

SGIT- Tagung 2012

Leibliche Kommunikation in der Psychotherapie - ahnungsvoll Gespürtes bekommt einen Namen.

Im Grunde habe ich Ihnen gar nichts Neues zu erzählen. Denn schon immer haben Sie und ich in ganzheitlichen Situationen gelebt, wie auch in leiblicher Kommunikation, aber eben nur vage gespürt, manchmal erlitten, und dem bewussten Wahrnehmen verschlossen, weil es für dieses Erleben noch keine Namen gab. Große Teile der unmittelbaren Lebenserfahrung sind aus unserer bewussten Wahrnehmung verschwunden, seit durch die fortschreitende Verwissenschaftlichung unseres Denkens (laut Hermann Schmitz seit Aristoteles) alles, was nicht sichtbar, zählbar und damit messbar ist, nach und nach entweder ganz verloren ging, oder, gleichsam als Abfall, in eine zu diesem Zwecke konstruierte Innenwelt verschoben wurde. Diese Innenwelt, meist Psyche genannt, wurde dann mit weiteren Konstrukten ausgestattet, Es, Ich, Über-Ich etwa, oder ein Selbst mit Selbst-Objekten, oder ein Ich mit seinen Strukturen und Grenzen usw.. In der Besinnung nach einer Therapiestunde können diese Konstrukte einem Psychotherapeuten möglicherweise nützlich sein, (oder wenn er einen Bericht zum Antrag an die Krankenkasse schreiben muss), sie können dann als eine mehr oder weniger hilfreiche Landkarte dienen. Aber während einer psychotherapeutischen Sitzung wandern wir gemeinsam mit dem Patienten durch die Landschaft selbst. Wir begegnen keinem Über-Ich oder Ich, sondern uns wird vielleicht eng oder beklommen zumute, oder besorgt, oder albern, oder von irgendwoher fliegt uns ein Gedanke zu, ein Bild, und wenn wir das dem Patienten mitteilen bringt es oft, wie durch ein Wunder, das momentane Problem genau auf den Punkt, oder beschreibt ein Detail aus der Lebensgeschichte, an das der Pat. schon lange nicht mehr gedacht hat. Dies ist aber kein ‚Wunder‘, sondern leicht verständlich, wenn man in einer therapeutischen Begegnung die Einleibung in eine gemeinsame Situation sehen kann, Begriffe, die ich gleich noch erläutern werde. Und je besser ich als Therapeutin all das benennen kann, was ich in der therapeutischen Situation erlebe, desto zugänglicher, d.h. bewusstseinsnäher werden mir meine Wahrnehmungen, und desto sicherer werde ich auch im Zugriff auf meine in der Situation aufsteigenden Phantasien und Impulse. Mein Handwerkszeug hat sich sozusagen

erweitert und ist greifbarer geworden.

Die Psychotherapieforschung belegt, dass erfahrene Psychotherapeuten sich in ihrer Arbeit mehr nach ihrer Person unterscheiden als nach der therapeutischen Schule, der sie ursprünglich angehören. Sie alle arbeiten also mit diesem aus der unmittelbaren, lebendigen Erfahrung bezogenen Handwerkszeug, aber möglicherweise etwas blind.

Ich möchte Ihnen nun einige Begriffe aus der Neuen Phänomenologie vorstellen, die ich in der Psychotherapie als hilfreich erachte. Zuerst ist da natürlich

der Leib.

Er fiel völlig durch die Maschen des naturwissenschaftlichen Weltverstehens. Der spürbare Leib ist das, was man in der Gegend seines Körpers, nicht immer in seinen Grenzen, spüren kann ohne Sehen und Tasten hinzuzunehmen (Übung: Hand spüren ohne hinzusehen; dann pusten, wirkt wie tasten). Der Leib ist etwas anderes als der sichtbare und tastbare Körper. Der leibliche Raum kennt nur Richtungen, die aus dem eigenen absoluten Ort in die Weite gehen, kennt also keine umkehrbaren, messbaren Abstände. Das klingt erst einmal fremd, wird Ihnen aber sofort vertraut, wenn diejenigen von Ihnen, die ein Instrument spielen, z.B. Klavier, daran denken, wie sie ein neues Stück einüben. Dann kennen Sie jene Momente, wo sie nach genügend ortsräumlicher Einübung der Finger, die erst einmal lernen müssen, die Tasten zu treffen, sich schließlich der leiblichen Richtung anvertrauen können – dann wird es Musik. Oder wenn jemand einmal vor einem Graben gestanden hat, den er überspringen wollte, und zu lange hin und zurück die Entfernung abgeschätzt hat (umkehrbare Abstände, und damit befindet er sich im Ortsraum), dann hat er vermutlich nasse Füße bekommen; es sei denn er hat sich im letzten Moment doch noch auf seine leibliche Richtung besonnen, sich also gesagt „*dort* will ich hin“. Vielleicht kommt auch dann der Ortsraum störend dazwischen, wenn ein ängstlicher Fußballspieler ‚alles richtig machen‘ will und seinen Elfmeter-Schuss übers Tor setzt, oder wenn bei einem Tennis-Spieler plötzlich ‚der 1. Aufschlag nicht mehr kommt‘. Leibliche Richtungen gehen über die Körpergrenzen hinaus. Dass man auch das eigentlich weiß, zeigt sich z.B. am Verbot, mit dem Finger auf jemanden zu zeigen. Dies ist eine ‚aufspießende‘ Geste, die ihre Wirkung sofort verliert, sobald man den anderen direkt berührt.

Während der Körper Flächen hat und Organe in fester Anordnung und Ausdehnung, kennt der spürbare Leib nur ein Gewoge von Leibesinseln mit diffusem Rand, die mal da sind, dann wieder auch nicht. Z.B. ist in konzentrierter Aufmerksamkeit kaum eine Leibesinsel spürbar, wenn man aber z.B. nach längerer Arbeit am PC den Rechner ausschaltet kann es passieren, dass sich schmerzhaft die Leibesinseln ‚Schultern‘ oder ‚Kreuz‘ melden, wobei durch den Schmerz die prädimensionale Ausdehnung der Leibesinsel in der Regel die ortsräumliche Ausdehnung des betroffenen Körperteils übersteigt. Das Spüren einzelner Leibesinseln geschieht eher in der Entspannung, woraus einige Entspannungstechniken ihre Wirkung beziehen, indem sie die Aufmerksamkeit nacheinander auf einzelne Körperregionen lenken, wie z.B. beim Autogenes Training oder in Achtsamkeitsübungen.

Die leibliche Dynamik spielt sich ab zwischen **Enge** und **Weite**. Jeder kennt die Enge beim plötzlichen Erschrecken: wo man eben noch dösend im Gehen die frische Luft genossen hat, vielleicht in Gedanken einer Erinnerung nachhing – in dem Moment, wo quietschend ein Fahrrad hinter einem bremst ist man aus all dem herausgerissen, das plötzlich eintretende Neue lässt die Vergangenheit abreißen und schafft ein absolutes Jetzt, in dem man als Person einerseits ganz da ist aber gleichzeitig auch wie weg. Es ist der Moment der sogenannten **primitiven Gegenwart**, der Moment, in dem Raum, als absoluter Ort in der Enge des Leibes, Zeit als ein absolutes Jetzt, unbestreitbare Wirklichkeit, absolute Identität und Ich-Subjektivität untrennbar, wie auf einer Spitze zusammengezogen, miteinander verschmelzen. Erst danach kann man identifizieren, was man soeben erlebt hat und Stellung dazu beziehen („diese blöden Radfahrer“, oder „ich sollte besser aufpassen“), d.h. Gegenwart entfaltet sich wieder.

Nur im Moment der Enge, der personalen Regression, nicht nur im Schreck sondern auch wenn man überhaupt von Gefühlen in **leiblich affektiver Betroffenheit** ergriffen wird, erfährt man unwillkürlich das eigenen Dasein, spürt man, *dass* man ist. Aber *wer* oder *was* man ist, findet man erst in der Besinnung, in der personalen Emanzipation. Indem man seine Erfahrungen reflektiert, verdaut, kommt man zu Selbstzuschreibungen, bildet sich eine **Eigenwelt**, die sich abhebt von einer **Fremdwelt**, die einem persönlich nicht mehr nahe geht. Ein Leben lang aber bleibt die personale Regression in affektiver Betroffenheit der einzige

Zugang zur unmittelbar erfahrenen eigenen Identität vor aller Selbstzuschreibung. Dies scheint heute, nicht nur aber vor allem, jüngeren Leuten sehr fremd zu sein. Das denke ich, wenn z.B. eine Anfang 20-jährige Patientin, um Coolness bemüht, vor mir sitzt, aber in diesem Selbstbild ihre Angstatacken nicht unterbringen kann, derentwegen sie gekommen ist.

Enge und Weite bilden gemeinsam den **vitalen Antrieb** eines Menschen. Miteinander verbunden und konkurrierend, sich gegenseitig anstachelnd, nennt Schmitz sie Spannung und Schwellung, was man am Beispiel des Einatmens gut spüren kann. Wenn sie sich voneinander lösen, dann entsteht privative Weitung z.B. in der Trance oder im Wegdösen, oder privative Engung im plötzlichen Schreck. Die Stärke des vitalen Antriebs, also die Intensität mit der Engung und Weitung miteinander konkurrieren, ist sozusagen der Dampf, unter dem jemand steht, und zusammen mit der Bindungsart (locker schwingen zwischen Spannung und Schwellung, oder kompaktes Zusammenkleben, oder leichte Abspaltungsfähigkeit von Engung und Weitung) bestimmt er die **leibliche Disposition** eines Menschen, die gleichsam als Unterton die Persönlichkeit trägt, sich kaum verändern lässt, zumindest nicht per Willensentscheidung.

Aber das für unser Thema vorrangig spannende ist, dass sich Enge und Weite des vitalen Antriebs aufspalten, sobald man mit jemandem in eine gemeinsame Situation gerät. Diese Aufspaltung des vitalen Antriebs in der gemeinsamen Situation nennt H. Schmitz **Einleibung** (nicht Einverleibung!). Schon mit Gegenständen geschieht Einleibung: Wenn ich als ungeübte Radfahrerin auf einem engen Waldweg einen großen Stein liegen sehe, dann gerate ich durch meine Angst mit diesem Stein in eine gemeinsame Situation, in welcher der Stein den Engepol innehat - und ich fahre fasziniert genau auf ihn zu. Dies ist eine *einseitige* Einleibung in eine gemeinsame Situation mit einem Gegenstand. Und noch viel selbstverständlicher erleben wir Einleibung in gemeinsamen Situationen mit Menschen. In einem guten Gespräch schwingt der Engepol in *wechselseitiger* Einleibung hin und her: man klopft mit einer Äußerung beim Gegenüber an, der reagiert, fängt den Ball sozusagen auf und gibt ihn zurück, dann ist man selber wieder dran usw.. Und es ist möglich, dass allein ein solches Gespräch, worüber auch immer, uns aus einer depressiven Stimmung herausholt, weil nämlich unser vitaler Antrieb, der vorübergehend erlahmt war, dadurch wieder angestoßen wird.

Es gibt aber Situationen in der Psychotherapie, in denen wir mehr reden als wir eigentlich

wollen, und irgendwann erschlaffen, einfach dadurch dass das Gegenüber sich verweigert mitzuschwingen, d.h. nicht zu erkennen gibt, dass wir leiblich ankommen mit dem, was wir sagen (vielleicht kennen Sie diese Situation, man spürt, dass die eigenen Worte ins Leere fallen, das Gegenüber nicht anspringt, passiv bleibt). Oder ein nur auf sich selbst bezogener Vielredner hält den Engepol fest ohne zu faszinieren, d.h. ihn interessiert gar nicht, ob er ankommt oder nicht, und auch dann wird uns ganz leer (weit) zumute. Zunehmende Beklommenheit, Enge spüren wir hingegen, wenn jemand nicht aufhören kann, uns seine Situation zu erklären, zu analysieren, uns aber hindert, den Ball zurückzuspielen, d.h. man kommt nicht dazwischen, sogar kaum mit einem kleinen „Aha“ oder „Hmhm“. – In derlei Situationen habe ich auch früher mich irgendwie bemüht zu Wort zu kommen, oder das Gespräch in Gang zu bringen. Seit ich aber wahrnehmen kann, was hier mit dem Engepol in der Einleibung in die gemeinsame Situation, also in den übergeordneten gemeinsamen Leib, geschieht, kann ich das Ganze gelassener angehen, kann auch darauf verzichten, meine etwa aufkommende Müdigkeit spekulativ zu deuten, vielleicht als ‚Abwehr von Aggression‘. Vielmehr kann, wenn jemand den Enge- oder den Weite-Pol meidet, dies als diagnostischer Hinweis genutzt werden, und allein dieses Hin und Her in der Sitzung selber kann zur ‚leibtherapeutischen‘ Intervention werden. Denn da die Enge des Leibes in der primitiven Gegenwart mit Identität und Subjektivität untrennbar verschmolzen ist, kommt in der Person insgesamt etwas ins Fließen, wenn es gelingt, im Gespräch den Engepol besser hin und herschwingen zu lassen. Ich gehe solch eine Situation jetzt also weniger leidend an, sondern gelassener, eher experimentell.

Beispiele guter, genussvoller einseitiger Einleibung sind Situationen, in denen man fasziniert einem Künstler zuschaut, oder einem guten Vortrag zuhört. Wenn es dann aber nach dem Vortrag heißt: „haben Sie Fragen dazu?“, dann braucht es einen Moment Geduld, damit die Zuhörer von der einseitigen wieder auf die wechselseitige Einleibung umschalten können. – Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass es neben der bisher beschriebenen antagonistischen noch die solidarische Einleibung gibt, dann wenden sich die Partner gemeinsam einer Sache zu, z.B. beim gemeinsamen Singen.

Bevor ich auf die persönliche Situation zu sprechen komme, möchte ich jetzt den Begriff

Situation erklären, den ich schon einige Male benutzt habe: in der Neuen Phänomenologie ist eine Situation ganzheitlich abgehoben und wird von einem Bedeutungsgehalt zusammengehalten. Sie enthält Sachverhalte, Programme und Probleme, ist aber binnendiffus, d.h. es sind unzählig viele Einzelheiten enthalten, die sich aber nicht als Einzelne abheben und im binnendiffusen Hintergrund nicht eindeutig voneinander unterschieden sind. Das hört sich kompliziert an, aber, um den Begriff mit Leben zu füllen, denken Sie einmal an Ihre letzte größere Geburtstagsfeier. Der Bedeutungsgehalt, der die Situation als Ganze zusammenhält, ist einerseits klar, Geburtstagsfeier eben, andererseits, etwa beim 60., schon diffuser geladen mit allem möglichen, das nur zum Teil im Einzelnen bewusst ist. Dann die Sachverhalte - welches Essen, welcher Ort, welche Gäste - einigermaßen klar, und bestimmt vom vorrangigen Programm, dass es ‚ein schönes Fest‘ werden soll. Da wird's wiederum diffuser, mögliche Probleme deuten sich an, die selbst jeweils in sich so viele binnendiffuse Ausleger haben, z.B. mögliche Situationen unter den Gästen, dass man sie gar nicht im Einzelnen denken kann. Also: im Rahmen des Bedeutungsgehaltes alles mögliche an Sachverhalten, Programmen und Problemen, binnendiffus, und nur mühsam, bzw. gar nicht, in allen Einzelheiten zu explizieren. Und alle werden hinterher – hoffentlich – von ‚dem‘ Fest reden. Ein ganz anderes Beispiel für eine Situation ist, nach Hermann Schmitz, die Muttersprache, in die man hineingreift ohne sich Einzelnes vergegenwärtigen zu müssen – und man fassungslos ist, wenn einem plötzlich ein Wort den Zugriff verweigert.

Nun zur **persönlichen Situation**:

Im stetig sich abspielenden Wechsel von personaler Regression und Emanzipation entwickelt sich die persönliche Situation eines Menschen. Das Leben beginnt in präpersonaler leiblicher Kommunikation, noch ist nichts einzeln, alles ist subjektiv, betrifft ganz und gar, Abstandnahme ist nicht möglich. Letzten Sommer konnte ich miterleben, wie ein kleiner Kerl, gerade 3 Monate alt, plötzlich begann, Einzelnes wahrzunehmen, man hatte deutlich Blickkontakt, er verfolgte mit seinen Augen die Kaffeetasse. Dem war ein ‚Schreitag‘ vorausgegangen, also irgendetwas schien ihm unerträglich geworden zu sein und machte es vielleicht notwendig, sich aus der Gesamtsituation Welt nun Einzelnes hervorzuholen. Dies ist der aller erste Schritt zur Personwerdung. Erst wenn Einzelnes da ist, kann, im Schritt der

Emanzipation nach affektiver Betroffenheit, etwa nach Enttäuschung, die Subjektivität von einzelnen Dingen abgezogen werden. So entstehen, neben den ‚subjektiven‘, die ‚neutralen Tatsachen‘, die einem nicht mehr nahe gehen, es entwickelt sich das Eigene, das sich vom Fremden abhebt, allerdings nicht scharf geschieden sondern mit einer Grauzone dazwischen. Und vor allem geschehen immer wieder Resubjektivierungen, was ja in einer Psychotherapie zum Teil angestrebt wird: dass nämlich jemand, der über vieles zu glatt hinweggelebt hat, seine affektive Betroffenheit wieder findet; oder dass derjenige, der sich zu weit von sich, von seinen Möglichkeiten entfernt hat, über affektives Betroffensein das Wünschen wieder erlernt, dass er herausfindet, woraus er seine ganz eigene Lebensfreude schöpfen kann.

Man wächst als Kind hinein in eine umgebende familiäre Situation. Auch diese Situation ist mannigfaltig und binnendiffus und zunächst so selbstverständlich, wie der Boden, auf dem man steht. Deshalb ist es oft bis ins Erwachsenenalter schwer, aus dieser familiären Situation Einzelnes zu explizieren und in Frage zu stellen; auch pubertärer Protest ist meist nur ein Rundumschlag, der nicht wirklich aus einem unzuträglichen familiären System befreit. Z.B. trägt man die frühen Bezugspersonen lange noch wie Leerstellen im prädimensionalen Raum mit sich, die eine Art Sogwirkung ausüben können auf andere Menschen, die dann unwillkürlich diese Positionen ausfüllen, im Bösen wie im Guten. In der Psychotherapie nennt man das ‚Gegenübertragung‘: man spürt am eigenen Leibe, an den eigenen Impulsen, den Sog dieser Leerstellen, wenn man darüber stutzt, dass man plötzlich merkwürdig streng wird, oder ungeduldig, oder ärgerlich; man kann aber auch an eigenen Impulsen spüren, was in der persönlichen Situation des Gegenübers fehlt, kann das bedürftige Kind wahrnehmen, das groß tun muss, während uns ganz fürsorglich und achtsam zumute ist.

Auch die persönliche Situation ist binnendiffus und mannigfaltig, sie ist ein Gewoge aus unzähligen partiellen Situationen, z.B. Selbstzuschreibungen, von denen einige sogar miteinander in Widerstreit liegen. Es sind Erfahrungen aus der Vergangenheit, eingekapselte Erinnerungen, die sogenannten retrospektiven Situationen, dann präsentische Situationen als Haltungen, Standpunkten, Lebenstechniken, und prospektive Situationen als das, was einem vorschwebt, worauf man, oder das Leben mit einem, hinauswill. Man selbst kann immer nur kleine, wechselnde Ausschnitte seiner persönlichen Situation erkennen, im Gegensatz zu anderen, die nämlich einen Gesamteindruck haben können davon, was man selber für ein

Mensch ist. Um in diesem mannigfaltigen Gewimmel nicht hin und her zu schwimmen, und schon um dem überlegenen Blick des anderen standzuhalten – überlegen, weil der andere mehr sieht als wir selber -, gibt man sich eindeutiger als man ist, man gibt sich eine Fassung. Diese wiederum kann, je nach Umgebung (Arbeit, Freundeskreis), auch wechseln. Und wichtig für die gute Eindrucksverarbeitung ist, dass die Fassung nicht zu starr festgehalten wird, dass sie auch preisgegeben werden kann, sozusagen durchlässig bleibt, denn über sie findet Wahrnehmung statt, die immer Einleibung ist in gemeinsame Situationen.

Besonders die Fassung, die ich mir als Psychotherapeutin gebe, muss offen sein für die Eindrücke in der gemeinsamen Situation. Es beginnt schon mit der 1. Begrüßung, dem 1. Blickkontakt. Mein Blick ist eine leibliche Richtung, aus der Enge in die Weite, die Enge mitnimmt, und die Patientin, der Patient setzt ihre, setzt seine Fassung dagegen, blickt zurück. Das Wechselspiel der Blicke läutet die Einleibung ein in die gemeinsame Situation, setzt sich fort in der Art, wie wir uns gegenüber setzen, wie die ersten Worte fallen. Wenn nichts Außergewöhnliches mich gleich zu Beginn stutzen lässt (z.B. Frau, Ende 40, mit Piercing in der Nase; oder übertrieben freundliche Begrüßung), geschieht dies alles in ‚latenter Einleibung‘, d.h. ich bekomme schon eine unendliche Fülle mit, mache mir aber nur wenig davon klar. Würde man nach 10 Minuten einen Erstkontakt stoppen und sich alles aufschreiben, was einem zu diesem Patienten einfällt, auch abwegig Erscheinendes, Lieder, Filmszenen, dann hätte man bereits eine erstaunliche Fülle an diagnostischem Material. Ich erinnere mich an eine Patientin, zu der mir in der 1. Sitzung plötzlich ein Kollege in den Sinn kam, der als Kleinstkind im Krieg in seinem bombardierten Elternhaus verschüttet war. Da die Patientin viel jünger war, konnte das mit ihr eigentlich nichts zu tun haben. Als ich ihr später diese Vision mitteilte, erzählte sie, dass sie, erst ein paar Monate alt, in einem sog. ‚Babyhotel‘ abgegeben worden war, als die Eltern Urlaub machten. Solche ‚Visionen‘ sind möglich, weil in der Einleibung in die gemeinsame Situation, in der der vitale Antrieb sich aufspaltet und sich auf beide Partner aufteilt, im Grunde implizit die gesamte Situation des anderen gegenwärtig ist. Um möglichst vieles davon erfassen zu können muss ich meinen vitalen Antrieb zunächst ein wenig zurücknehmen, darf nicht zu schnell auf etwas hinauswollen, muss sozusagen Weite bereit stellen aber mit wachem Hintergrund. Das bedeutet nicht, dass ich nur passiv bin,

sondern ich schwinde, mich langsam vorantastend, meine Fassung auf den Patienten ein. Dies nicht wie ein Chamäleon oder quasi Zwilling des Patienten, sondern je nach dem, was an Impulsen in mir aufsteigt, als ein abwartendes oder auch durchaus aktives Gegenüber. Ich höre mir zu, wie ich Betroffenheit zeige, Mitgefühl, wie ich Verständnis zeige, oder auch erste Anmerkungen von mir gebe, was mich wundert, aber stets so, dass die Sicht des Patienten auf seine Welt erst einmal Vorrang hat. Diese besondere Situation der Erstkontakte kennen Sie sicher alle, in denen aus abtastenden, suchenden Bewegungen allmählich etwas Gemeinsames entsteht, mit im besten Fall dem Gefühl am Ende: „das kriegen wir hin, da kann was draus werden“. Wenn dieses Gefühl aufkommt, dann ist in uns ein Leitbild entstanden, worauf es mit diesem Patienten hinauslaufen könnte, allerdings keinesfalls konkret, sondern nur implizit als vage Prospektion. Wäre dieses Leitbild zu konkret, dann hätte uns eine der vorhin beschriebenen Leerstellen vereinnahmt, und man könnte gleich fragen, wer denn von den Eltern schon immer genau wusste, wie und was der Patient zu sein hat, wer er werden soll. Eine solche Frage könnte ich aber nur stellen, wenn ich über mein allzu konkretes Bild stutzig geworden bin.

Und mein Stutzen ist, im nun einsetzenden therapeutischen Prozess, der Wegweiser schlechthin. Stutzen ist, leiblich gesehen, ein milder Moment primitiver Gegenwart, man wird kurz herausgerissen aus der Dauer durch das Eintreten von etwas Neuem. Es wird gleichsam kurz hell, aber man sieht noch nichts, man spürt nur, *dass* da etwas ist. Ein kurzer Augenblick der Desorientierung also, den ich aber nicht überspielen darf, sondern im Gegenteil wichtig nehmen muss. In der folgenden, fast gleichzeitigen, personalen Emanzipation registriere ich, worüber ich gerade gestolpert bin, und in wiederum schillerndem Wechsel zwischen Regression und Emanzipation bildet sich daraus eine therapeutische Intervention. Dies kennzeichnet m.E. die therapeutische Grundhaltung, nämlich schillernder Wechsel, bzw. fast gleichzeitiges Agieren von zwei Niveaus aus: dem präpersonalen Sich -betreffen -lassen und der sich besinnenden Abstandnahme in personaler Emanzipation.

Und stutzig werden wir vor allem dann, wenn der Patient, häufig achtlos nebenbei, etwas als ganz selbstverständlich äußert, was es für uns aber durchaus nicht ist; vielmehr sehen wir an dieser Stelle einen seiner blinden Flecken aufscheinen, die ihn daran hindern, mit sich weiter

zu kommen. Auch in meiner persönlichen Situation als Psychotherapeutin sind solche Selbstverständlichkeiten, solche blinden Flecken verborgen, trotz aller Bildungsanalyse, aber sie sollten möglichst an anderer Stelle liegen, d.h. zu viel Ähnlichkeit kann einen großen gemeinsamen blinden Fleck erzeugen und den Prozess blockieren.

Wenn wir uns mit der eben beschriebenen Grundhaltung auf präpersonalem wie personalem Niveau auf die Einlebung in die gemeinsame therapeutische Situation einlassen, entfaltet sie sich wie von selbst, und, trotz aller Routine, jede Situation neu und einzigartig. Von der in Not geratenen persönlichen Situation des Patienten geht eine Art Explikationsdruck aus, der ihn die Punkte liefern lässt, über die wir stützen und entsprechend eingreifen können. Und für das Eingreifen mobilisieren wir unseren eigenen vitalen Antrieb, denn in diesem Moment wollen wir auf etwas hinaus, nämlich dass der Patient unser Stützen ernst und wichtig nimmt, und bestenfalls selber stützt, verblüfft ist, also für einen Moment Regression und Desorientierung zulassen kann, so dass eine neue Erkenntnis die Chance hat, sich einzunisten.

Unseren Antrieb mobilisieren müssen wir auch, wenn, wie vorhin beschrieben, das Hin und Herschwingen des Enge-Pols blockiert ist, und dadurch der Patient kaum in der Lage ist, überhaupt etwas anzunehmen. Dann ist auch Mitschwingen nicht möglich, sondern ich muss mir etwas einfallen lassen, um die leibliche Dynamik aufzulockern, mit welchen Mitteln auch immer, z.B. Übungen zum eigenleiblichen Spüren und Innehalten, oder den Patienten zum Lachen bringen – oder ich stehe kurz auf, um z.B. den Drucker auszuschalten und und und. Und wenn in mir sich eine Anmutung verdichtet, was der Patient vielleicht befürchtet, vermeiden möchte, oder dass er einfach nicht darauf gefasst ist, ein verstehendes Gegenüber zu haben, kann ich diesen Eindruck zu gegebener Zeit mitteilen. Und wenn dann nur ein unbeteiligtes „oh, interessant“ zurückkommt, bleibt immer noch abzuwarten, ob sich in der nächsten Sitzung etwas verändert. Denn manchmal steht nur die Angst im Wege, sich direkt in meinem Beisein betreffen zu lassen; dann muss der Pat. das Gesagte mit nachhause nehmen und dort für sich allein noch einmal ‚durchkauen‘ und wirken lassen.

Eine zähe Atmosphäre kann auch entstehen, wenn durch frühe massive Eingriffe eines Elternteils jemand gehindert wurde, sich eine hinreichend stabile Eigenwelt aufzubauen, und dies versucht mit einer zu starren Fassung auszugleichen. Ich denke an eine Patientin, Anfang 40, die mit Burnout und Angstzuständen kam, und die mich unentwegt anschaut, sich kaum

bewegt, und auf Fragen nach ihrer Kindheit nur einige wenige, immer gleiche Szenen wiederholt. Richtig beredt wird sie jedoch, wenn sie von anderen erzählt, der problematischen Stieftochter z.B.. Die Mutter der Patientin hatte von kleinauf darauf bestanden, dass sie ihr in allem ähnlich sei, was sich heute noch ausdrückt in Äußerungen wie „Iss nicht den sauren Apfel, das verträgst du nicht mit meinem Magen“. Wenn sie eindrücklich über andere erzählte, spürte ich einen Dauerdruck, ich sollte zustimmen, etwas Kluges dazu sagen; wenn sie aber, in karger Weise, von sich sprach, entstand bei mir Leere, Weite, mir fiel kaum etwas ein, meine Antennen waren mehr ausgerichtet auf all das Nichtgesagte, und außerdem nötigte mich ihr unentwegter Blick, meinerseits meine Fassung zu festigen, auf Kosten von Empathie und Spontaneität. Hier habe ich es mir zum Programm gemacht, wo immer möglich, die Suchbewegung der Patientin auf das Eigene zu richten, eigenes Befinden, Vorlieben, Abstoßungen. Mit bislang dem Erfolg, dass sie ihre alte Liebe für die Musik wieder aufleben lässt, ihr Akkordeon wiederentdeckt hat, andererseits tauchen, auf Befragen, allmählich Szenen auf, die nahe legen, dass sich in den großen Lücken zwischen den gestanzten Splittern an Kindheitserinnerungen noch andere erlittene Übergriffe verbergen, die den Aufbau einer lebendigen Eigenwelt – und damit auch das Erinnern - erschweren.

Es gäbe noch viele Beispiele für Problemfälle der leiblichen Kommunikation, z.B. wenn jemand mit langer Klinikerfahrung sich inzwischen seine ‚objektive‘ Diagnose so zueigen gemacht hat, dass er seine affektive Betroffenheit nur noch als quasi-neutrales Krankheitssymptom wahrnehmen kann. Aber ich möchte zum Schluss noch auf ein Attribut von Situationen zu sprechen kommen, dass sie nämlich **aktuell** oder **zuständlich** sein können. Aktuell ist das, was im Augenblick entsteht und sich wieder auflöst. In den therapeutischen Erstkontakten entstehen also zunächst aktuelle Situationen. Die persönliche Situation eines Menschen ist jedoch eine zuständliche, die sich zwar beständig bildet und umbildet, aber doch zuständlich ist in dem Sinne, dass man nicht ständig Querschnitte bilden kann und schauen, was sich verändert hat. Ebenso wird auch die therapeutische Situation mit der Zeit zu einer zuständlichen, muss sie auch, um bleibenden Einfluss auf die zuständliche Situation des Patienten nehmen zu können. Es ist paradox: einerseits braucht es das aktuelle, überraschende Erleben, entsprechend dem Einbruch des Neuen in der primitiven Gegenwart,

damit Vergangenes abreißt – aber dann schließt sich die Dauer wieder, und ob man wirklich um eine Erfahrung reicher ist, muss sich erst erweisen. Z.B. habe ich in meiner Gestaltausbildung viele für den Moment beeindruckende Sitzungen erlebt, merkte aber dann, mit der Zeit, dass das Erlebte weniger Spuren in meiner persönlichen Situation hinterlassen hatte, als ursprünglich gedacht.

Von daher bin ich der Meinung, dass auch die therapeutische Situation Zuständigkeit gewinnen muss, damit die Wunden und Widersprüche in der persönlichen Situation eines Patienten auch nachhaltig einheilen können.

Und ich hoffe, dass ich mit meinen Ausführungen einen Eindruck davon vermitteln konnte, wie die neue Phänomenologie hierbei hilfreich sein kann. Oder, wenn doch einiges rätselhaft geblieben ist, ich Sie zumindest neugierig gemacht habe.

Dipl.-Psych. Gabriele Marx

Friedensallee 38

22765 Hamburg

DEUTSCHLAND

Marxgabriele@aol.com