherapeut*innen mit diesen Sätzen um, wenn Adrian bei uns in Therapie wäre? Beim Versuch, diese Frage zu beantworten, haben uns schon Gegenübertragungsgefühle erfasst. Ein Impuls kann sein, zu widersprechen: „Das kann gar nicht sein, dass du eine schöne Kindheit hattest!“ Eine zweite Reaktion ist vielleicht, in Verwirrung zu geraten, eine andere sich zu ärgern, eine weitere, alles laufen zu lassen und abzuwarten. Wir müssen bei der methodischen Anwendung der Gegenübertragungsgefühle zwischen innerem Impuls und nach außen gebrachte Reaktion unterscheiden. Erst wenn es uns als Psychotherapeut*innen gelingt, zwischen Impuls und Reaktion eine Zäsur zu setzen, können wir bewusst-intuitiv entscheiden,

was angemessen ist und was nicht. Es ist paradox: Beide scheinbar antagonistische Empfindungen können dann zu einer authentischen Einheit verschmelzen.

Hier wird schon deutlich, was von guten Psychotherapeut*innen verlangt wird. Wenn ich mich in einem Raum aufhalte, und jemand betritt ihn, dann bin ich nicht mehr derselbe wie vorher. Wie durch Zauberei verändere ich mich, nur weil noch eine Person anwesend ist. Und je nach Lebensgeschichte verspanne ich mich oder freue mich, ich bin neugierig oder fühle mich belästigt, „saug“ den anderen ein, finde „Fehler“ in seinem Auftreten usw. In Partnerschaften oder Freundschaften haben wir unsere Vertrautheiten, reagieren aber auf bestimmte Eigenarten „allergisch“. Das Beste wäre, wenn wir uns in unserem Gemüt und unseren Reaktionsweisen gut auskennen würden.

Was passiert in der Psychotherapie?

Auf dem einen Stuhl: Ein Mensch mit einer Lebensgeschichte, mit der er in eine Krise oder Sackgasse geraten ist und Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, seelische und körperliche Schmerzen, Ängste, Panik, Burnout, Verwirrtheit spürt, die er verbalisieren und zum Ausdruck bringen will.

Auf dem anderen Stuhl: Ein Mensch mit einer Lebensgeschichte, in der er Krisen (teilweise) überwinden konnte. Durch viel Erfahrung, Übung und einer Methodik hat er gelernt, mit solchen Situationen umzugehen, die entstehen, wenn zwei unterschiedliche Menschen in einem Raum zwecks Psychotherapie zusammentreffen.

Es begegnen sich zwei in ihren Funktionen und Rollen vordefinierte, aber fremde Menschen mit unterschiedlichen Lebenswelten: „Psychotherapeut*innen“ und „Klient*innen“. Erstere sollten sich nach Sigmund Freud über Folgendes bewusst sein: „Jeder Normale ist eben nur durchschnittlich normal, sein Ich nähert sich dem des Psychotikers in dem oder jenem Stück, in größerem oder geringerem Ausmaß“ (Freud, 1937c, S. 80). Wenn Adrian sagt „Ich hatte eine schöne Kindheit“, dann kann die Störung des einen auf eine Störung des anderen treffen. Die der Helfer kann darin bestehen, sich schnell zu identifizieren: „Das war bei mir auch so!“ Setzt sich dieser Impuls fest und wird er gar zum Ausdruck gebracht, dann halten Therapeut*innen diese Gegenübertragungsgefühle für wahr und agieren sie. Diese konkordante (concordare = „übereinstimmen“) Gegenübertragung hat eine Zwillingschwester, die komplementäre (complémentaire = „ergänzend“, aber auch gegensätzlich) Gegenübertragung. Mit ihr gehen Gefühle und Reaktionen von Unverständnis oder Widerspruch einher. Es kommt zu „verkrusteten“ Interaktionen, so dass letztlich keine Behandlung stattfindet.

Auch wir Psychotherapeut*innen tragen aus unserer Lebensgeschichte die Gefühle in uns, die uns aus frühen Beziehungserfahrungen geprägt haben. Als Freud entdeckte, dass er und seine Kolleg*innen den ganzen Wust von unausgegorenen und nicht verarbeiteten Kindheitsgefühlen auf die Patient*innen übertragen, wollte er diese

Tatsache unterdrücken, um den Ruf seiner Methode nicht aufs Spiel zu setzen. Später haben seine Nachfolger*innen einfach gesagt: Alle Gefühle, die die/der Analytikerin/Analytiker hat, haben ausschließlich mit den zu Behandelnden zu tun. Die Pioniere der Relationalen Psychoanalyse, die vor ca. 25 Jahren entstanden und dialogisch ausgerichtet ist, haben wieder passendere Lösungen gefunden (Mitchell, 2005). Jetzt konnten die Analytiker*innen ihre Gefühle gezielt-fördernd zum Ausdruck bringen.

Demnach ist der Sinn einer Psychotherapeutenausbildung nicht nur die Vermittlung von Kenntnissen und Einübung von methodischen Abläufen, sondern vor allem die von erfahrenen Therapeut*innen angeleitete Eigenterapie, auch Selbsterfahrung genannt. Hier ist der Stand an vielen Instituten beklagenswert. Es kann sein, dass zertifizierte Trainer*innen nicht mehr als zehn eigene Therapie-Sitzungen genommen haben, was für die Behandlung von Patient*innen fatal ist. Bei jungen und neu gegründeten Instituten ist das die Regel, weil Trainer*innen für das Ausbildungskolloquium gebraucht werden. Später und besonders in Krisen kann sich bei den Institutsleitern dieser Mangel an Persönlichkeitsformung verhängnisvoll auswirken. Für die Ausbildungskandidaten ist unseres Erachtens anzustreben, mindestens 50 eigene therapeutische Arbeiten im Gruppensetting bei erfahrenen Therapeuten zu nehmen. Das wird ergänzt durch die ca. 8-fache Anzahl an Therapie, die in den Gruppen miterlebt werden. Wünschenswert wäre ferner eine umfangreiche tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische oder systemische Ausbildung in Theorie, Praxis und Selbsterfahrung. Nicht ohne Grund bezeichnete Freud das Psychotherapieren (neben dem Erziehen und Regieren) als „unmöglichen Beruf“ (Freud, 1937c, S. 80). Das Einzige, was in diesem unwegsamem Gelände hilft, ist die Eigenterapie.

Ethische Qualitäten

Was ist das konkrete Ziel dieser Selbsterfahrungs Bemühungen? Wir können von uns selbst absehen, ohne altruistisch zu sein. Wir lernen, in uns hinein zu spüren, um uns körperlich, psychisch und gedanklich im Kontakt mit dem Anderen wahrzunehmen. Welche Regungen und Impulse bei welchen Äußerungen unseres Gegenübers treten bei uns auf? Haben diese Impulse mit unserer Lebensgeschichte zu tun? Was wäre die beste Art und Weise zu reagieren, welche Gefühle, Gedanken oder Körperreaktionen sind für die Patient*innen fördernd und welche hemmend? Wir wissen, dass wir bei uns keine Schalter betätigen können, um das zu erreichen. Es geht hier um authentisch Gefühltes, Gedachtes und Geäußertes. Im „Fall“ von Adrian wären Gefühlsregungen günstig, die für ihn den Weg von der Ich-Befangenheit zur Ich-Öffnung ebnen. In seinem Ichzustand mit der Aussage „Ich hatte eine schöne Kindheit“ fühlt er sich zunächst eins mit sich. Seine Gedanken und Gefühle nimmt er auf dieser Ebene nicht als fremd oder störend wahr. Er fühlt sich damit „normal“. Denkbar wäre eine Entwicklung zur Ich-Öffnung, indem er beginnt, seine vorherigen Gedanken, Impulse oder

Gemütsregungen nicht mehr für selbstverständlich zu halten. Er könnte damit beginnen – probierhalber –, die Perspektive wechseln, sich einerseits von „außen“ zu betrachten und andererseits das Zentrum seiner inneren Wahrheit sprechen zu lassen. Diese Art der Öffnung, die nur in einem therapeutisch begleiteten absoluten Schutzraum stattfinden kann, erweitert den Blick auf die eigene Person und weicht Verkrustungen auf. Um diese psychischen Prozesse zu durchlaufen, reicht Adrians Verständnis von „normal“ nicht mehr aus. Wenn wir ihm eine andere oder „höhere“ Normalität anbieten, in der ethische Qualitäten enthalten sind, dann öffnet sich ihm der Horizont dafür, was „sein sollen“ (Buchholz, 2004, S. 1) genannt wird. Demnach hätte Adrian dann im zweiten möglichen Ich-Zustand eine neue Wertempfindung sich selbst gegenüber aufgebaut.

Die „Normalität“ der Therapeut*innen und die der Klient*innen in der therapeutischen Arbeit ist keine fixe Größe, sondern situativ variabel. Und noch mehr: Wir Psychotherapeut*innen müssen uns die Mühe machen, situativ und individuell auf die Klient*innen bezogen zu fühlen und zu verstehen. Dann wäre „Normalität“ keine Norm, es gäbe vielmehr „Normalitäten“, die wie eine hilfreiche Ressource in die therapeutische Interaktion eingebracht werden können. An dieser Stelle ist die Beziehung der beiden Protagonist*innen nicht symmetrisch: Therapeut*innen sollen auf vielen (nicht allen) Ebenen mehr Können und Übersicht haben als Patient*innen. Dieses spezielle Können erlangt man nicht in der Familie, vor dem Computer oder gar an der Universität und auch nur zum Teil in der Psychotherapeutenausbildung. Es hat mit dem Leben selbst zu tun, mit einem Experten-Wissen und Fühlen, das aus Krisen und vor allem aus tiefer Selbstreflexion erwachsen ist.

Philosophischer Ausflug

Die Philosophie versucht, zum Menschlichen an sich vorzudringen. Der Philosoph Fichte (1762–1814) soll vor seinen Studenten gesagt haben: „Ich rede hier zu Ihnen, gleichzeitig kann ich mich beobachten, wie ich zu Ihnen rede.“ In diesem Sinne spricht Fichte auch von der „Reflexion auf sich selbst, durch welche allein das Ich ein Ich wird“ (in: Grünepütt, 1995, S. 9). Ohne Selbstreflexion nehmen wir nur eingeschränkt am Menschsein teil. Noch etwas spezieller hat es Helmuth Plessner (1892–1985) ausgedrückt. Er unterschied die zentrische von der exzentrischen Positionalität (Plessner, 1976, S. 56ff) und fokussierte damit unter anderem auf den Unterschied zwischen „Körper sein“ (zentrisch) und „Körper haben“ (exzentrisch). Indem ich eine Position außerhalb von mir einnehme, nehme ich meine Rolle in einer Gruppe oder meine Körpereigenarten bewusst wahr. Ein ergreifendes Beispiel dafür finden wir wieder in der Literatur: Zora Hurston (1891–1960), eine afroamerikanische Schriftstellerin, schrieb den Roman „Vor ihren Augen sahen sie Gott“. In der Geschichte von Janie geht es um nichts weniger als um das, was Menschen, ob Frau oder Mann, schwarz oder weiß, im Innersten ausmachen. Das Mädchen wächst bei ihrer Großmutter auf, die

wiederum Dienerin bei weißen Herrschaften ist. Janie spielt völlig selbstverständlich mit den weißen Kindern aus dem Haus. Eines Tages wird ein Foto von allen Kindern gemacht und alle sehen sich das Foto an. Janie fragt: „Wo bin ich denn? Ich sehe mich gar nicht.“ Alle lachen. Die Mutter von den anderen Kindern zeigt auf das „kleine Dunkle“ und sagt: „Das bist du, kennst du dich selber nicht?“ Dann sieht Janie das Bild lange an und sagt: „Aw, aw! Ah'm colored!“ „Weil ich doch nicht wusste, dass ich farbig war. Aber bis ich das Bild gesehen hatte, dachte ich, ich wär so wie alle andern“ (Hurston, 2011, S. 15). Auch diese Schilderung löst Gefühle aus – bei Ihnen auch? Bei Janie findet der Übergang von der zentrischen zur exzentrischen Positionalität statt, der für das Mädchen sehr schmerzhaft ist. Ihr werden damit alle gesellschaftlichen Wertungen ihre Hautfarbe betreffend auf der nicht-sprachlichen Ebene diffus-bewusst, obwohl sie mit den anderen weißen Kindern gute Erfahrungen gemacht hat.

Auch in der Sprache ist die Selbstreflexion schon enthalten, weil sich viele Verben reflexiv verwenden lassen: Ich berühre mich. Oder: Ich nehme mich wahr. Oder: Ich nehme wahr, dass ich Dich wahrnehme. Oder: Ich nehme wahr (sehe, merke, höre, spüre), dass Du mich wahrnimmst und fühle mich angenehm/unangenehm berührt, was Dir wiederum – so glaube ich zu spüren - gefällt/peinlich ist. In beginnenden Liebesbeziehungen kommt es zu solchen (hoffentlich positiven) „Verwicklungen“. Wir können uns beim Wahrnehmen – nach innen oder nach außen - wahrnehmen. Es gibt also die Möglichkeit, dass ich ETWAS wahrnehme und dass dieses ETWAS mit mir etwas macht, bei mir etwas auslöst – was ich dann wieder wahrnehmen kann. Hier sind wir – auch ohne Psychoanalyse – bei den Emotionen und Reaktionen im Beziehungsgeschehen, die in jeder Psychotherapie stattfinden. Wir tragen die Fähigkeit der „Gegenübertragung“ in uns.

Mentale und körperliche Gegenübertragungsreaktionen

Nehmen wir an, wir sind gut im Kontakt mit uns selbst und haben den Wechsel von „zentrisch“ und „exzentrisch“ eingeübt. Was machen wir jetzt mit den Informationen, die sich bei uns durch den Patienten Adrian einstellen? Er sagt jetzt seine nächsten Sätze: „Mutter ging früh zu Bett. Vater starb, als ich zwölf Jahre alt war. Ich war Einzelkind.“ Was geht in uns vor? Natürlich kommt es darauf an, welcher Gefühlsausdruck dabei mitschwingt. Viele Patient*innen sagen solche Sätze, als ob sie nichts mit ihnen zu tun hätten. Adrian spricht aus seiner „Normalität“ heraus und die ist zentrisch. Möglich wäre eine konkordante Gegenübertragung, die so zum Ausdruck kommen könnte, dass uns selbst fast die Tränen in die Augen steigen. Dann sind wir wie Adrian und haben die Gefühle, die Adrian haben müsste bzw. hinter seiner Abwehr vielleicht auch hat. Bei der komplementären Gegenübertragung gibt es zwei Möglichkeiten: Aus einem Gefühl von Unverständnis möchten wir ihm helfen und bringen die „einspringende Fürsorge“ zur Geltung. Wenn wir ihm die Lebenslast

abnehmen wollen, dann laufen wir Gefahr, ihn von uns abhängig zu machen. Weit verbreitet unter Kolleg*innen ist die Tröstung von oben herab: „Armer Kerl, komm an meine starke Schulter, an meinen weichen Busen – die Sonne geht doch immer wieder auf!“ Damit beeltern wir ihn in der Gegenwart. Bei allen Lösungen agieren wir genau wie Adrian einseitig zentrisch. Es stehen sich dann zwei „Standpunkte“ gegenüber, die wie subjektive „Meinungen“ wirken und zu nichts führen. Diese haben heutzutage in den sozialen Medien Hochkonjunktur. Wenn jemand einen Satz anfängt mit den Worten „Ich bin der Meinung“, dann möchten wir am liebsten den Ton am Mund abstellen – das geht leider nur am Fernseher oder Radio.

Ziehen wir noch einen analytischen Körpertherapeuten zu Rate, der viel Erfahrung gesammelt hat. George Downing (1996, S. 316ff) hat drei praktische Schritte im Sinn, um aus den eigenen Gefühlsregungen Gewinn zu ziehen. Auch er betont, außerhalb der Therapiesituation viel zu üben, um in der Therapiesituation authentisch und adäquat zu reagieren:

1. Die innere Wahrnehmung auf die Gegenübertragungsgefühle richten und den Körperreaktionen nachspüren. Dafür (auch noch nach der Sitzung) beschreibende Worte finden.
2. Die eigene innere Verarbeitung (Distanz einlegen, Wut, Ungeduld, Müdigkeit usw.) während des Kontakts mit Patient*innen bemerken und mit der eigenen Lebensgeschichte in Beziehung setzen.
3. Das Geschehen einordnen und Hypothesen bilden: Wir können davon ausgehen, dass Patient*innen in uns etwas auslösen „wollen“, zum Beispiel Ohnmachtsgefühle, Wut, erotische Gefühle, Gefühl wie im Nebel usw. Unbewusst inszenieren sie das Geschehen so, als würden sie sagen: Schau, so ohnmächtig, wütend, erotisch, neblig wie du dich jetzt fühlst, habe ich mich als Kind gefühlt. Mit diesem „intentionalen Wollen“ (May, 1970, S. 221) bestreiten sie ihr Leben und scheitern nicht selten im Privaten und beruflich.

Sensible Körperwahrnehmung

Vielleicht wird jetzt deutlich, warum wir zum Beispiel nach sechs Sitzungen abends völlig erschöpft auf die Couch fallen. Auch wenn wir locker im Therapiestuhl sitzen, arbeitet unser Organismus auf Hochtouren. Das Gegenübertragungsgeschehen ist immer körperlich, da wir die Hilfesuchenden in oder an unserem Körper spüren. Downing stellt fest, dass es im Therapiekontakt zu einer Schwächung unserer Sensibilität kommt. Wir spüren unsere Körperempfindungen nur diffus oder global, weil unsere Aufmerksamkeit auf die Kommunikation ausgerichtet ist (Downing, 1996, S. 320). Trotzdem lohnt es sich, auf eine sensible Körperwahrnehmung hin zu trainieren. Mit etwas Übung werden wir mitunter Folgendes an uns bemerken: Atem anhalten – Erschöpfung – Verkrampfung – Verspannung in den Schultern – Faust machen –

unruhige Füße – Sitzhaltung oft verändern – Unwohlsein im Magen – Verdauung springt an – Gefühl der körperlichen Schwere – Arm kaum bewegen können – Kopfschmerz – Schwindel – gedanklich abschweifen – Scham- oder Schuldgefühle – Herzklopfen – Erregung – Leere im Kopf. Emotionsworte für diese Körperempfindungen sind: Verdichtet und schwer, schwebend, einheitlich, auseinanderfallend, verbunden, zerrissen, eng (in der Brust, manchmal Beklemmung verbunden mit Schreck, Angst, Schmerz), weit (ums Herz, bei Entspannung auch Freude mit guter Durchblutung des Körpers, Gefühl der Wärme), lustvoll, frustriert, ärgerlich, plätschernd, aufwallend, stechend, ein Jucken auf der Haut, kalter Schweiß, ein wohliger Schauer usw. Downing empfiehlt, alles zuzulassen und mit Kolleg*innen den Austausch zu suchen. Alles hat eine Bedeutung, aber nur einen Bruchteil davon können wir entschlüsseln. Zulassen heißt deshalb offenlassen, Geduld haben und keine schnellen kognitiven Schlüsse ziehen!

Zwischenbilanz und Fortführung

Wir haben nur einen kleinen Ausschnitt von dem zusammengetragen, was für unser Thema wichtig ist. Zwischenbilanz: Sobald Menschen zusammenkommen, reagieren sie ganzheitlich mit ihren Körpern, Emotionen, Gedanken und Vorstellungen aufeinander. Die psychotherapeutische Situation erfordert von uns Behandler*innen ein besonderes Können, das unter anderem aus einem Wechsel von zentrischer und exzentrischer Positionalität besteht und „ansteckend“ für unser Gegenüber sein kann. Fließt diese Sichtweise bei uns innerlich hin und her, dann steigen wir von einem Novizen zu einem fortgeschrittenen Novizen auf. Expertentum zeigt sich erst, wenn wir zeitgleich unsere Körperreaktionen im Kontakt mit den Patient*innen erspüren, was nach Downing eine besondere Schwierigkeit darstellt (den Körper unseres Gegenübers wahrzunehmen, ist dagegen relativ leicht).

Um die exzentrische Position einzunehmen, muss das ganze „Gewicht“ und Können der Therapeutenpersönlichkeit in die Waagschale geworfen werden. Die innerlich offene Selbstreflexion und der Kontakt zum Gegenüber werden aber nicht selten – auch ohne, dass wir es merken – durch Ängste, Leistungsdruck, Kleinmut, Gefallen wollen, Erfolgszwang usw. versperrt. Wenn uns diesen Gefühlen bewusstwerden, dann ist die höchste Tugend des Therapeutenberufes gefragt: Mut – verbunden mit den Fragen: Wie kommt es zu diesen Regungen in der aktuellen Interaktion und woher kommen sie aus meiner Lebensgeschichte?

Um den Umgang mit Gegenübertragungsgefühlen zu illustrieren, eignet sich die Pesso-Boydell-Methode besonders gut, weil in ihr Phänomene fühl- und sichtbar werden, die sonst verborgen blieben. Grundlage dazu ist ein besonderes Therapiesetting, in dem sich die Patient*innen für sich selbst eine Möglichkeitssphäre vorstellen. In dieser Sphäre kann alles zum Ausdruck kommen, was vielleicht schon lange darauf wartet, zum Ausdruck gebracht zu werden. Die Therapeut*innen sind nicht Teil dieser Sphäre,

sie stellen aber Informationen zur Verfügung, mit denen ihre Gegenüber arbeiten können. Diese leicht ritualisierte Vorgehensweise mit vorgestellter Zeugen- und Stimmenfigur, mit Platzhaltern und Fragmentfiguren sind auf dem Hintergrund einer Bedürfnispsychologie entstanden und beziehen die Entwicklungsbedingungen des Menschen und die subjektiven Schlüsse, die er daraus gezogen hat, mit ein. Das zeigen auch schon die Begriffe dieses Konzepts. Die Klient*innen kommen zu uns, mit ihren „wahren Szenen“, die in ihrem Körper, im Gefühlsleben, ihrem Denken und ihren Vorstellungen wirksam sind und sie krank gemacht haben. Es nutzt nichts, wenn nur die Psychotherapeut*innen diese Zusammenhänge erkennen. In dieser Methode geht es darum, heilsame Prozesse den Hilfesuchenden auf der Erlebnisebene zu ermöglichen, damit sie ihre „Heilung“ selbst er-„finden“.

Pesso war im persönlichen Gespräch oftmals angespannt, wenn wir die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung eingebracht haben (siehe auch Pesso, 2013). Er wollte sich von der Psychoanalyse abgrenzen und etwas gänzlich Neues schaffen. Das ist ihm mit seinem Therapie-Modell der Möglichkeitssphäre (siehe Weier, 2018) auch gelungen, nur hat er „das Kind mit dem Bade ausgeschüttet“. Auch wenn Therapeut*innen in einer Struktur Assistent*innen der Patient*innen sind und sich außerhalb der Möglichkeitssphäre aufhalten, finden gegenseitige personale Beeinflussungen statt, die wir nutzen können.

Zentrisch und exzentrisch – grief und relieve

Wenden wir uns jetzt der Pesso-Boyden-Methode zu. Das Pendeln von zentrischer und exzentrischer Position findet in der personalen Interaktion zwischen Therapeut*in und Klient*in statt. Ein Gesundheitsfaktor ist, wenn die Klient*innen bezogen auf ihre Lebensgeschichte dafür empfänglich werden. In der Assistentenfunktion als Pesso-Boyden-Therapeut*innen können wir entscheidend durch unsere „Werkzeuge“ dazu beitragen. Weil wir uns außerhalb der Möglichkeitssphäre der Hilfesuchenden positionieren, erkennen wir sehr deutlich, dass diese zu Beginn der Psychotherapie fast ausschließlich im zentrischen Modus agieren. Lassen wir aber die Zeugen- oder Stimmenfigur sprechen, bitten wir darum, Platzhalter für die erwähnten Personen auf den Boden zu legen, machen wir Vorschläge für Fragmentfiguren oder setzen wir auf Wunsch unseres Gegenübers ideale Eltern ein, dann kommt für die Klient*innen die exzentrische Dimension hinzu, jetzt aber als hilfreiche, fördernde und passformgebende Variante. Pesso hat oftmals auf die mentale Grief-Relieve-Abfolge (Workshops in Boston 2009 bis 2014) aufmerksam gemacht, die ebenfalls einem Pendeln gleicht. Dabei erleben Klient*innen fast gleichzeitig Kummer darüber, wie es damals in der Kindheit gewesen ist und Erleichterung bei der gefühlten Vorstellung und beim Erleben in der Therapiesituation, wie es hätte sein müssen. Diese Sequenz kann sowohl von der zentrischen als auch exzentrischen Position ausgehen. Erinnern wir uns an das oben erwähnte Beispiel von Janie. Auf dem Foto erkennt sie sich in der exzentrischen

Position als schwarzhäutig mit allen negativen Wertungen und kann gleichzeitig nicht mehr auf ihre vertraute, aber ahnungslose zentrische Plattform zurück. Sie wird einen bodenlosen Schmerz erleben, aus dem sie ohne Hilfe von anderen nicht herauskommt. Wie gerne würden wir ihr ideale schwarze Eltern geben, die stolz auf ihre Hautfarbe sind und ihr das auch vermitteln. Je nach Empfänglichkeit können wir eine ideale Welt ohne Rassismus vorschlagen, oder die idealen Eltern erklären ihr bald die gesellschaftlichen Unterschiede, damit sie einigermaßen gegen Rassismus gewappnet ist. Diese Arbeit in der Vorstellung bewirkt, dass in ihrer exzentrischen Sphäre humanistisch gesinnte Menschen „wohnen“. Das wirkt sich wiederum auf ihr zentrisches Dasein durch tiefes Selbstbewusstsein, Ich-Stärke und Behauptung des eigenen Wollens aus.

Aus der Praxis einer Pess-Boyden-Psychotherapeutin

Nehmen wir an, Adrian (25 Jahre alt) kommt zu einer Pess-Boyden-Therapeutin (Angelika, 45 Jahre alt) in Behandlung. Sie erklärt ihm den immer wiederkehrenden Rahmen der Methode aus Möglichkeitssphäre, Zeugen- und Stimmenfigur, Platzhalter usw. und betont, dass sie lediglich Assistentin im Prozess seiner Selbstwerdung ist. Er sagt: „Ich hatte eine schöne Kindheit“. Schon bei der Begrüßung war sie von seinen schönen traurigen Augen beeindruckt, auf die sie – so flammt es in ihr kurz auf – vor 20 Jahren „abgefahren“ wäre. Das registriert sie flüchtig und fühlt sich gleichzeitig in ihrer Partnerschaft gut aufgehoben. Sie hat sofort Gegenübertragungsgefühle – eine Mischung aus erotischer Anziehung und ihn retten wollen – obwohl sie noch nichts von Adrian weiß. Auch kennt sie Traurigkeit aus der eigenen Lebensgeschichte, was ebenfalls – wie nebenbei – in ihr wach wird.

Zwischenbemerkung: Die Wahrnehmungen „wie nebenbei“ im Geschehen von Übertragung und Gegenübertragung sind vergleichbar mit der Gesichtsfeldmessung (Perimetrie) beim Augenarzt. Während der Untersuchung fixieren wir einen Punkt in der Mitte eines Bildschirms. Dann erscheinen Lichtreize in zufälliger Reihenfolge an unterschiedlichen Positionen und in unterschiedlicher Intensität. Obwohl wir auf den Punkt in der Mitte „starren“, registrieren wir bei guter Gesundheit der Augen die Lichtreize. Als Psychotherapeut*innen können/müssen wir diese Sensibilität üben, um die „Bewegungen“ unseres Gegenübers überhaupt wahrzunehmen, sie zu sammeln, einzuordnen, um letztlich auf der symbolischen Ebene heilsame und bedürfnisbefriedigende Figuren anzubieten.

Zurück ins Therapiezimmer. Bei den ersten Sätzen von Adrian ändert sich die Gefühlslage von Angelika abrupt. Sie fühlt sich kühl umweht, was sie diffus als körperliche Erstarrung und Spannung wahrnimmt. Sie bezeugt: „Ich sehe, wie unbeteiligt du dich fühlst, wenn du sagst, du hattest eine schöne Kindheit.“ Adrian ist erstaunt und nickt dann langsam. Er habe sich einen „Erzählmodus“ über seine Vergangenheit angewöhnt, so gibt er zu. Er besteht aber darauf, dass seine Kindheit schön war. Nun steht die Therapeutin vor einem Problem, zu dessen Lösung sie nicht

viel Zeit hat. Deswegen sagen wir, dass Pesso-Boyden-Therapeut*innen heuristische Fähigkeiten (griech. heurískein = finden, entdecken) brauchen, die ihnen aber nicht in den Schoß fallen. Aus Platzgründen können wir hier nicht in die Einzelheiten gehen – nur so viel: Diese Fähigkeiten sind einerseits evolutionär erworben und andererseits individuell gelernt. Das bezieht sich sowohl auf die Intuition als auch auf die Kognition. Umgangssprachlich werden diese Begriffe häufig Bauchgefühl und Kopfwissen genannt, was aber einer künstlichen Trennung gleichkommt. Die heuristische Vorgehensweise führt nur im ganzheitlichen Erfassen zu sinnvollen Ergebnissen.

Die Tiefe an der Oberfläche

Unsere Therapeutin entscheidet sich blitzschnell dafür, die „Stimme der Selbstsuggestion“ einzusetzen, von der sie weiß, dass sie konfrontierend ist, aber direkt an die Überlebensnotwendigkeiten des Betreffenden in seiner Kindheit anrührt. „Habe eine schöne Kindheit!“ Wenn Adrian die Bedeutung dieser Lebensstrategie – als Stimme wiedergegeben -für sein Leben an sich heranlässt, dann könnte er damit beginnen, zu seiner subjektiven Normalität Abstand einzulegen. Der Weg dahin führt nicht selten über das Bedürfnis, sich weiter zu öffnen und biografische Details zu schildern. Diese brauchen wir auch von den Patient*innen, um erste Umkehrungen anzubieten. Wir folgen hier der Handlung aus dem Roman „Nachschatten“ von Christensen, dichten aber den Therapierahmen hinzu. Adrian erzählt mit stockender Stimme, dass die Mutter depressiv war und nach dem Tod des Vaters den ganzen Tag im Bett lag. Als Mutter kam sie für ihn nicht mehr in Frage, so dass er sie nur noch „die Witwe“ nannte. Diese Veränderung war für ihn ein Wechsel von heiß auf kalt, denn vor dem Tod des Vaters war er symbiotisch mit ihr verschmolzen. Die Gedanken sprudeln nun aus Adrian heraus und der Therapeutin gelingt es, seinen Erzählstrom durch konsequente Bezeugungen zu regulieren und die Inhalte für ihn zum ersten Mal fühlbar zu machen. Die Zeugenfigur sieht zum Beispiel „wieviel Mitleid du spürst, wenn du an deine kranke Mutter denkst“, aber auch „wie sehr du dich im Stich gelassen fühlst“ und später: „wie wütend du bist, wenn du die seelische und körperliche Abwesenheit der Mutter aufspürst“. Die Sätze verlassen nun stoßweise den Mund des Patienten und werden herausgepresst. Schließlich sagt er, dass sich sein Vater erschossen hat, als er selbst 12 Jahre alt war. Die Gegenübertragungsgefühle von Angelika werden hin und her geworfen. Sie hat einen Grundsatz der Theorie im Hinterkopf, der lautet: So wie ich mich jetzt fühle, so hat sich Adrian in der Kindheit gefühlt, aber nicht nur einmal, sondern als Dauerzustand.

Wie fühlt sich unsere Therapeutin? Hoffnungslos (über seine frühen Verluste), mit den Augen verschlungen (aufgrund der Symbiose mit der Mutter), schockiert (über den gewaltsamen Tod des Vaters), ohnmächtig (dem Leben gegenüber), wütend (auf die „Witwe“). Das unbewegte Gesicht von Adrian macht sie in der Sprechsituation unruhig, sie fühlt sich zerrissen und ängstlich, alles kommt ihr „unheimlich“ vor, sie spürt eine körperliche Lähmung, auch weil er die Sätze ruckartig herauspresst, was kleinen

Eruptionen gleicht. Wir können hier nur ein Blitzlicht auf dieses Beispiel werfen. Schon bald kamen Angelika zwei Worte von Pessoa in den Sinn, die Adrians Kindheit charakterisieren:

No other – verloren im Nichts

Der Therapeutin wird deutlich, dass Adrian jemanden an seiner Seite braucht, eine Kontaktfigur, mit der er nicht allein ist, die ihm hilft, mit seinen heftigen, aber noch versteckten Emotionen umzugehen. Angelika kann ihre Gegenübertragungsregungen bei sich gut registrieren, weil sie sich selbst von anderen unterstützt fühlt, sich sicher, geschützt, geliebt fühlt und mit guten Grenzen im Leben dasteht, auch durch ihre in unzähligen Strukturen erfahrenen und verinnerlichteten idealen Eltern. Deshalb weiß sie: Jeder muss seine ureigenen Entwicklungsschritte im individuellen Tempo gehen. Hier kommt eine zweite Tugend der Therapeutenpersönlichkeit ins Spiel, die Pessoa manchmal eingebracht hat. Er sagte: „I trust“ – und zwar dem inhärenten Entwicklungswillen des Gegenübers, wenn ihm die Bedingungen angeboten werden, die es braucht und gebraucht hätte. Weiter oben haben wir von einer „höheren Normalität“ gesprochen. Was ist das? Es sind die angeborenen und von den richtigen Personen und im passenden Alter zu befriedigenden Entwicklungsbedürfnisse des Kindes. Daraus entsteht ein unverwechselbarer Lebensweg, der natürlich nicht frei von Krisen ist. Wenn wir das aber von den leiblichen Eltern oder symbolisch in der Psychotherapie von vorgestellten (idealen) Eltern erlebt haben, dann können wir einen Platz einnehmen und ihn behaupten, fühlen uns emotional gut genährt und versorgen uns real mit guter Nahrung, fühlen uns unterstützt, so dass wir uns in wichtigen Projekten engagieren können, erleben uns ge- und beschützt, ohne die realen Gefahren zu vernachlässigen und akzeptieren Grenzen, ohne aufzuhören, Menschen oder Verhältnisse in Frage zu stellen.

Kann Adrian diesen ersten Schritt der Interaktion wagen oder ist seine Omnipotenz so groß, dass er sich weiterhin abschottet und alles allein meistern will? Wir verlassen ihn nun und den Roman von Christensen, der uns an die Abgründe des Menschlichen heranführt.

Welche Hilfe holt sich eigentlich Angelika, um ihre Erlebnisse und Erschütterungen aus den Strukturen zu besprechen und zu verarbeiten?

In der Emotions-Werkstatt

Wir haben die Pessoa-Boyden-Supervision um die Bearbeitung der Gegenübertragungsregungen und damit um den eigenen lebensgeschichtlichen Anteil bei Therapiekomplicationen erweitert. Ähnlich wie in der therapeutischen Arbeit setzen wir Kontaktfiguren, erlaubnisgebende oder haltgebenden Figuren ein. Gegenübertragungsgefühle sind uns oftmals peinlich, vor allem, wenn wir uns vor

Kolleg*innen öffnen. In unseren Supervisionsrunden schaffen wir eine vertrauensvolle Atmosphäre, was viel Fingerspitzengefühl von den Supervisor*innen verlangt. Aus vielen Instituten (einschließlich Pessoinstituten) hören wir „schlimme Geschichten“ von Bloßstellung, Oberlehrerhaftem, Wut und Ohnmachtsgefühlen. Hier scheint es insgesamt noch „Luft nach oben“ zu geben, und auch wir selbst sind manchmal nicht ganz glücklich mit einer Supervisionsstunde. Deshalb haben wir unsere Supervision „Emotions-Werkstatt“ genannt, in der alle Emotionen geäußert und neue Interventionen gefahrlos geübt werden können.

Nehmen wir an, es sitzen neben Angelika noch sieben weitere Personen in der „Werkstatt“. Irvin erzählt, dass er sich nicht sicher ist, ob er die Behandlung mit Betty weiterführen kann, weil er ihr gegenüber heftige Ablehnungsgefühle aufgrund ihrer Fettleibigkeit hat. „Dicke Frauen haben mich immer abgestoßen. Ich finde sie widerlich: ihren grotesken Watschgang, das Fehlen jeglicher Körperformen – Brüste, Schoß, Gesäß, Schultern, Kinn, Backenknochen, alles, was ich an Frauen liebe, begraben unter einer Lawine von Fleisch“ (Yalom, 2013, S. 183). Die anderen Gruppenteilnehmer*innen sind erst einmal schockiert, wie immer, wenn sich jemand derart schonungslos öffnet. Sie haben aber gelernt, ihre Impulse zurückzuhalten, weil sie wissen, dass auch bei Irvin Wahrnehmung und Erinnerung eine Einheit ist. Bei den ersten Gruppentreffen konnten sie das noch nicht. Vor allem die „Moraliker“ haben ihrer Empörung freien Lauf gelassen. Andere verfolgten die Strategie von „anything goes“, so dass im Nu ein gruppenspezifischer „Krieg“ entstanden ist. Nachdem einige Teilnehmer ausgeschieden sind, besteht die Gruppe nun aus nachdenklichen, fragenden und sich infrage stellenden Mitgliedern. Alle warten und vertrauen der Selbstreflexion von Irvin, weil sie wissen, dass er mit seinen eigenen Gefühlen nicht glücklich ist. Ihr Warten wird belohnt. Irvin sagt: „Woher kamen diese Gefühle? Ich hatte nie daran gedacht, sie zu erforschen. Sie waren so tief verwurzelt, dass ich sie nicht einmal für Vorurteile hielt“ (ebd., S. 183). Bald darauf erkennt Irvin, dass seine Abneigung von dicken Frauen lebensgeschichtliche Wurzeln hat. Auf Betty liegt ein Mutter-Prinzip, wie wir Pessoinstituten sagen. Nun fängt er unter Tränen an von seiner dicken und dominanten Mutter zu sprechen. Ihm fallen Parallelen der beiden Frauen auf: Er langweilt sich in ihrer Gegenwart, sie sagen nichts Persönliches, kichern ständig und legen eine forcierte Fröhlichkeit an den Tag, die ihn anekelt. Zwei Monate später hat Irvin die nächste Sitzung über Betty. Durch die Aussprache in der Gruppe mit teiltherapeutischen Elementen haben sich seine heftigen Ablehnungsgefühle weitgehend gelegt. Ihm wurde deutlich, dass seine Patientin zu allen Menschen so ist, wie zu ihm und alle Menschen ähnliche Gefühle ihr gegenüber haben wie er. Schockiert stellt er fest – und sieht auch hier wieder Parallelen zu seiner Mutter –, dass sie sich in dieser Art und Weise beliebt machen will. Durch dieses Muster weicht sie den wichtigen Themen des Lebens aus, genauso wie in der Therapie. Sie geht kein Risiko ein und ist nicht offen. Für Betty war das Hier immer woanders und im Woanders gab es wieder ein Woanders und auch kein Hier.

Den Fachleuten der psychotherapeutischen Literatur wird nicht entgangen sein, dass ich den amerikanischen Psychotherapeuten Irvin Yalom in unsere Emotions-Werkstatt hineindichte. Irvin ist noch nicht vertraut mit der Pesso-Boyden-Methode. Obwohl er zuerst auf Bettys Körper reagiert, fehlen in seinen Beschreibungen die Körperbezüge und -metaphern. Er ist aber bereit, zu lernen und kann bald präzisieren: „Durch meine Erfahrungen mit meiner Mutter lasse ich zu, dass Betty in meine Wahrnehmungen eindringt, so dass ich mich überwältigt und erstickt fühle; in mir steigt Ekel auf. Ich fühle mich von ihr penetriert und in die Hilflosigkeit gedrängt. Diese Bilder setzen sich fest und lösen Körperreaktionen der Einengung, der Atemnot und der Übelkeit aus.“ In der Supervisionsgruppe wird Irvin angeboten, mit ideale Schutzfiguren zu arbeiten, die ihm helfen, Betty auf einen für den Therapieprozess nützlichen Abstand zu bringen. Da er Betty in seiner Vorstellung mit seiner Mutter assoziiert, sind seine Gefühle der Überwältigung und des Ekels in der Kindheit entstanden. In einer heilsamen Szene wählt Irvin aus der Gruppe eine ideale Mutter und einen idealen Vater als Rollenspieler. Aus Gründen der Triangulierung sagen beide zu ihm: „Wenn wir damals dagewesen wären, dann hätten wir die Außenreize so dosiert, dass sie für dich bekömmlich gewesen wären. Wir hätten dich nie mit unseren Affekten und unserer Bedürftigkeit bedrängt, sondern deinen Kern so geschützt, dass du angstfrei aufblühen kannst. Bei uns hättest du frei atmen können. Wir hätten dich atmosphärisch mit guten und positiven Emotionen gefüttert. Du hättest ausprobieren können, wieviel Nähe oder Distanz du zu uns einnehmen willst.“ Irvin fühlt sich bei dieser Vorstellung erleichtert, er atmet befreit ein und aus. Genau das hätte er in der Kindheit gebraucht.

Seine Gegenübertragungsregungen einer Patientin gegenüber konnte Irvin lebensgeschichtlich verorten. Durch die teil-therapeutische Arbeit in der Supervision werden ihm heftige, ablehnende und schmerzliche Gefühle bewusst, die er unter den realen Bedingungen seiner Kindheit wegschieben musste und nicht spüren durfte. Diese haben ihre Wirkkraft seitdem nicht verloren, sondern „suchen sich“ zur Spannungsminderung Auslöser. Erst das emotional betroffene Spüren dieser Abgründe ermöglicht die symbolische Befriedigung seiner Grundbedürfnisse mit Kindheitsgefühlen (Grief-relieve). Es kommt zu einer Stärkung seiner Persönlichkeit mit dem Leiden aus der Vergangenheit in der Gegenwart der Therapiesituation auf die Zukunft hin. Nun ist er souveräner im Umgang mit Betty, er hat sein gesamtes Therapeuten-Repertoire zur Verfügung und könnte sich sogar – so teilt er mit einem befreiten Lachen mit – von Betty trennen, weil er jetzt nicht mehr durch sie seine Mutter heilen muss - auf seinem inneren Monitor. Doch diese Zusammenhänge werden ihm erst später in einer weiterführenden therapeutischen Arbeit tiefer bewusst. Er ist nun neugierig auf Betty geworden und wird ihr helfen, aus ihrer Depression herauszufinden.

Literatur

Buchholz, Michael B. (2004) „Normalität“. Psycho-News-Letter Nr. 22. Website:

www.dgpt.de/wissenschaft-forschung/psycho-news-letter/(kontrolliert am 15.06.2019)

Christensen, Lars (2008) „Nachtschatten“. München: btb Verlag

Downing, George (1996) „Körper und Wort in der Psychotherapie“. München: Kösel Verlag

Freud, S. (1937) „Die endliche und die unendliche Analyse“. Gesammelte Werke, Band XVI, S. 59-99. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag

Grünepütt, Katrin (1995) „Selbstreflexion“. In: J. Ritter/K. Gründer (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 9, Spalten 518-519, Basel: Schwabe Verlag

Hurston, Zora (2011) „Vor ihren Augen sahen sie Gott“. Gräfelfing: Verlag Silke Weniger

May, Rollo (1970) „Der verdrängte Eros“. Hamburg: Christian Wegner Verlag

Mitchell, Stephen (2005) „Psychoanalyse als Dialog“. Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung. Gießen: Psychosozial-Verlag

Parin, Paul (1960) „Die Gegenübertragung bei verschiedenen Abwehrformen“. In: Jahrbuch der Psychoanalyse, 1, 196-214

Pesso, Albert / Perquin, Lowijs (2008) „Die Bühne des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind“. München: CIP-Medien

Pesso, Albert / Boyden-Pesso, Diane (2013) „Sharing The Practical Wisdom“. Edited with Commentary by David E. Cooper. E-Book - siehe unter: „Transference and Countertransference“

Plessner, Helmuth (1976) „Die Frage nach der *Conditio humana*“. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch

Weier, Günter (2018) „Eine Alternative zur Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung. Die passformgebende Strukturbeziehung“. Psychoanalyse & Körper, Heft II, 2018, 17. Jg. Gießen: Psychosozial-Verlag

Yalom, Irvin (2013) „Dicke Dame“. In: Die Liebe und ihr Henker. München: btb Verlag

Dr. phil. Günter Weier
ptpraxis@alice.de
psychotherapie-lichtenrade.de