

Vita Heinrich-Clauer

Selbstfürsorge für Psychotherapeuten

Eine körperpsychotherapeutische Perspektive zu einem vernachlässigten Thema

Es ist sehr viel darüber geschrieben worden, und wir alle haben jahrelang daran arbeiten müssen, wie man in dem „Kunsth Handwerk“ Psychotherapie Klientinnen wirksam behandelt oder gar heilt. Die Methoden der Konzentration auf deren bewusstes und unbewusstes Befinden sind zahlreich.

Nicht nur die klientenzentrierte Methode im engeren Sinne, die meisten anderen Beratungs- und Therapieverfahren haben in erster Linie *nicht* das Wohlergehen der Therapeutinnen im Auge. Oder gar deren körperliches Wohlbefinden!

Zudem sind wir jahrelang im Ringen um die berufliche Anerkennung damit beschäftigt gewesen, anderen Berufsgruppen nachzuweisen, dass unsere Arbeit eine ernstzunehmende und auch sehr strapaziöse sei, die nicht jedermann kann und sich von einem Alltagskontakt so sehr unterscheidet, dass sie auch teuer bezahlt werden muss und in die Hände von Fachleuten gehört. Wie passt es dann dazu, dass diese Tätigkeit auch noch Spaß machen kann und soll? Und dass womöglich die Wirksamkeit unserer Arbeit gesteigert wird durch das Wohlbefinden, den Spaß, die Freude - oder gar Lust?

Unser psychotherapeutisches Über-Ich nimmt uns jedoch oft - zusätzlich zu den realen Belastungen von Seiten der Klientinnen - die Lust: Wir messen z. B. unsere Qualität innerlich daran, wie anstrengend und schwer die Therapie war. Wir versuchen, den Klientinnen eine bessere Stimmung zu vermitteln und verlieren dabei uns selbst aus den Augen. Wir haben Mühe, Humor und Spaß in der Therapie zuzulassen, weil die Klientinnen ja „ernstgenommen“ werden müssen. Und dergleichen mehr ...

Selten wird die Wirksamkeit der Therapiestunde daran gemessen, ob es hinterher auch den Therapeutinnen gut ging (und ob gelacht werden durfte).

Als Körperpsychotherapeutin (Bioenergetische Analytikerin) habe ich generell die Lebendigkeit, Beweglichkeit und Ausdrucksfähigkeit von Klienten im Blick. Insbesondere aber habe ich mich mit inneren Haltungen und therapeutischen Interventionen befasst, die uns als The-

rapeutinnen helfen können, von der Fixierung unseres Blicks auf „den Fall“ wieder zu uns selbst als Zentrum des Fühlens zu gelangen - uns auf diese Weise zu zentrieren.

Das Schöne ist, dass diese Zentrierung auf uns selbst (d.h. in erster Linie auf unseren Körper) auch noch dazu führt, dass es den Klientinnen in der Begegnung mit uns besser geht! Und nicht nur das, es lässt sich auch noch fachlich begründen!

Aus der jahrelangen Beschäftigung mit dem Thema „Trauma“ und speziell mit den Auswirkungen, die traumatische Erfahrungen körperlich auf die Klientinnen - und später in der Beratung und Therapie auf uns professionelle Helfer haben - ist das Interesse für die „therapeutenzentrierte Perspektive“ gewachsen (vgl. Clauer & Heinrich 1999; Heinrich 2000). Dabei spielte immer die Frage eine große Rolle, wie wir uns in Gegenwart der Klientinnen fühlen.

Quasi aus meiner eigenen Not und dem Wunsch, trotz aller Empathie für die Schicksale der Klientinnen lebendig zu bleiben und nicht in Sekundär-Traumatisierung zu erstarren, ist eine Arbeit mit der verkörperten Gegenübertragung entstanden, bei der der Focus auf meiner (intuitiven) körperlichen Resonanz und dem Erhalt dieser lebendigen Resonanz während des therapeutischen Prozesses liegt (vgl. Heinrich 1997; Heinrich 2001; Clauer 2003). Ziel ist dabei, mir meine eigene Lebendigkeit und Lebenslust, die Freude an der therapeutischen Tätigkeit, die Liebe für die Klientinnen und die Freude am Kontakt mit diesen zu bewahren.

Freude ist kein absichtsvolles Erleben, sie ist nicht machbar, sie lässt sich nicht „herstellen“. Wir können uns auch nicht vornehmen, „Jetzt werde ich einen Orgasmus haben!“ Genauso wenig können wir uns vornehmen: „Jetzt soll mir die Beratung oder Therapie Spaß machen! Oder speziell dieser Klient soll mir heute Freude bereiten!“

Also, das Erste, was wir zu dem Thema erkennen können, ist: wie unmöglich das absichtliche und technische Herbeiführen von Freude und Lust ist! Freude ist

ein körperliches Geschehen, sie basiert auf Atmung und Bewegung.

Dasselbe gilt für die Empathie, der Fähigkeit, an den Gefühlen und Gedanken einer anderen Person teilzunehmen, die der Hauptwirkfaktor in der Psychotherapie und Beratung ist. Empathie ist ebenso ein körperliches Geschehen. Der körperliche Aspekt der Empathie, das „Mitschwingen“ ist ein wichtiges Instrument im therapeutischen Prozess: Gleichwohl sind wir aufgrund der Intensität des Mitschwingens, der körperlichen Ergriffenheit in Gefahr, wenn wir diese nicht aktiv und dynamisch als Agens im therapeutischen Prozess nutzen:

D.h. wir sind als Therapeutinnen „Resonanzkörper“ und müssen uns zur Erhaltung unserer empathischen Fähigkeiten und um Freude erleben zu können, aber auch um uns vor den Gefahren der zu großen Ergriffenheit (Sekundär-Traumatisierung) zu bewahren, stets auf unseren Körper zentrieren.

Im Zusammenhang mit dem Thema war auch die Unterscheidung der Begriffe „Freude“ und „Lust“ wichtig. Der Begriff „Lust“ hat den deutlicheren Beigeschmack des Hedonistischen, Pflichtvergessenen und des „Zu-Wenig-Beseelten. Die „Lust des Therapeuten“ weckt eher auch Assoziationen zur sexuellen oder narzisstischen Grenzüberschreitung. An ein Ausagieren von therapeutischem Voyeurismus, von Flirterei oder dem Wunsch, die eigene Wichtigkeit und Besonderheit von Klientinnen gespiegelt zu bekommen, ist aber in diesem Zusammenhang nicht gedacht. Die Bedeutung der „Freude“ geht weiter und umfasst sowohl seelische, mentale, spirituelle als auch körperliche Aspekte. Die Haltung der Liebe zu Menschen und zum Leben ist deutlich assoziiert. Auch wird später deutlich werden, dass die Momente der Therapie, in denen wir gemeinsam mit den Klienten von der Schattenseite auf die Lichtseite gehen, besser mit dem Begriff der „Freude“ als mit dem der „Lust“ oder des „Spaßes“ zu beschreiben sind.

Berufsrisiken in der Psychotherapie

Die Ausübung eines helfenden und psychotherapeutischen Berufes setzt ein stabiles psychisches Gleichgewicht voraus. Nur gesunde, emotional unabhängige und stabile Therapeutinnen können ihre Kunst so ausüben, dass sie gegen die Verführungen und den Missbrauch ihrer Position gegenüber den Klientinnen gefeit sind. Auch Therapeutinnen geraten durch belastende eigene Lebenssituationen oder auch durch ihre Bedürfnisse und Leidenschaften an ihre Grenzen.

Das Berufsrisiko dieser Berufsgruppe wurde bislang kaum systematisch erforscht, wird jedoch in der letzten Zeit mehr ins Blickfeld genommen (vgl. Artikel und Fortbildungsangebote in Berufszeitschriften), und wird

erst in der jüngsten Zeit zum Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen gemacht.

In diesem Zusammenhang möchte ich aufmerksam machen auf eine in der Zeitschrift „Psychotherapie“ erschienene Studie von *Reimer und Jurkat et al.* zur Lebensqualität von Psychotherapeuten (vgl. ebenda, 2005; Deutsches Ärzteblatt, 11, 2003; Niedersächsisches Ärzteblatt, 7, 2003). Im Folgenden ein paar Fakten und Schlussfolgerungen nach *Reimer und Jurkat*:

In der Berufsgruppe der Ärzte sind es die Psychiater und Anästhesisten, die die höchste Suizidrate aufweisen. Vergleichsweise hohe Suizidraten sind auch bei den Psychologinnen zu beobachten.

Die berufliche Beschäftigung mit Personen, die entwerthen, verleugnen, süchtig sind, destruktive Beziehungen führen, das Leben negativ sehen, Symptome von Depression, Hass, Wut, Angst, Perversion zeigen, kann sehr belastend für Helfer sein und deren Lebensqualität mindern.

Durch grenzgestörte Klientinnen erleben Berater eine ständige Infragestellung und Bedrohung ihrer Grenzen und Integrität.

Darüber hinaus regen Klientinnen Erinnerungen an eigene unangenehme biographische Details an. Eventuell werden Gemeinsamkeiten zu den Klientinnen entdeckt, die uns nicht angenehm sind.

Die Arbeit ist häufig nicht von hohen Erfolgsraten gekrönt: es kommt zu Rückfällen, Stagnation und Abbruch der Beratung. Erfolgserlebnisse sind selten, Enttäuschungen und Kränkungen häufig.

Die ständige emotionale Überbeanspruchung kann krank machen und zu Symptomen der Anspannung, Verspannung, Erschöpfung, Müdigkeit, Schlafstörungen, Burn-Out, Genussmittel oder Drogenmissbrauch führen.

Die Beziehung der Berater zu ihren Partnern, Kindern und Freunden und Verwandten leidet, weil die Bereitschaft, im Privatleben sich zu öffnen für die Belange anderer Personen, reduziert wird.

Generell kann die Lebensfreude, Zuversicht, der Spaß gedämpft sein.

Neben den depressiven Symptomen können wir aber auch aggressive Gefühle gegenüber unseren Klienten entwickeln: Desinteresse, zynische oder ironische Distanz, Versachlichung des Kontaktes, Feindseligkeit, Ungeduld, Wut, Langeweile.

Der Klient wird zum *Objekt* von Beratung oder Therapie, indem die Technik, die bei diesem „Fall“ zum Einsatz kommt, ohne wirkliche Empathie und liebevolle Haltung, rein fachlich überlegt wird. Die unbewussten feindseligen Gegenübertragungsreaktionen können zu einem sadistischen, machtorientierten Umgang mit Klienten führen.

Ausgelöst werden können diese sowohl durch die Distanz und Ablehnung der Klienten als auch durch anklammerndes, abhängiges und jammerndes Verhalten.

Seit Beginn der 50er Jahre ist jedoch aus der Psychosomatik-Forschung bekannt (vgl. z.B. die Arbeiten von Alexander), dass besonders unterdrückte Impulse der

Selbstbehauptung oder unterdrückte feindselige Impulse direkte physiologische Auswirkungen haben und Ursache somatischer Symptombildung sind. Seitdem sind eine Vielzahl von psychosomatischen Zusammenhängen empirisch belegt, die allesamt zeigen, dass die Hemmung emotionalen Selbstausdrucks mit einer erhöhten physiologischen, endokrinen oder immunologischen Aktivität oder Reagibilität korreliert ist (vgl. Sonntag 2003, S. 48 ff.).

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten des Emotionsforschers Traue aus Ulm, die zeigen, dass die Unterdrückung emotionaler Reaktionen, die Unterlassung von expressivem Verhalten in der Kommunikation bei gleichzeitiger physiologischer Erregung, die das vegetative Nervensystem und das Immunsystem ungünstig beeinflusst, zu psychosomatischen Symptomen führt (vgl. Traue 1998). Diese Erkenntnis und die empirischen Belege sind wohl häufiger bezogen worden auf die Gruppe der Klientinnen. In diesem Zusammenhang gehört es zu den Beratungs- und Therapiezielen, diese zu befähigen, ihre Gefühle mehr wahrzunehmen, zu akzeptieren und zum Ausdruck zu bringen.

Weniger bewusst ist uns in der Regel, dass dieselben Erkenntnisse und Forschungsergebnisse für die therapeutischen Berufe bedeuten, dass es nicht so gesund sein kann, auf einem Stuhl zu sitzen und mit Betroffenheit oder emotionaler Distanz und Abspaltung (keine der beiden Haltungen ist als Dauerhaltung als gesund anzusehen) sich relativ bewegungs- und ausdruckslos der Unlust, dem Kummer und dem Leid der Klientinnen auszusetzen!

Da sich auch ganz bestimmte Persönlichkeitsstrukturen in der Gruppe der Therapeutinnen finden (Stichwort: Narzissmus und seelische Wunden der Helfer), ist die Gefahr, dass die Hilfe indirekt im Beruf gesucht wird. Und wenn die Ausbildung nicht genug Betonung auf die Eigenanalyse und -therapie legt, wird die Bedürftigkeit in den Kontakt zu den Klientinnen weitergetragen: z. B. in der Erwartung, dass diese die Akzeptanz und Zuwendung geben, die Spannung und Aufregung in unser Leben bringen, die eigenen nicht gelebten (abgespaltenen) Anteile vorleben und stellvertretend bearbeiten. Bis hin zu der Gefahr, dass Einsamkeit und sexuelle Unzufriedenheit dazu führen, dass Klientinnen zum Partnerersatz werden und private und sexuelle Beziehungen angeknüpft werden (vgl. Schmidbauer 1977; 1999).

Freud und Leid der Empathie

Vor ungefähr 30 Jahren setzte Carl Rogers die Forschung zur Wirksamkeit des Einfühlungsvermögens (der Empathie) in Beratung und Therapie in Gang (Rogers 1972; 1976). Heute ist es in der Psychotherapieforschung allgemein anerkannt - über alle therapeutischen Schulen und

Techniken hinweg -, dass die Empathie der Hauptfaktor für das Gelingen einer Beratung oder Therapie ist. Es ist weniger wichtig, was wir tun, sondern vielmehr von Bedeutung wie wir sind bzw. wer wir sind in der Beziehung zu den Klientinnen. Empathie wird definiert als „Fähigkeit, an den Gefühlen und Gedanken einer anderen Person teilzunehmen“ (vgl. Kriz 1985; Körner 1998).

Die rechte Hemisphäre unseres Gehirns ist der Mediator für Empathie, so dass diese auch als „Kommunikation von rechter zu rechter Gehirnhälfte“ bzw. als „Konversation zweier limbischer Systeme“ verstanden werden kann (vgl. Lewis 2003; Schore 2003).

Von der körperlichen Basis unserer Emotionen und Affekte ausgehend kann man auch sagen, dass Empathie bedeutet, „die körperlichen Phänomene und Sensationen der Klienten in unserem eigenen Körper zu fühlen“ (vgl. Clauer 2003).

Die Grundlage für die Empathie ist die körperliche und seelische Durchlässigkeit auf Seiten der Therapeutinnen (die Abwehr gegenüber den Gefühlen der Klientinnen ist also gelockert). Das Phänomen der Resonanz, des Mitschwingens im Therapeuten-Körper, ist dann vergleichbar einem gut gepflegten und gestimmten Musikinstrument. D. h. es können im Kontakt zu Klientinnen sowohl die Moll- als auch die Dur-Töne in uns resonieren. Andererseits haben wir nur als lebendig mitschwingendes Gegenüber die Chance, während einer Sitzung auch Spaß und Freude zu entwickeln!

„Menschen deren Körper so rigide und erstarrt ist, dass er kaum oder nur wenig pulsiert, mangelt es an Einfühlungsvermögen. Wenn unser Körper lebendig ist, sind wir auch sensibel für andere und deren Gefühle und empfinden natürlich auch mehr Liebe und Freude“ (vgl. Lowen 1993, S. 388).

Schwingungsfähigkeit und Resonanz hängen körperlich mit der Atmung und Stimme sowie der Motilität der Muskulatur zusammen. Dieses Konzept unterscheidet sich von Konzepten, die die Therapeutinnen als „Container“ für die Gefühle der Klientinnen sehen, um deren nicht-gehaltene, nicht aushaltbare, nicht bewusst wahrgenommene Gefühle für diese zu „halten“. Wenn dieses Halten zu sehr den Charakter von „Aushalten“ bekommt, so ist dies meiner Meinung nach tendenziell gesundheitsschädigend für Seele und Körper der Therapeutinnen. Uns in der Arbeit als Resonanzkörper zu sehen, mit der entsprechenden Schwingungsfähigkeit, Durchlässigkeit und Fähigkeit zu lebendigem Ausdruck und Bewegung, sehe ich dagegen als gesünder an (vgl. Lewis 2003; Heinrich 1997).

Von Anfang an der Begegnung mit unseren Klientinnen treten wir auch körperlich in Beziehung zueinander. Wir richten unsere ganze körperliche Aufmerksamkeit auf die Person uns gegenüber. Auf dem Wege des körperlichen Dialogs nehmen unbewusste, abgespaltene und

verdrängte Persönlichkeitsanteile unseres Gegenübers unmittelbar auf uns Einfluss. Übertragung und Gegenübertragung sind somatische Phänomene. Es sind keine rein psychischen Prozesse (vgl. Keleman 1990).

Damit dieser körperliche Austausch stattfindet, muss keine manuelle Berührung stattfinden. Körperliche Austauschprozesse treten grundsätzlich auch in rein verbalen Psychotherapien auf, weil Beziehung nicht körperlos ist und sein kann. Der Klang der Stimme, Augenausdruck, Geruch, Körperspannung, Bewegungsabläufe, Haltung, Mimik werden auf dem Weg der Empathie, die als psychologischer und auch energetischer Prozess zu sehen ist, unmittelbar übermittelt. Diese Übermittlung von körperlichen Merkmalen unseres Gegenübers geschieht schneller als der verbale Austausch.

Der körperliche Aspekt der Empathie und die körperliche Resonanz der Therapeuten sind ein wichtiges Instrument im therapeutischen Prozess. Gleichwohl sind wir aufgrund der Intensität des Mitschwingens, der körperlichen Ergriffenheit, in Gefahr! (Bei Arbeitern, die chemischen oder physikalischen Schadstoffen ausgesetzt sind, ist die Anordnung eines Schutzzuges üblich. Aber wie können wir uns gegen schädliche Einflüsse durch Klientinnen schützen, wenn wir gleichzeitig versuchen, so offen wie möglich zu empfinden?)

Beispiel aus der Forschung:

„Liebende teilen den Schmerz“ (Zeitungsartikel NOZ vom 21.2.04)

Neurologen vom University College in London fanden in einer empirischen Untersuchung heraus, dass bei Paaren ein neurophysiologisch messbarer Hinweis auf die Einfühlung in den Schmerz des Partners zu beobachten ist. Wusste die Partnerin, dass ihr Partner in diesem Moment einen Elektroschock bekam, so reagierten bei ihr diejenigen Hirnregionen, die emotionale Reaktionen auf Schmerz steuern (z.B. Erregung, Schrecken, Trauer), ebenso wie wenn sie selbst den Schockreiz erhielt. Nur die Hirnregion, die körperlichen Schmerz registriert, wurde nur in dem Fall gereizt, in dem sie selbst den elektrischen Reiz erhielt. D.h. die emotionale Verarbeitung beim Partner wird immer angeregt, selbst wenn das Gesicht in der Studie nicht sichtbar war, sondern nur die Information über Anzeigetafeln übermittelt wurde. (vgl. Science, Bd. 303, S. 1157).

„Freude“ und „Lust“ als körperliche Phänomene

Sigmund Freud hat seinem Namen nicht ganz alle Ehre gemacht und kein Buch über die Freude geschrieben, nur eine Abhandlung „Jenseits des Lustprinzips“ (vgl. Freud 1920). In dieser Abhandlung geht er der Frage nach, ob die Psyche nicht grundsätzlich nach dem Prinzip von Lust und Unlust funktioniert in dem Sinne, dass beim Auftreten von Unlust oder Schmerz der Organismus versuche, sein Gleichgewicht wieder herzustellen und Lust

herbeizuführen. Das Lustprinzip werde beim Bedürfnisaufschub vom Realitätsprinzip abgelöst. Dieser allgemein anzunehmende psychische Mechanismus werde aber aufgrund klinischer Erfahrungen und Beobachtungen dadurch außer Kraft gesetzt, dass im Falle von Traumatisierung und Neurose „Wiederholungszwänge“ auftreten und ein Individuum in solchen Fällen nicht in der Lage sei, den Zustand der Lust wieder herbeizuführen und stattdessen am Wiedererleben und -beleben der unlustgetönten Erfahrungen festhalte (vgl. Freud, S. 222 ff.).

Auch gibt es meines Wissens von ihm keine expliziten Ausführungen dazu, wann er in therapeutischen Sitzungen Freude empfand bzw. was er unternahm, um sich als Therapeut lebendig zu fühlen. Aber sein Forscherdrang wird ihm genügend Motivation und Freude bereitet haben.

Und er konnte zu seiner Zeit noch keine Vorstellung davon entwickeln, dass Generationen nach ihm und seinen fundamentalen Entdeckungen über die menschliche Psyche eine Vielzahl von psychologischen Experten mit der Haupttätigkeit der Beratung und Therapie an den Rand ihrer Belastungsfähigkeit gelangen könnte. Die Abstinenz-Regel galt zu seiner Zeit als einziger und vollkommener Schutz gegen sexuelle Verwicklungen und ein zu hohes Ausmaß an Belastung durch den Kontakt zwischen Therapeut und Klient.

Freud war ein wesentlicher Wegbereiter der bioenergetischen Analyse, da Wilhelm Reich bei ihm lernte und Alexander Lowen wiederum bei Reich lernte. Reich und Lowen haben sich dann den körperlichen Grundlagen von Gesundheit, Orgasmusfähigkeit und Lebensfreude zugewendet.

Als Bioenergetische Analytikerin der dritten Generation habe ich mich dann nochmals mit den von ihm geschriebenen Büchern zum Thema „Lust“ (1970) und „Freude“ (1992) beschäftigt. Beide Konzepte und Begriffe sind für Lowen eng mit dem Körper verbunden.

Zur „Freude“:

„Freude gehört zu den positiven Körpergefühlen. Sie ist keine geistige Einstellung. Man kann nicht beschließen, Freude zu empfinden.“ (S. 19)

„Sämtliche religiösen Praktiken haben den Zweck, dem Menschen zu helfen, Freude zu erleben, denn Freude wird in der Religion damit gleichgesetzt, dass wir uns Gott hingeben und seine Gnade annehmen.“

Der hebräische Ausdruck für Freude ist *gool*, was ursprünglich bedeutet, unter dem Einfluss einer heftigen Emotion herumzuwirbeln.“ (S. 15)

„Wir empfinden Freude, wenn wir uns dem Fluss des Lebens überlassen. Freude ist ein positives Körpergefühl, das durch die Hingabe an den Körper, durch ein Hören auf seine Weisheit entsteht. Sich dem Körper hingeben heißt nicht mehr und nicht weniger als zu zulassen, dass der

Atem voll und ungehindert fließt. Die Angst vor Hingabe geht mit dem Anhalten des Atems einher. " (S. 262) (Alexander Lowen, 1993)

Zur „Lust“:

Nach Lowen ist das Empfinden von Lust nicht möglich ohne Atmung und Bewegung. Es ist auch nicht vorstellbar ohne die gegensätzliche Empfindung von Unlust oder Schmerz.

„Lust ist ein umfassendes Erleben, das im Körper wurzelt und aufs Engste verbunden ist mit der Fähigkeit zu kreativem Selbstausdruck. In den meisten Menschen hält jedoch ihr ständiges Suchen nach Macht und Ansehen das natürliche Luststreben des Organismus nieder.“

„Wenn man sich mit einer Tätigkeit ganz identifiziert, verströmt man sich frei und spontan an sie, und dieses fließende Gefühl ist es, was wir als Lust bezeichnen.“ (S. 26)

„Lust ist - als Reaktion auf die Umwelt - ein Fließen von Gefühlen nach außen. Deshalb wird sie meistens dem Gegenstand oder der Situation zugeschrieben, welche diese Reaktion hervor rufen, ...“ (Lowen, 1979, S. 27 oben).

Aber: „Ähnlich ist es mit Arbeitsbedingungen; sie allein machen Arbeit noch keineswegs lustvoll, auch wenn schlechte Arbeitsbedingungen einem die Arbeit vergällen können.“ (ebenda, S. 27)

„Ein Gespräch, um ein anderes Beispiel zu nennen, gehört zu den üblichen Annehmlichkeiten des Lebens, aber nicht jedes Gespräch ist eine Lust. Für den Stotterer ist Reden unangenehm, nicht anders ergeht es seinem Zuhörer. Auch Menschen mit Schwierigkeiten im Gefühlsausdruck sind keine guten Gesprächspartner. Nichts geht einem mehr auf die Nerven als jemand, der eintönig ohne Gefühl spricht. Ein Gespräch genießen wir dann, wenn dabei Gefühle mitgeteilt werden. Gefühle auszudrücken ist für uns normalerweise mit Lust verbunden, und ebenso lustvoll reagieren wir, wenn jemand seine Gefühle äußert. Ähnlich dem Körper ist die Stimme ein Medium, dem Gefühle entströmen, und sowohl für den Redenden als auch für seinen Zuhörer ist dies eine Lust, wenn es unbeschwert und rhythmisch geschieht.“ (S. 26)

Lowen betont genau wie Freud, dass es lebendigen Organismen zu eigen sei, sich im Wechsel zwischen Lust- und Unlustempfinden hin und her zu bewegen. Ohne Schmerz gebe es keine Lust, und ohne Leid keine Freude, ohne Tod kein Leben. Auch Lowen beschreibt Neurose und Traumatisierung als Hemmung des natürlichen Flusses und als Fixierung auf Schmerz, Spannung, Unlust. Der Unterschied in der Auffassung Lowen's zu der von Freud besteht darin, dass er das Festhalten von Gefühlen (wie Angst, Wut, Trauer, Sehnsucht), den angehaltenen Atem und die damit verbundene muskuläre Spannung, den sog. „Körperpanzer“, als ursächlich für Unlebensgefühl und mangelnde emotionale Beweglichkeit ansieht, (bei Freud finden wir keinen Hinweis auf den Atem). Durch die Lösung der körperlichen Starre, Vertiefung des Atems und den damit wieder belebten und erneut fließenden Gefühlen, die zum Ausdruck gebracht werden müssten, ließe sich auch eine Rückkehr zu Lust und Freude bewirken.

„Der Körper pulsiert, und jede Zelle im Körper pulsiert, das heißt, dass sie sich rhythmisch ausdehnt und wieder zusammenzieht. Das Herz dehnt sich aus und zieht sich zusammen, während es schlägt, und das gleiche gilt für die Lungen, während wir atmen. Wenn diese rhythmische Pulsation frei und ungehindert verläuft, empfinden wir Lust. Wir sind lustvoll erregt. Steigt die Erregung, so dass die Pulsation intensiver wird, verspüren wir Freude. Erreicht die Intensität der Erregung ihr Maximum oder ihren Höhepunkt, erleben wir Ekstase. Ohne Erregung oder Pulsation ist der Organismus tot.“ (Lowen 1993, S. 387)

Facetten der Freude in der Therapie: Was sagen die Kollegen zu dieser Frage?

Welche Aspekte kennzeichnen die freudigen Gefühle der Therapeutinnen? Welche Erlebens- und Verhaltensweisen der Klientinnen bereiten ihnen Freude?

Die folgenden **Kategorien** stellen Zusammenfassungen von Äußerungen therapeutisch tätiger Kolleginnen dar, die von mir gebeten wurden, mit wenigen Sätzen zu schildern, wann sie während der Therapie oder Beratung Freude empfinden. (Im Anschluss dann wörtliche Zitate der Äußerungen).

1. Humor
2. Energie
3. Effektivität - Selbstwirksamkeit
4. Kreativität, Schöpferisches
5. Neugier und Interesse
6. Anerkennung und Dankbarkeit
7. Kontakt und Bindungsbestätigung (Bezug zum Menschsein)
8. Das Ende der Sitzung!

Beispiel 1: Humor

Von der konkordanten Gegenübertragung (Lähmung und Opfergefühl bei Klient und Therapeut) über die kreativ-paradoxe Intervention zur gemeinsamen Freude. Humor.

„Freude entsteht auch dann, wenn es möglich ist, das Schwere durch Humor etwas leichter zu nehmen, sich damit vom Erdrückenden etwas zu distanzieren. Auch wenn alte und bisher nicht bewusste Abwehrmuster den Klienten bewusst werden, über die eigenwillige Bewältigung gelacht werden darf (nachdem diese lange als nicht zur eigenen Person zugehörig erlebt wurden).“

„... freue ich mich deutlich über die feinen, delikaten, kleinen Unterschiede, wenn sie nämlich ein Fünkchen Humor signalisieren ...Dies kann das leichte Zittern der Mundwinkel sein, so als wollte sich ein verschmitztes Lächeln auf dem Gesicht entfalten.“

„Freude habe ich auch, wenn der direkte offene Ausdruck der normalerweise verbotenen Gefühle, wie Wut, Ärger, Ekel, Neid, Blödsinn, Idiotie oder Sturheit möglich wird, der geheime Teufel seine Hörner offen zeigen kann. Dann löst sich die oft quälende, zurückgehaltene Spannung,

Kontrolle und Unlebendigkeit. Und die Beziehung beginnt zu leben, zu atmen, beweglich und kraftvoll zu werden."

„Die Klientin berichtet, von ihrer Mutter überschwemmt, ungefragt mit Fürsorge und Essen überschüttet zu werden. Die in der Therapiesitzung beschriebenen Szenarien von Übergriffen versetzen die Klientin in einen emotionalen Zustand der Lähmung. Therapeut: „Ich geriet ein wenig mit in die Lähmung hinein, doch schließlich kam ich auf die Idee, aus der defizitären Beschreibung auszusteigen: „Vielleicht ist das weniger ein Problem, als vielmehr eine Herausforderung Ihrer Kreativität!“. Ich fragte die Klientin, was denn im Kontakt mit der Mutter in so einer Situation etwas Neues wäre, - wie sie ihre Mutter völlig verblüffen könnte. Die Idee, bei der nächsten Gelegenheit das Angebot der Mutter nicht nur anzunehmen oder zurückzuweisen, sondern ihr noch Wünsche zu diktieren, gefiel ihr: „Vielen Dank Mama, könntest du vielleicht auch noch eine große Schale Erdbeeren dazulegen, auf die habe ich jetzt besonders Appetit!“. - Plötzlich löste sich die Lähmung (bei Klientin und Therapeut) in Lachen auf.

Beispiel 2: Energie

Der Prozess des Fühlens, des Fließens und Öffnens von Gefühlen, der authentische Kontakt wird darüber hinaus als Befriedigung und Freude auslösend für den Therapeuten erlebt

„Also Freude bei meinen Beratungen habe ich inzwischen immer dann, wenn es gelungen ist, einen guten Kontakt miteinander zu haben. Tja, Freude wohl immer dann, wenn wirklich gefühlt werden kann und ich daran in bestimmter Weise auch mit zugelassen werde, die Klientin vor sich und vor mir nicht dichtmachen muss, ihre Gefühle verstecken muss."

„Therapie macht mir Spaß, wenn die Klienten irgendwann über ihre Ausweichmanöver schmunzeln können und ein fließender Dialog zwischen uns besteht."

„Ich freue mich in meinen Stunden, wenn das Schwere zurückgeht und atmosphärisch etwas Leichtes, Gelöstes entsteht. Wenn ich meinen Humor in die Stunden bringe und die Klienten damit anstecke - umgekehrt genauso."

Beispiel 3: Wirksamkeit

Die Zielorientierung, Arbeit an einer Lösung vermittelt dem Therapeuten das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Das Erfahren der eigenen Wirksamkeit bereitet Freude.

„Wenn es mir gelungen ist, den Beratungsauftrag gefunden zu haben und einen Lösungsweg in den Blick genommen zu haben.

„Freude empfinde ich immer dann, wenn ich wahrnehmen kann, dass die Klienten wichtige Schritte in ihrer Entwicklung tun. Besonders schön ist es für mich, wenn ich einen Zusammenhang zwischen dieser Entwicklung und meinem therapeutischen Vorgehen (meinen Interventionen) erkennen kann."

„Wenn die Klienten etwas ausprobiert und umgesetzt haben, wozu ich sie angeregt hatte. Wenn der Sinn der gemeinsamen Arbeit offenbar wird und Veränderung eintritt."

„Ich erfreue mich am Strahlen der Klienten wenn sie von Veränderungen berichten. Es ist dieses Mitfreuen am Erfolg der anderen, aber auch der Stolz auf meine gute Arbeit, der diesen „Spaßfaktor“ ausmacht."

„Wenn es gelingt, ein Problem in eine Szene zu verwandeln. Das Vertrauen in meine Anleitung bereitet mir große Freude. Wenn es gelingt, bei der gemeinsamen Betrachtung einer Szene oder im Probehandeln auf der Bühne zu Lösungen zu kommen. Wenn Rückmeldungen kommen, dass sich im Alltag etwas verändern konnte. Wenn schwere Krisen bewältigt werden können."

„Wenn Veränderung und Wandlung im Prozess erkennbar und erfahrbar wird. Der Punkt, um den Klient und Therapeut lange gerungen haben. Nun bekommt der Prozess eine Eigendynamik, das anfängliche Investment zahlt sich nun aus. Festgefahrenes löst sich auf, Neues, Hoffnungsvolles bahnt sich an.

„wenn ich spüre, dass durch Interventionen von mir beim Klienten ein Prozess in Gang kommt - und wenn ich mich dabei klar und unabhängig erlebe und auf diese Weise die Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung spüren kann."

Beispiel 4: Kreativität und Schöpferisches

Die Begegnung mit Klienten als schöpferischer Prozess (quasi wie eine „Geburt“, ein gefühlsmäßiges Auf-die-Welt-Kommen). Das Miterleben-Dürfen eines Wandlungsprozesses wird als Geschenk empfunden.

„Es sind für mich Momente großer emotionaler Dichte, wenn der Mensch mir gegenüber es schafft, getragen von der therapeutischen Beziehung ein weiteres Blütenblatt seiner selbst zu entfalten. Und da die Gewächse sehr unterschiedlich sind, sind auch die Entfaltungen unterschiedlicher Art. Ich fühle mich beschenkt und bin gerührt bei jedem Zeichen von Vertrauen."

„Das, wovon ich auf eine unbeschreibliche Art genieße und sehr berührt werde, sind die Momente in der Therapie, die Daniel Stern „Now-moments“ nennt. Der Moment, wo - vor allem bei Borderline-Patienten - zum ersten Mal wirklich eine Verbindung mit einem anderen Menschen gefühlt werden kann, oder wo ein anderes Therapieniveau erreicht wird. Das finde ich so unbeschreiblich. Dass man teilnehmen kann an diesem kreativen Prozess, dafür bin ich sehr dankbar. Hiervon lebe ich als Therapeut."

Beispiel 5: Neugier und Interesse

Berichte aus der Welt, die Neugier und das Interesse an besonderen Ereignissen wird beim Therapeuten gestillt. Die Sensationslust.

„Wenn die Klienten mir etwas sehr Aufregendes oder Interessantes erzählen."

„Ich sehe die Offenheit der Klienten als eine Art Geschenk, das ich dankbar annehme. Ich darf in die unterschiedlichsten Welten mit den verschiedensten Lebensweisen hineinschauen - spannender und echter als der beste Roman. Es muss dabei nicht um traumatische Erfahrungen gehen, allein das „Wie“ dieser Mensch oder diese Familie, die vor mir sitzt, lebt, ist eine besondere Geschichte."

Das Vordringen zu einem „Wesenskern“, das Erreichen von Tiefe, das Innere, die Seele berühren, ... wird als Freude empfunden. Die Analogie zum Geologen oder Archäologen, die in tiefere Schichten der Erde eindringen, kommt mir hier in den Sinn. D.h. der Entdeckergeist gekoppelt mit dem Staunen vor dem Wahren, die Ehrfurcht.

... empfinde ich Freude daran, wenn sich die Menschen in der Therapie selber entfalten können und wenn dieses gelingt."

„... wenn etwas Tiefes angerrührt wird, sozusagen die Seele des Menschen erreicht wird. Oder wenn ich bei Bewegungen spüre, dass sie ganz aus dem Inneren kommen. Und ich bin auch tief berührt, wenn die Wahrheit des Menschen sich zeigt, seine tiefen Verletzungen ...“

Beispiel 6: Anerkennung und Dankbarkeit

„Wenn die Klienten mir Anerkennung und Dankbarkeit für meine Arbeit zurückmelden, ohne dass es Signal von Abhängigkeit ist.“

Beispiel 7: Bindungsbestätigung

Mehr Bezug zur Welt und weniger Selbstbezogenheit bei den Klienten.

„Wenn die Klienten sich intensiv mit einem öffentlichen Geschehen oder dem Schicksal anderer befassen, so dass sie mindestens für Momente vom leidvollen Kreisen um das eigene Leid Abstand nehmen und ihre relative Gesundheit bzw. Zufriedenheit erkennen.“

Die Weisheit, die in den Symptomen und den neurotischen Lösungen der Klienten liegt, vermittelt Einsichten in das allgemein Menschliche und in die Einmaligkeit der menschlichen Psyche. Demut vor den Prinzipien der Natur und der Kreativität des Körpers und der Psyche (vgl. dazu Yalom 1999).

Beispiel 8:

Wenn die Sitzung zu Ende ist!

„Wenn die Sitzung vorbei ist, und ich den Eindruck hatte, ich tat mehr als die Klienten.“

Alexander Lowen äußert sich zum Thema mit deutlicher Betonung des Gefühlsflusses beim Therapeuten: demzufolge ist, wenn wir selbst nicht weinen und unser Herz öffnen können, auch keine echte Freude im Kontakt zu Klientinnen möglich.

„Wir können keine Herrlichkeit erleben, wenn wir den tragischen Aspekt des Lebens nicht akzeptieren. Es gibt keinen Glanz im Leben, wenn wir die Realität verleugnen oder ihr zu entkommen suchen. Ich muss weinen, um mir meine Menschlichkeit zu bewahren. Ich weine nicht nur um mich, sondern um meine Patienten und die ganze Menschheit. Wenn ich den Kampf und den Schmerz meiner Patienten sehe, steigen mir oft Tränen in die Augen. Befreien sie sich dann von ihrem Schmerz, indem sie weinen und den Kampf aufgeben, sehe ich, wie ihre Augen und ihr Gesicht zu strahlen beginnen und freue mich von Herzen für sie. Aber ich kann diese Freude nur empfinden, wenn auch ich bereit bin, den Kampf aufzugeben, und um das zu können, muss ich weinen.“ (Lowen 1993, S. 370)

Vom Berufsrisiko zur Freude - Wege und Lösungen

Die Empfehlungen für Psychotherapeutinnen, etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun und dem Burn-Out oder ganz einfach der Freud- und Lustlosigkeit zu entgehen, sind überwiegend auf Aktivitäten und Maßnahmen außerhalb der (vor oder nach den) Therapiestunden gerichtet, z.B. die Anregung zur Eigentherapie, Supervision, Intervision, zum Sport, zum Wellness, zum Yoga, zum

Singen, Tanzen, Beten, Meditieren, Urlaub machen, etc. (vgl. Fengler 1994).

Wenig Anleitungen und Hinweise gibt es zu der Frage, wie wir es uns während der Sitzungen gut gehen lassen können, oder besser gesagt, uns unsere Vitalität, den Humor, den guten Glauben erhalten können. Die meisten psychotherapeutischen Ausbildungen sind „fallorientiert“ und vermitteln in erster Linie methodische Kompetenz. Diejenigen Fort- und Ausbildungen, die sehr viel Gewicht auf die Selbsterfahrung und Eigenanalyse der Kandidaten legen, tun dies dennoch oft mit dem Augenmerk darauf, dass es wichtig sei zu lernen, wie man die Schwere und das Leid aushalte und die Grenzen sicher gestalte.

Um uns die Freude in der therapeutischen Tätigkeit zu erhalten oder wieder zurückzuholen, können wir auf verschiedenen Ebenen unseres Selbst etwas dafür tun.

Lockerung des therapeutischen Über-Ich

a) Spiritualität und Glaube

Eine religiöse oder spirituelle Grundhaltung, die uns alle als Teil eines größeren Ganzen begreift und das Sein (im Gegensatz zum Tun) würdigt, kann uns dazu verhelfen, dem Diktat der schnellen effektiven Lösungen eine entspanntere innere Haltung entgegenzusetzen. Es sind dies die positiven Gefühle, die wir der Natur, dem Leben und dem Universum entgegenbringen.

„Der Glaube und das Gefühl, Teil eines größeren Ganzen zu sein, hat sehr positive Auswirkungen auf das Individuum. Es ist nicht so wichtig, ob man diese universelle Kraft oder dieses universelle Prinzip nun als „Gott“ oder „Großen Geist“ bezeichnet. Ausschlaggebend ist das Gefühl, damit verbunden zu sein. Ohne dieses Verbundenheitsgefühl verliert das Leben seinen Sinn, und das heißt, dass wir keine Freude finden können.“ (vgl. Lowen 1993, S.376f.)

„Ohne starke positive Gefühle müssen wir durch das Ich mit dem Willen agieren. Der Wille ist ein Überlebensmechanismus, und wenn ein Individuum lernt, sich auf ihn zu stützen wie auf ein Krücke, fällt es ihm sehr schwer, ihn aufzugeben. Wenn das Überleben zum vorherrschenden Lebensmuster wird, identifiziert man sich eher mit dem Ich als mit dem Körper, eher mit Kontrolle als mit Spontaneität, eher mit Denken und Logik als mit Gefühlen und Leidenschaften.“ (vgl. Lowen 1993, S. 377f.)

b) Zeitgeben und Warten anstelle von Methoden-Druck

Methoden, Techniken, Interventionen, Übungen (die Aktivität der Therapeutinnen) sind häufig Gradmesser für den therapeutischen Prozess und dessen erlebte Wirksamkeit. Das Zurücklehnen, Durchatmen, Seufzen, Warten, Stille zulassen weniger. Aber die positive Bedeutung des Zeitgebens und Zeitnehmens, das Warten, verliert sich im Kontext unserer Zeit und im Kontext von Effektivitäts- und Kostendruck.

In alten Wörterbüchern bedeutete „Warten“: verweilen, pflegen, Ausschau halten, wahrnehmen, sorgen, bewahren, schützen, den Blick auf etwas werfen. Warten ist so gesehen nicht in jedem Fall ein mehr oder weniger erzwungener Handlungsverzicht, es ist auch Ausdruck einer besonderen Qualität des Handelns.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf Forschungsergebnisse aus der Säuglingsforschung hinweisen, die zeigen, dass Eltern nur 20-30% der Zeit wirklich empathisch oder gut abgestimmt auf den Säugling reagieren. Aber sicher gebundene Kinder haben Eltern, die innerhalb von höchstens 2 Sekunden (vorausgesetzt sie selbst sind sicher und gut zugewandt) den Kindern Freiheit und Raum geben, die Interaktion sowie sich selbst und die Eltern zu regulieren und die Spannung zu lösen. (Tronick 1989). Diese impliziten, non-verbalen, zwei-Sekunden-dyadischen Regulationssysteme funktionieren während des gesamten Lebenszyklus.

Für die Therapiesituation bedeutet das, dass wir uns eine entspanntere Haltung erlauben können, wenn wir darauf vertrauen können, dass wir nicht in 100% der Zeit die gelungenen Interventionen entwickeln müssen, um das Selbstregulations-System der Klientinnen positiv zu beeinflussen; es reichen auch weniger häufige Phasen zugewandten und abgestimmten Kontakts, um diese in die Lage zu versetzen, sowohl ihre als auch unsere innere Aufregung durch Interaktion wieder in ein Gleichgewicht zu bringen.

Auch das innere Bild eines guten mütterlichen oder väterlichen Anteils hilft mir, meinen Gefühlen gegenüber genauso freundlich zu sein wie gegenüber denen meiner Klientinnen. Anstatt in die altruistische Kompensation meiner eigenen narzisstischen Wunde zu gehen und mein Gegenüber nur im Kind-Ich zu sehen, ihm/ihr das ange-

deihen zu lassen, was ich selbst als Kind oder Jugendliche nicht oder nur unvollständig erhalten habe - nämlich Gesehen- und Gespiegelt- und Umsorgtwerden -, hilft die Vorstellung der guten inneren Stimme, die mir als Therapeutin im Kontakt zu meinem inneren Kind erlaubt, etwas während einer Therapiesitzung erschöpfend, unbequem, respektlos, einschläfernd, undankbar und unfreundlich ... zu finden und auch dementsprechend meine Belastung und Beanspruchung zum Anlass zu nehmen, mich selbst zu „pflegen“.

Hingabe an den Therapeuten-Körper: „Instrumentenpflege“

a) Widerstandskraft und Lebendigkeit als körperliches Konzept

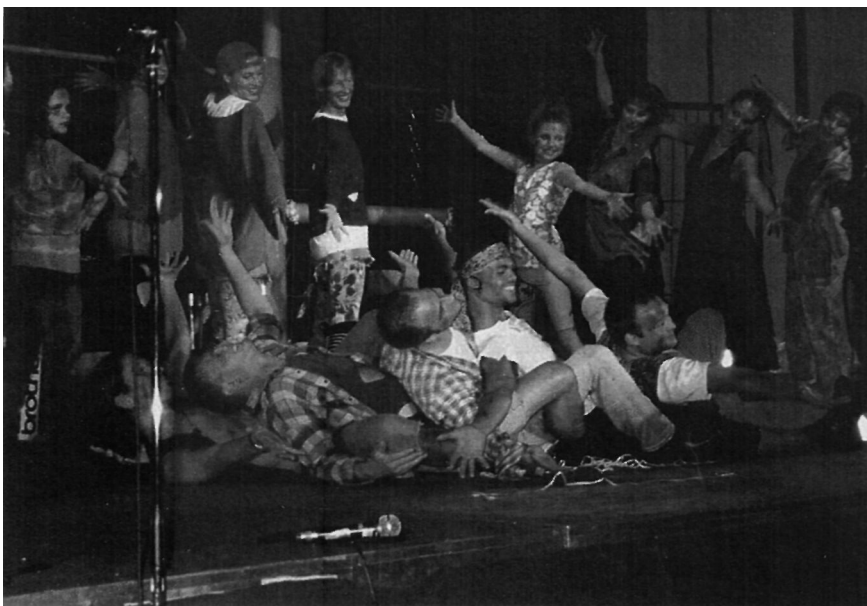
„Sich schädlichen Einflüssen zu widersetzen, ist auch eine Frage der Lebenskraft: Den Erschöpften lockt das Schädliche!“ (Robert Musil, Mann ohne Eigenschaften).

Dem erschöpften Therapeuten winkt die Depression, da die Atmung reduziert ist bzw. häufig die Reduzierung der Atmung eine Folge des Versuches ist, nicht so viel zu fühlen und sich vor den Gefühlen der Klientinnen zu schützen. Um dem entgegen zu wirken, lassen sich viele bioenergetische Übungen für die tägliche „Hygiene“ nutzen: - Atmen über der Rolle oder dem Ball, um zu weinen; - Erden und Vibrieren der Füße und Beine für den Realitätskontakt und den guten Boden unter den Füßen; - Schlagen auf das Kissen zum Ausdruck von Zorn und Wut, - der „Hunde-Beissring“ zum Lockern des Kiefers. Bei diesen Übungen geht es für uns Therapeutinnen um den Erhalt der Vitalität, Motilität und die Entwicklung der Fähigkeit zu kapitulieren, loszulassen, die Beherrschung zu verringern.

b) Abgrenzung: Das freudige „Nein“ zur Grenzüberschreitung der Klientinnen

Auch die Abgrenzungsfähigkeit hängt neben der Wahrnehmung eigener muskulärer Kraft wesentlich von der Fähigkeit zur tiefen Atmung ab. Je mehr inneren Raum ich mir geben kann durch die Fülle der Einatmung, desto mehr Spannkraft und Aufrichtung zeigt mein Körper, desto deutlicher wird non-verbal meinem Gegenüber der Personenraum und die Grenze des Kontaktes gezeigt.

Aber manchmal hilft nur mein deutliches Seufzen oder die direkte Aussage, dass es zu viel für mich ist!



c) Ausdrucksfähigkeit entwickeln und pflegen

Die Fähigkeit, emotional mit anderen Menschen mit zu schwingen und aber auch das Mit-Gehörte, Mit-Gefühlte oder gar stellvertretend Gefühlte wieder loszulassen, hängt wesentlich davon ab, wie sehr ich meine eigenen Ausdrucksmöglichkeiten entwickelt habe und auch pflege. D.h. Therapeutinnen sollten ihre stimmlichen und rhythmischen Fähigkeiten nicht brach liegen lassen und für die eigene psychische und körperliche Gesundheit durch Singen, Tanzen, Tönen, Schreien, Ächzen, Seufzen ... sorgen.

Beispiel: Frankfurter Institut für Musikpädagogik: „Singen fördert das Immunsystem! Musik hören jedoch nicht!“

Forscher der Universität Frankfurt haben dafür die Blutwerte (Immunglobulin A und Cortisol) von Sängern eines Laienchors vor und nach den Proben zu Mozarts Requiem gemessen. Die Blutwerte waren nach dem Singen erhöht. Sie gelten als Indikator für Abwehrkräfte. Auch die subjektive Stimmung veränderte sich zum Positiven. Eine Woche später ergab dieselbe Untersuchung, dass das Hören des Requiems die Blutwerte nicht positiv beeinflusste. (vgl. NOZ 17.1.04, Prof. Hans Günther Bastian vom Frankfurter Institut für Musikpädagogik).

Arbeit mit der verkörperten Gegenübertragung als Weg zur Freude

In der Arbeit mit der Gegenübertragung nutzen wir die „induzierte Gegenübertragung“ (manchmal auch projektive Identifikation genannt) (vgl. Downing 1996). Damit sind die bei Therapeutinnen hervorgerufenen Gefühle und Körperreaktionen gemeint, die den Gefühlen der Klientinnen als Kind oder deren Elternteil entsprechen. Es sind Ergänzungen der Gefühle der Klientinnen: Die induzierte Gegenübertragung ist für die Therapie sehr wertvoll, weil man auf diese Weise einen „Geschmack“ (Downing) davon bekommt, wie es für die Klientinnen in früheren Lebensjahren war. Mit der *verkörperten Gegenübertragung* zu arbeiten bedeutet, dass der Körper der Therapeutinnen als eine Art Kanal fungieren kann und so „Quelle für neue Erkenntnisse und Einsichten sein kann, die andernfalls im Dunkeln bleiben.“ (Downing 1996, S. 321). Dabei ist die *Atmung der Therapeutinnen der zentrale Schlüssel*, um sie wahrzunehmen. Es ist möglich, das im Kontakt Erspürte in beschreibende Worte zu fassen und den Klientinnen vorsichtig mitzuteilen oder vielleicht auch non-verbal zu spiegeln (die „direkte Enthüllung“). Diese therapeutische Vorgehensweise setzt voraus, dass die Therapeutinnen ihre eigenen unbewusst körperlich wirksam werdenden Anteile (oralen, sexuellen, aggressiver Art) in der Eigenanalyse bearbeitet haben und die Wirkung von körperlicher Übertragung und Gegenübertragung zu beachten gelernt haben, d.h. die Abgrenzung und Entwirrung eigener biografischer Anteile (vgl. Heinrich 2001). Die Arbeit mit der Gegenübertragung belebt den therapeutischen Prozess und

kann als Katalysator und Motor für neue Erlebens- und Verhaltens- und Ausdrucksweisen der Klientinnen genutzt werden, so dass der Prozess wieder spielerischer und fließender werden kann.

Erotik und sexuelle Gegenübertragung in der Beratung als Anlass zur Freude

Die Vermeidung von Themen der sexuellen Übertragung und Gegenübertragung in der Beratung kann auf Seiten der Klientinnen die Lösung ödipaler Konflikte, die sich in Partnerschaftskonflikten zeigen, verhindern. Sie werden stattdessen in ihrem tiefsitzenden Glauben, Sexualität sei gefährlich, bestärkt, wenn wir diese Gespräche unterlassen (Lowen 1993, S. 299). „..., dass Fröhlichkeit für Adam und Eva im Garten Eden verbunden war mit sexueller Unschuld und Freiheit.“ (ebenda 1993, S. 299)

Bei den Therapeutinnen kann diese Vermeidung sich im Phänomen der Lustlosigkeit, Anstrengung, Übernahme der Elternrolle mit angestrebter Suche nach Lösungen für die Klientinnen äußern. Der Therapieprozess verliert an Energie, wirkt sachlich-nüchtern, trocken und schwer - eben asexuell. Der Spaß geht beiden verloren, (vgl. Virginia-Wink Hilton 1992, R. Ware 2000)

Die Gefahr des erotischen oder sexuellen Missbrauchs der Therapie wird vom therapeutischen Über-Ich als Anlass genommen, diese Erfahrungs- und Kontaktebene ganz zu vermeiden. Die unbewusste Wahrnehmung des Gegenübers wird dadurch jedoch nicht ausgeschaltet, nur verdrängt oder abgespalten. Wie wir wissen, wirken alle abgespaltenen Anteile der Person umso nachhaltiger und unkontrolliert. Die Klientinnen nehmen uns über die Körperwahrnehmung als sexuelle Wesen wahr und umgekehrt genauso. Alles was nicht ausgesprochen und bewusst bearbeitet wird, sorgt um so mehr für Projektionen und Hemmungen. (vgl. Schmidbauer 1999) (Allerdings sollten die sexuellen Phantasien der Therapeuten nicht ausgesprochen sondern nur zum Anlass genommen werden, das Thema zu beachten und von den Klienten zu erfragen, soweit sie dies in sicheren Grenzen besprechen und bearbeiten möchten.) Wenn ich z.B. in Anwesenheit einer Klientin Hunger bekomme, obwohl ich gerade gefrühstückt habe, und diese meine Frage verneint, ob sie Hunger empfindet. Dann bleibt zu erforschen, auf welcher körperlichen und emotionalen Ebene bei ihr dieser Hunger vielleicht einen Hinweis auf unerfüllte Sehnsüchte darstellt. Wenn sie dann (wie in einer Therapiestunde bei mir geschehen) nach einigem Überlegen errötet und etwas verlegen gesteht, dass sie „lange mehr keinen Mann gehabt“ habe, dann kann wieder Humor in die Begegnung kommen - und meine hungrige Gegenübertragungsreaktion sich auflösen und als Katalysator für eine Arbeit zum Thema Sexualität genutzt werden.

Literatur

- Alexander, F. (1977). *Psychosomatische Medizin*. Berlin: de Gruyter-Verlag.
- Clauer, J. (2003). Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung. Eine Psychotherapie mit Leib und Seele. *Psychotherapie Forum*, 11.
- Clauer, J. & Heinrich, V. (1999). Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. Zwischen Berührung und Abstinenz. *Psychotherapie Forum*, 7, 75-93.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Fengler, J. (1994). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation*. München: Pfeiffer, München.
- Freud, S. (1975). *Bemerkungen über die Übertragungsliebe, Behandlungstechnische Schriften 1911-1915, Schriften zur Behandlungstechnik*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1975). *Jenseits des Lustprinzips (1920), Psychologie des Unbewussten, Bd. III (S. 213ff)*. Frankfurt: Fischer.
- Heinrich, V. (1997). Körperliche Phänomene der Gegenübertragung. Therapeuten als Resonanzkörper. Welche Saiten kommen in Schwingung? *Forum der Bioenergetischen Analyse*, 1, 32-41.
- Heinrich, V. (2000). Von der Sehnsucht, im eigenen Körper wieder zu Hause zu sein. Möglichkeiten der Körpertherapie in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. In *Dokumentation der Jahrestagung der Kath. Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater*. Suhl.
- Heinrich, V. (2001). Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 9, 62-70.
- Heinrich-Clauer, V. (2004). Freude in der Beratung. Vom klienten- zum therapeutenzentrierten Ansatz. In *Blickpunkt EFL-Beratung* (S. 43-58).
- Heisterkamp, G. (1998). Körpersprachlicher Dialog und basales Verstehen im psychotherapeutischen Prozeß. In S. Trautmann-Voigt & B. Voigt (Hrsg.), *Bewegung ins Unbewusste* (S. 129-142). Frankfurt: Brandes und Apsel.
- Hoffmann-Axthelm, D. (1992). *Verführung in Kindheit und Psychotherapie*. Oldenburg: Transform-Verlag.
- Keleman, St. (1990). *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*. München: Kösel.
- Körner, J. (1998). Einfühlung: Über Empathie. *Forum der Psychoanalyse*, 14, 1-17.
- Kriz, J. (1985). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Lewis, R. (2003). *The Anatomy of Empathy, Morning Lecture on Oct. 11, 2003 at the XVII th IIBA Conference in Salvador Bahia Brasil*.
- Lowen, A. (1979). *Lust. Der Weg zum kreativen Leben*. München: Kösel.
- Lowen, A. (1993). *Freude. Die Hingabe an den Körper und das Leben*. München: Kösel.
- Pope, K. S., Sonne, J. L. & Holroyd, J. (1993). *Sexual Feelings in Psychotherapy. Explorations for Therapists and Therapists-in-Training*. American Psychological Association, Princeton Academic Press.
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten - eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut*, 2, 107-114.
- Reimer, C. & Jurkat, H. B. (2001). Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92:32/33, 1733-1738 berichtet in Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 11, Nov. 2003, S. 511 f.
- Resneck-Sannes, H. (2002). Psychobiology of affects: Implications for a somatic psychotherapy. *The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, 13, 111-122.
- Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer.
- Rogers, C. R. (1976). Eine neue Definition von Einfühlung. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute* (S. 33-51). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer*. Reinbek: Rowohlt.
- Schmidbauer, W. (1999). *Wenn Helfer Fehler machen. Liebe, Missbrauch und Narzissmus*. Reinbek: Rowohlt.
- Sonntag, M. (2003). Self-Expression versus Survival. Die grundlegenden Bioenergetischen Konzepte im Lichte der neueren psychobiologischen Erkenntnisse und der Affektforschung. In *Forum der Bioenergetischen Analyse* 2/2003, S. 45-70.
- Stern, D. (1991). *Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt*. München: Piper.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck, U. (2000). Die generalisierte Heiterkeitsstörung. *Forum der Psychoanalyse*, 16, 116-122.
- Traue, H. (1998). *Emotion und Gesundheit: die psychobiologische Regulation durch Hemmungen*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *77th American Psychologist*, 44, 112-119.
- Tulku, Tarthang (1994). *Geschicktes Wirken. Arbeit erfolgreich meistern*. Münster: Dharma Publ.
- Wardetzki, B. (1991). *Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung*. München: Kösel Verlag.
- Ware, R. C. (2000). Gebrauch der Lüste/Befreiung des Eros. Erotisierte und „zölibatäre“ Gegenübertragungen. *Forum der Bioenergetischen Analyse*, 38-51.
- Wink-Hilton, V. (1992). Die Arbeit mit der sexuellen Übertragung. In D. Hoffmann-Axthelm (Hrsg.), *Verführung in Kindheit und Psychotherapie*. Oldenburg: Transform Verlag.
- Yalom, I. (1999). *Die Liebe und ihr Henker*. München: Goldmann.
- Yalom, I. (2002). *Der Panamahut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: Goldmann.



Dr. Vita Heinrich-Clauer

Diplom-Psychologin
Geb. 1955

Krahnstr. 17
49074 Osnabrück

Telefon (0541) 2023101

Bioenergetische Analytikerin (CBT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychotherapeutische Praxis in Osnabrück, Supervision, verschiedene Lehrtätigkeiten, Vorträge. Schwerpunkte: Psychosomatik, Trauma, Körperliche Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung.