INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL

2 Die therapeutische Beziehung
4 La relation thérapeutique
Rosmarie Barwinski

ORIGINALARBEIT (TITELTHEMA)

6 Neurowissenschaftliche Aspekte der therapeutischen Beziehung
17 Aspects neuroscientifiques de la relation thérapeutique
Damir Lovric

19 Beziehungen und Selbst-Beziehungen der Körperlichkeit
27 Relations (du Soi) et corporalité
Kurt Mosetter, Reiner Mosetter

28 Mentalisierungsgestützte Eltern-Kind-Intervention: ein bindungsorientierter Therapieansatz im Kontext traumatisierter Familiensysteme
34 Interventions parents-enfant utilisant la mentalisation : une approche thérapeutique fondée sur l'attachement dans le contexte de systèmes familiaux marqués par des traumatismes
Marianne Rauwald

35 Die Bedeutung der Übertragung und Gegenübertragung im Alltag und in der Psychotherapie
42 La signification du transfert et contre-transfert au quotidien et en psychothérapie
Hans Holderegger

BERICHT

43 21. Weltkongress der IFP 9.-11. Mai 2014, Shanghai
45 21e congrès mondial de l'IFP, 9-11 mai 2014, Shanghai
Peter Schulthess

REZENSION

47 Naema Gabriel: Sinus
Rosmarie Barwinski

Editorial

Rosmarie Barwinski

Die therapeutische Beziehung

Bereits Orlinsky und Howard (1986) kamen aufgrund der Meta-Analyse von über 2300 Untersuchungen zum Schluss, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung für das Therapieergebnis von zentraler Bedeutung ist. Dieses Ergebnis wurde in der Folge durch zahlreiche Untersuchungen bestätigt (Grawe & Caspar, 1994; Strunk & Schiepek, 2014). Eine zentrale Fragestellung der Psychotherapieforschung bildet dementsprechend das Interesse an den Eigenschaften der Patienten-Therapeuten-Dyade. Die therapeutische Beziehung ist nicht nur ein mehr oder weniger geeignetes Mittel zur Herbeiführung von erwünschten Veränderungen, sie ist gleichzeitig die tragende Grundlage des Veränderungsprozesses selbst. Und was für Praktiker und Forscher gleichermassen interessant ist: Der Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg lässt sich in gleicher Weise für unterschiedliche Therapieverfahren wie psychodynamische und kognitiv-behaviorale nachweisen. Die therapeutische Beziehung bildet die Basis dafür, dass therapeutische Techniken wirken, wenn sie in eine gute Arbeitsbeziehung eingebettet sind (Strunk & Schiepek, 2014).

Was macht eine tragende therapeutische Beziehung aus? Dieser Frage gehen vor allem Psychotherapieforscher seit Phase drei der Psychotherapieforschung nach. Wie Kächele (1992) ausführt, lassen sich aus wissenschaftsgeschichtlicher Perspektive in der Psychotherapieforschung drei Etappen unterscheiden: Ergebnisforschung (welche Ergebnisse erzielt das Verfahren?), Erforschung der Kombination von Prozessvariablen und Ergebnismerkmalen (welche Prozessmerkmale korrelieren mit welchem Ergebnis?) sowie eine naturalistische Wende mit der Untersuchung von therapeutischen Mikroprozessen und der Evaluation von Psychotherapien im Kontext realer Praxisbedingungen. Für die Phase-3-Methodik besteht das Ziel, durch die systematische Untersuchung konkreter Therapieprozesse herauszufinden, welche Faktoren therapeutischen Fortschritt bedingen und welche ihn behindern. Übergeneralisierte Annahmen, wie sie im „generic model of psychotherapy“ von Orlinsky und Howard genannt werden, konnten in vielen Untersuchungen nicht repliziert werden (Grawe & Caspar, 1994). Aber auch allgemeine Wirkfaktoren, wie sie von Grawe (2000) ausgearbeitet wurden, werden dem therapeutischen Alltag nicht gerecht. Ein Zugang zur Frage, was eine entwicklungsförderliche therapeutische Beziehung ausmacht, sollte aus psychotherapiewissenschaftlicher Sicht im Kontext der Praxis ansetzen, bei der Therapie-Evaluation unter realen Bedingungen (Linden, 1987). Die Psychotherapie muss in Praxis, Forschung und Theoriebildung ihre eigene Methodik praktizieren. Bei Erwerb und Beurteilung von Forschungsergebnissen kann sie Ergebnisse aus Nachbardisziplinen einbeziehen, um psychotherapiewissenschaftliche Erkenntnisse zu begrenzen, aber nicht zu ersetzen.

Das vorliegende Heft versucht zur Klärung beizutragen, welche Faktoren berücksichtigt werden müssen, um eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Diese Frage soll auf unterschiedlichen Ebenen angegangen werden: auf der Ebene der Neurobiologie, des Körpers bzw. eines körperpsychotherapeutischen Verständnisses, aus der Perspektive der Bindungstheorie sowie aus psychodynamischer Sicht.

Der erste, sehr informative und hoch aktuelle Beitrag von Damir Lovric thematisiert den Dialog zwischen der Psychotherapie und den Neurowissenschaften. Damir Lovric geht der Frage nach, welche Faktoren aus neurowissenschaftlicher Perspektive für eine stabile, tragfähige Beziehung von Bedeutung sind. Eindrücklich schildert er die neurophysiologischen Prozesse, die Empathie zugrunde liegen, aber warnt davor, Phänomene des menschlichen Seelenlebens auf neurobiologische Korrelate der Krankheits- und Leidensphänomene zu reduzieren.

Kurt und Reiner Mosetter gehen in ihrem Beitrag „Beziehungen und Selbst-Beziehungen der Körperlichkeit“ vom Begriff der Zwischenleiblichkeit aus. Körperpsychotherapeutisch gelte es, verselbständigten Handlungsimpulsen und impliziten Erinnerungen gezielte Selbstwahrnehmungs- oder Spürhilfe zu geben. Veränderungen im Körperlichen können eine deutliche Verbesserung des psychotherapeutischen Weges und Gesamtsettings bewirken.

Marianne Rauwald stellt einen integrierten Behandlungsansatz (Mentalisierungsgestützte Eltern-Kind-Intervention) dar, in dem an der Schnittstelle zwischen therapeutischer Behandlung und psychologisch-traumapädagogischer Intervention mithilfe verschiedener Bausteine der Versuch unternommen wird, den transgenerationalen Teufelskreis der Weitergabe traumatischer Erfahrungen zu unterbrechen.

Hans Holderegger zeigt in seiner Arbeit auf, wie hilfreich das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung für das Verstehen von komplexen Beziehungssituationen sein kann – im Alltag und in der Psychotherapie. Die Übertragung verbindet die Vergangenheit mit der Gegenwart und macht verständlich, welchen Einfluss vergangene Konflikte und Traumata auf unser tägliches Leben haben.

Literatur

Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie, 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., & Caspar, F. (1994). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In: Baumann, U. (Hrsg.), Psychotherapie: Makro-, Mikroperspektive (S. 177ff). Göttingen: Hogrefe.

Kächele, H. (1992). Psychoanalytische Therapieforschung 1930–1990. Psychoanalyse – Klinik und Kulturkritk 46, 259–285.

Linden, M. (1987). Phase-IV-Forschung. Berlin: Springer.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. J. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (Hrsg.), Handbook of psychotherapy and behavior change, 3. Aufl.(S. 311–384). New York: Wiley.

Strunk, G., & Schiepek, G. (2014). Therapeutisches Chaos. Göttingen: Hogrefe

Éditorial

Rosmarie Barwinski

La relation thérapeutique

Orlinsky et Howard (1986) avaient mené une méta analyse de 2300 études et étaient déjà parvenus à la conclusion que la qualité de la relation thérapeutique joue un rôle essentiel au niveau du succès de la thérapie. Ce résultat a plus tard été confirmé par de nombreuses études (Grawe & Caspar, 1994; Strunk & Schiepek, 2014). C'est pourquoi la recherche en psychothérapie s'intéresse autant aux caractéristiques de la dyade patient/thérapeute. La relation thérapeutique n'est pas seulement un instrument plus ou moins adéquat qui permet de provoquer les changements souhaités ; elle est simultanément le fondement sur lequel se construit le processus de changement. Un point intéresse plus particulièrement les praticiens comme les chercheurs : le rapport liant la qualité de la relation thérapeutique et le succès de la thérapie est constaté de manière identique pour les différents courants de thérapie, qu'il s'agisse de méthodes psychodynamiques ou cognito-comportementales. C'est en fait cette relation qui forme la base permettant aux techniques d'avoir des effets, du moins lorsqu'elle est inscrite dans de bons rapports de travail (Strunk & Schiepek, 2014).

Qu'est-ce qui rend une relation thérapeutique porteuse ? Les chercheurs se sont intéressés à cette question depuis que les études concernant la psychothérapie ont atteint leur troisième phase. Comme l'indique Kächele (1992), d'un point de vue épistémologique on peut distinguer trois étapes successives de la recherche en psychothérapie : recherche sur les résultats (quels sont les résultats obtenus grâce à la méthode ?), recherche combinant l'étude de différentes variables des processus à l'étude des résultats (quels aspects du processus sont en corrélation avec quels résultats ?) ainsi qu'une approche naturaliste dans laquelle l'analyse de microprocessus thérapeutiques est combinée à l'évaluation de traitements dans le contexte de la pratique concrète. Concernant les méthodes utilisées durant la phase 3, l'objectif est que l'étude systématique de processus thérapeutiques concrets permette de savoir quels sont les facteurs qui fondent le progrès thérapeutique et quels sont ceux qui l'entravent. Des hypothèses trop globales, telles celles qui ont été formulées par Orlinsky et Howard au moment d'élaborer un « generic model of psychotherapy », n'ont pas pu être confirmées par d'autres études (Grawe & Caspar, 1994). Mais même la définition de facteurs efficaces présentée par Grawe (2000) ne prend pas suffisamment en compte le quotidien de la thérapie. Pour répondre à la question scientifique de savoir ce qui fait d'une relation thérapeutique un facteur de développement, il faut partir du contexte de la pratique pour mener une évaluation dans des conditions réelles (Linden, 1987). La psychothérapie doit utiliser ses propres méthodes au niveau de la pratique, de la recherche et de l'élaboration de la théorie. Lorsqu'il s'agit d'acquérir et d'évaluer les résultats des études, elle peut se référer aux résultats de disciplines voisines pour analyser le savoir acquis, mais il ne peut s'agir d'une substitution.

Dans le présent numéro, les auteurs tentent de contribuer à la question de savoir de quels facteurs il faut tenir compte pour développer une relation thérapeutique stable. Cette question est traitée à différents niveaux : la neurobiologie, le corps et ses rapports avec l'attachement, ainsi que d'un point de vue psychodynamique.

L'article de Damir Lovric présente de nombreuses informations associées à la notion de dialogue entre la psychothérapie et les neurosciences. L'auteur s'intéresse à la question de savoir quels sont les facteurs qui, dans un contexte neuroscientifique, contribuent à l'établissement d'une relation thérapeutique stable. Il décrit de manière impressionnante les processus neurophysiologiques qui fondent l'empathie, tout en émettant un avertissement : les phénomènes associés à l'âme de l'être humain ne peuvent pas être réduits à des corrélations neurobiologiques accompagnant la maladie et la souffrance.

Dans leur article, « Relations (du Soi) et corporalité », Kurt et Reiner Mosetter fondent leur réflexion sur la notion d'intercorporalité. Du point de vue de la psychothérapie corporelle, il s'agit d'aider le patient à percevoir et à ressentir des impulsions autonomes et des souvenirs implicites. Les changements qui ont lieu au niveau du corps peuvent apporter une amélioration significative du processus et du setting psychothérapeutiques.

Marianne Rauwald présente une approche intégrée de traitement (intervention parents-enfant fondée sur la mentalisation), dans laquelle différentes composantes situées au point de recoupement entre thérapie et intervention psychologique/traumatologique ; cette approche permet de tenter de briser le cercle vicieux de la transmission entre les générations d'expériences traumatiques.

Dans son travail, Hans Holderegger montre à quel point le concept de transfert/contretransfert peut être utile lorsqu'il s'agit de comprendre des situations relationnelles complexes – dans le quotidien et en psychothérapie.

Le transfert relie passé et présent ; il permet de comprendre à quel point des conflits et des traumatismes passés influent sur notre vie quotidienne.

Bibliographie

Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie, 2e éd. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., & Caspar, F. (1994). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In: Baumann, U. (Hrsg.), Psychotherapie: Makro-, Mikroperspektive (p. 177ss). Göttingen: Hogrefe.

Kächele, H. (1992). Psychoanalytische Therapieforschung 1930–1990. Psychoanalyse – Klinik und Kulturkritk 46, 259–285.

Linden, M. (1987). Phase-IV-Forschung. Berlin: Springer.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. J. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (Hrsg.), Handbook of psychotherapy and behavior change, 3e éd. (p. 311–384). New York: Wiley.

Psychotherapie-Wissenschaft (2014) 1 : 6-18

Originalarbeit (Titelthema)

Damir Lovric

Neurowissenschaftliche Aspekte der therapeutischen Beziehung

Zusammenfassung: Neuere Entwicklungen in den Neurowissenschaften haben eine intensivere Zusammenarbeit mit der Psychotherapie ermöglicht. Zahlreiche experimentelle Studien werfen dabei ein neues Licht auf psychotherapeutische Modelle und Techniken. Aspekte wie schulenspezifische Therapietechniken erwiesen sich als weniger bedeutsam als gemeinhin angenommen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung dagegen, konnte als bedeutsame Wirkvariable im therapeutischen Prozess identifiziert werden. Doch kann die Neurowissenschaft helfen, das Wie und Warum der therapeutischen Beziehung besser zu verstehen? Im Sinne der Synergetik wird das Gehirn als ein selbstorganisiertes System interpretiert, dessen Funktionsweise dem Primat der selbstregulierten Aktion folgt. Herausforderungen und Belastungen können das System in eine Instabilität führen. Diese z.T. als Stress wahrgenommene Phase ist zugleich Lernanregung. Denn über die Instabilität, die Teil eines jeden Lernprozesses ist, gilt es im Sinne eines Ordnungsüberganges in ein neues Gleichgewicht zu gelangen. Eine der zentralen Aufgaben der therapeutischen Beziehung liegt in der Schaffung eines stabilen, sicheren Rahmens, der es dem „System Mensch“ erlaubt, genau diese Instabilitäten zuzulassen, um den Aufbau neuer Gleichgewichtszustände zu ermöglichen. Die für das menschliche Sein und somit auch die Therapie so bedeutsamen sozialen Aspekte, zeigen sich neurobiologisch vielfältig verwirklicht. Einblicke in Struktur und Funktionsweisen dieser Substanzen, Netzwerke und Areale können helfen, die Einflussfaktoren der therapeutischen Beziehung zu identifizieren und - soweit das zur Zeit möglich ist - für den psychotherapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

Schlüsselwörter: Synergetik, therapeutische Beziehung, Empathie, Spiegelneuronen, Wirkeffekte der Psychotherapie, Neurobiologie der Psychotherapie

Abstract: Neuro-scientific aspects of the therapeutic relationship
Recent developments in neuroscience have made a more intensive cooperation with psychotherapy possible. Numerous experimental studies cast a new light on psychotherapeutic models and techniques. Aspects such as school specific therapy techniques have been demonstrated to be less important than was commonly held. In contrast the quality of the therapeutic relationship could be identified as an effective variable in the therapeutic process. However, can neuroscience help with understanding the how and why of the therapeutic relationship. In terms of synergetics, the brain can be interpreted as a self-organizing system whose operating mode follows the primate of self-regulating action. Challenges and stresses can lead the system into a state of instability. This phase, which is in part perceived as stress, is at the same time a learning stimulus. Therefore this instability which is a part of every learning process is, in a sense, an organizational transition in order to achieve a new equilibrium. A central task of the therapeutic relationship lies in the creation of a stable, secure framework, which allows exactly these instabilities in the “human system” for constructing new equilibrium conditions. The meaningful social aspects which are so essential for the human state of being and consequently, also in therapy, have been confirmed neuro-biologically in many respects. Insights into structure and functional mode of operation of these substances, networks and areas could help to identify the factors that influence the therapeutic relationship and – in so far it is currently possible – to make it useful for the psychotherapeutic processes.

Keywords: Synergetics, Neurobiological basis of psychotherapy, empathy, mirror neurons, therapeutic relationship

Es war kein geringerer als der Neurobiologe und Medizin-Nobelpreisträger Eric Kandel, der sich für einen intensiveren Dialog zwischen der Psychotherapie (er sprach insbesondere von der Psychoanalyse) und den Neurowissenschaften aussprach (Kandel, 2006). Inzwischen haben neuere Entwicklungen in den Neurowissenschaften diesen Dialog ermöglicht und kreativ erweitert (vgl. Buchheim, 2012). Aus der Zusammenarbeit der beiden Disziplinen sind zahlreiche experimentelle Studien hervorgegangen, die ein neues Licht auf psychotherapeutische Modelle und Techniken geworfen haben (Strunk & Schiepek, 2014, Buchheim, 2012). Aspekte wie schulenspezifische Therapietechniken erwiesen sich als weniger bedeutsam als gemeinhin angenommen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung dagegen, konnte als bedeutsame Variable, die in hohem Maße die Veränderungspotenziale der Psychotherapie unterstützt, identifiziert werden (Schiepek et al., 2013, Orlinsky et al., 2004). Dass sich diese Veränderungsmöglichkeiten nicht nur auf Erlebnis- und Verhaltensebene manifestieren, wird durch die neurobiologischen Forschungen eindeutig bestätigt. Psychotherapie ist nachgewiesenermaßen in der Lage, die organische Struktur des Gehirns nachhaltig zu verändern (Schiepek, 2011).

Von Widersprüchen und ihrer Überwindung

Das Unterfangen, ein traditionell stark geisteswissenschaftlich geprägtes Thema wie die therapeutische Beziehung im Kontext der Psychotherapie neurowissenschaftlich zu interpretieren, bedarf trotz der Annäherung der beiden Disziplinen einer Erklärung.
Es ist gerade der Widerspruch, der in der Verknüpfung einer geisteswissenschaftlich-philosophischen Ausrichtung einerseits und neurowissenschaftlichen Befunden und Modellen andererseits zu liegen scheint, der diese Arbeit in einer wissenschaftlichen Grundhaltung, wie sie von dem Psychotraumatologen Gottfried Fischer vertreten wurde, eingebettet weiß: dem dialektischen Denken. Denn gerade die Dialektik, eine der Säulen in Fischers Theoriegebäude (Fischer, 2007), verkörpert eine Methode, die den Widerspruch nicht als etwas zu Vermeidendes ansieht. Vielmehr wird Widerspruch als eine Chance aufgefasst, in der Wahrheitsfindung voranzuschreiten. Dialektik verstanden als Erkenntnisprozess, der das Erkennen einer höheren Einheit des zunächst Gegensätzlichen anstrebt, stellt einen geradezu idealen Rahmen für den Ansatz dieser Arbeit dar.
Ferner laden die zentralen Gegenstände des zu erörternden Themas zur gewählten Schwerpunktsetzung ein: Ob Entwicklung, Gedächtnis, Emotionen, Empathie oder Bindung, all diese Konstrukte finden sich mittlerweile an den Schnittstellen unterschiedlicher Forschungsmethoden wieder. Für alle hält die neurowissenschaftliche Forschung wertvolle Daten und Hypothesen bereit.
Es wird somit die Haltung vertreten, dass sich eine geisteswissenschaftlich-philosophisch geprägte Psychotherapie neurowissenschaftlichen Erkenntnissen nicht verschließen darf. Vielmehr sollte sie bestrebt sein, eine Verbindung zwischen ihren und den naturwissenschaftlichen Ansätzen herzustellen.

Zusammenhang psychologischer und biologischer Phänomene

Mentale bzw. psychische Aktivitäten korrelieren mit Funktionseinheiten des Gehirns und können somit als eine neuropsychische Aktivität beschrieben werden. Bedeutsam ist an dieser Stelle die Betonung der Nicht-Identität. Die Tatsache, dass die neurophysiologische Aktivität gleichsam der Träger des Psychischen ist, sollte nicht zum epistemologischen Schluss verleiten, dass neuronale und mentale Aktivität identisch zu denken seien. Ein Sinfonieorchester, bestehend aus einer großen Zahl von Musikern und Instrumenten stellt das morphologische Substrat einer Sinfonie dar. Und doch bedarf das Erscheinen aufwühlender Emotionen oder gar intensiver Glücksgefühle, wie sie harmonische Klänge hervorzurufen vermögen, der Aktivität und dem fein organisierten Zusammenspiel der verschiedenen Anteile. Sie erst erschafft die Musik und somit das „Mehr“, das uns berührt und erhebt. Um die Sinfonie zu erleben oder zu verstehen genügt es nicht, alles über das Holz der Geigen zu wissen.
Fischer (2007) unterscheidet zwischen einer physiko-chemischen, einer biologischen und einer psycho-sozialen Wirklichkeits- und damit auch Erklärungsebene. Demnach ist es möglich einen Gegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven oder auf unterschiedlichen Ebenen zu betrachten. Sowohl die physikalisch-chemische, die biologisch-funktionale, wie auch die psychisch-intentionale Ebene weisen jeweils unterschiedliche Normen, Regeln und Zeichenprozesse auf. Es verändern sich nicht nur die Fragestellungen, sondern auch die zu Erklärungszwecken eingeführten Begriffe und Einheiten.
Um die Ergebnisse verschiedener Erklärungsebenen zueinander in Beziehung zu setzen, wird typischerweise mit den Begriffen der höheren Ebene begonnen (Schumacher, 2007). Wenn die Aktivität bestimmter Hirnregionen als Aspekt der Gedächtnisbildung interpretiert wird, so muss der kognitive Begriff des Gedächtnisses schon vorher bestanden haben.
Empirische Forschung vollzieht sich somit nicht in einem atheoretischen Vakuum, sondern bedient sich eines Vorwissens, das ihr als Startlinie und Interpretationsrahmen dient.
Aber gerade das macht deutlich, dass die geisteswissenschaftliche Perspektive durch die Entwicklung der Neurowissenschaft ihrer Bedeutung nicht beraubt werden kann. Die neurowissenschaftlichen Forschungsergebnisse erlauben es jedoch, den Raum menschlichen Erkenntnisvermögens und menschlicher Erkenntnismöglichkeiten abzustecken. Um es mit den Worten von Wuketits (1985) zu sagen:

“In einem Akt der Erkenntnis ohne Illusion werden wir in die Lage versetzt, die Schwächen unseres eigenen Erkennens transparent zu machen, wobei allein diese Möglichkeit illusionsloser Erkenntnis die große Stärke des menschlichen Denkens wäre.”

Die Diskussion spiegelt z.T. die Entgegensetzung von biologisch und psycho-sozial bzw. philosophisch wider. Ziel sollte es sein, aus dem Antagonismus einen synergistischen Effekt erwachsen zu lassen. So gilt es eine Art Brückendisziplin anzustreben. Wie können die aus methodisch und erkenntnistheoretisch unterschiedlichen Informationsquellen gewonnenen Daten in Verbindung gebracht werden, ohne dass dabei eine der Informationsquellen die epistemologische Führung beansprucht?

Ein systemtheoretisches Denken könnte hier hilfreich sein. Die Synergetik, eine von dem Physiker Hermann Haken begründete Theorie der Selbstorganisation, die durch Haken und Schiepek für die Psychologie ausgearbeitet wurde, beschreibt selbstorganisierte Ordnungsbildung in Systemen (Schiepek, 2006). Selbstorganisation wird hier als spontane Entstehung und Veränderung von funktionellen und strukturellen Mustern in einem komplexen System verstanden (Schiepek, 2011). Mit den Begriffen der Synergetik lassen sich sowohl die Prozesse der Psychotherapie, wie auch der neuronalen Aktivität beschreiben. Das Gehirn, das sich mit seinen 86 Milliarden Nervenzellen in zahlreiche Subsysteme (Netzwerke, Funktionssysteme, Hemisphären) aufgliedert, vermag ohne eine zentrale Steuerungsstelle alles zu koordinieren. Über einen kaum vorstellbaren Vernetzungsgrad zwischen den Einzelelementen und die Wirkung aktivierender und hemmender Feedbackschleifen, kommt es zur Ausprägung nichtlinearer Prozesse, die komplexe Aktivierungsmuster, zeitliche Kopplungen dieser Aktivierungsmuster zwischen unterschiedlichen Nervenzellverbände (Synchronisationen) und Resonanzeffekte hervorzubringen vermögen (Schiepek, 2005). Auch der Synergetik wohnt ein dialektisches Moment inne. Richtet sie doch ihr Hauptaugenmerk auf das stetige Ineinanderübergehen von Stabilität und Wandel (Strunk & Schiepek, 2014).

Synergetik und die Nicht-Linearität

Wie stellt sich nun das Verhältnis von spezifischer Therapietechnik, therapeutischer Beziehung und Veränderungsprozessen aus Sicht der Synergetik dar? Seit Jahren zeigen Untersuchungen, dass Psychotherapie nicht als linearer Prozess gedacht werden darf, in dem spezifische Interventionen eine vorhersagbare kausale Abfolge von Veränderungsprozessen einleiten. Eine solche Sichtweise überschätzt die Wirkkraft von Behandlungstechniken und ignoriert die häufig sprunghaften, diskontinuierlichen Veränderungen in der Entwicklung der Klienten, die sich völlig losgelöst von der zentralen Intervention entfalten können (Schiepek, 2013). Während also die Psychotherapieforschung die Wirksamkeit schulenspezifischer Methoden und Interventionen stark relativiert, zeigen gleichzeitig zahlreiche Untersuchungen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung entscheidend für den Erfolg von Psychotherapien ist (Grawe et al., 1998, Lambert & Ogles, 2004). Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung darf somit nicht nur als eine unbedeutende Wirkvariable des Therapieprozesses angesehen werden. Vielmehr stellt sie einen entscheidenden Wirkfaktor der therapeutischen Arbeit dar. Es mag gar einer der zentralen Punkte sein, an dem sich entscheidet, ob die Therapie einen erfolgreichen Lauf nimmt. Aus Sicht der Synergetik wird Psychotherapie als „prozessuales Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit von Selbstorganisation und Veränderung“ beschrieben (Strunk & Schiepek, 2014). Neurowissenschaftliche Erkenntnisse können helfen, diese Prozessarbeit im Kontext der therapeutischen Beziehung besser zu verstehen, zumindest die daran beteiligten Strukturen und Funktionen schrittweise zu identifizieren.
Das Gehirn wird heute – wie oben schon angeführt - als selbstorganisiertes System interpretiert. D.h. die Organisation von multiplen Systemkomponenten erwächst aus den Interaktionen und Wechselwirkungen, die zwischen diesen Komponenten bestehen. Sie wird dem System nicht von außen aufgezwungen. Die Funktionsweise des menschlichen Gehirns folgt somit dem Primat der selbstregulierten Aktion (Pöhlmann, 2011). Der Mensch ist das Wesen, das sich die Welt handelnd erschließt. Dabei bringt er mit seinem motorischen System komplexe Funktionsprozesse einer fein orchestrierten Bewegungsregulation hervor, die von emotionalen, motivationalen und kognitiven Prozessen begleitet werden (Baur, 2011, Pöhlmann, 2011). Im aktiven Handlungsvollzug gilt es, den Herausforderungen entgegenzutreten, denn ein raffiniertes Belohnungssystem des menschlichen Gehirns lässt den Akteur ein besonderes Glücksgefühl erleben, wenn eben diese Herausforderung erfolgreich bewältigt wurde. Solche Erfahrungen erweitern die Selbstwirksamkeit und gebären positive Selbstwirksamkeitserwartungen. Der Weg dorthin ist jedoch kein geradliniger. Herausforderungen und Belastungen können Grenzen sichtbar werden lassen, das System in eine Instabilität führen. Diese als Stress wahrgenommene Phase ist zugleich Lernanregung. Denn über die Instabilität gilt es in ein neues Gleichgewicht zu kommen. Eine der zentralen Aufgaben der therapeutische Beziehung liegt in der Schaffung eines stabilen, sicheren Rahmens, der es dem „System Mensch“ erlaubt, genau diese Instabilitäten zuzulassen, um neue Gleichgewichtszustände zu ermöglichen.

(De)Stabilisierung durch Stress im Kontext neuronaler Systeme – die Kriterien Akzeptanz und Kontrollierbarkeit

Im Allgemeinen werden Stressreaktionen als etwas Belastendes, sogar per se Krankmachendes angesehen, das es zu überwinden bzw. zu vermeiden gilt. Die meisten Menschen würden Stressvermeidung sofort als wichtiges Ziel definieren. Dem steht jedoch die physiologische Bedeutung der Stressreaktion entgegen, die zum einen eine lebensnotwendige Anpassungsleistung des Organismus darstellt, um kurzfristig mit physischen und/oder

emotionalen Stressoren fertig zu werden und eine belastende Situation aktiv zu überwinden – oder, wenn es sein muss, zu ertragen. Zum anderen besitzt Stress, sofern er mit der aktiven Bewältigung von Aufgaben assoziiert und ausagiert wird, stimulierende Eigenschaften, ohne die eine Lebensgestaltung oder die Entwicklung von Persönlichkeit, Beziehungen, Handlungsantrieb und Ideen nicht möglich wäre. Klar zu unterscheiden ist hierbei physiologisch die noradrenerg-adrenerge Stressreaktion (SNA), die stärker auf Impulsivität, Extraversion und Kontrolle über kurze Episoden abzielt, von der cortisolbetonten langfristigeren Stressantwort (HPA-Achse) auf eher „zu ertragende, immobilisierende" Stressoren ohne Möglichkeit zeitnaher Auflösung (Hüther, 1997, Rensing et al., 2006).
Entscheidend ist auch die Bewertung eines Stressors – unbewusst durch das limbische System einerseits sowie über die bewusste Qualifizierung der Situation (Roth, 2003). So können auch identische Ereignisse unter identischen Bedingungen von verschiedenen Menschen extrem gegensätzlich bewertet werden und je nach Vorzeichen Angst, Hilflosigkeit, Neugier, Kontrollgefühl oder Lust hervorrufen (Fischer, 2007). Allerdings vermittelt bei positiver Bewertung bzw. Einstufung als *kontrollierbar* der Stressor über das noradrenerge System v.a. stabilisierende Effekte im ZNS. Dahingegen aktiviert Hilflosigkeit, also die Bewertung als *unkontrollierbar*, stärker das HPA-System und damit den cortisolbetonten (Dauer)Stress, reduziert damit die aktivierenden Effekte der Stressreaktion und führt auf Dauer zu einer Desensibilisierung mit pathologischen Veränderungen und dauerhaftem emotionalen Ungleichgewicht. Begünstigt wird diese Reaktion durch Faktoren, die die Beziehungen zu anderen Menschen betreffen: Verlust sozialer Kompetenz (z.B. Arbeitsplatzverlust), psychosoziale Konflikte (Partnerschaft, Familie, Arbeitsplatz, Freunde) und fehlende psychosoziale Unterstützung. Häufig erhält dann bereits die Vorstellung und Erwartung belastender Situationen die Stressreaktion (Hüther, 1997).
Im ZNS wirkt das HPA-System antagonistisch zum noradrenergen System: Es kommt zur Hemmung neuronaler Differenzierung und Aktivität, Degeneration neuronaler Verbindungen (z.B. Dendriten) und infolgedessen u.a. zu einer Abnahme der Lern-, Denk- und Gedächtnisleistung sowie einer positiven Rückkopplung mit der „erlernten Hilflosigkeit". Der Hippocampus zeigt sich besonders anfällig für massive Cortisoleinflüsse. Seine besondere Fähigkeit, ein Leben lang neue Nervenzellen zu bilden (Neurogenese), wird reduziert.
Grundsätzlich stellen sowohl Stressoren, als auch ein vorübergehend gestörtes emotionales Gleichgewicht (z.B. durch Veränderungen, emotionale Verletzungen oder enttäuschte Erwartungen) sowie Problembewusstsein und Angst keinesfalls per se Krankheitsursachen dar, sondern sind im Gegenteil immanenter und notwendiger Bestandteil jedes Lebens und Voraussetzung für Anpassung, Lernen, Beziehungen und Entwicklung. In jedem Menschen findet eine „kleine Evolution" statt, die dem Organismus durch Anforderungen, Widrigkeiten, Widersprüche und Überraschungen erst seine Vitalität, Diversität und sein Profil verleiht (Fischer et al., 2007).
Erst, wenn Stressor und Stressreaktion nicht mehr als kontrollierbare Herausforderung, sondern als unkontrollierbare Belastung erlebt, also nicht mehr aktiv, sondern passiv beantwortet werden, gewinnt Stress pathologische Dimensionen.

Entwicklung als physiologischer Vorgang

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass Nervenzellen ihre Erregungsbildung und ihre synaptischen Verschaltungsmuster verändern können. Die Kopplung von Ereignissen und den funktionell-morphologischen Veränderungen an Nervenzellen wird als neuronale Plastizität bezeichnet. Die neurowissenschaftliche Forschung konnte zeigen, dass zwischen Veränderungen des Erlebens und Verhaltens einerseits und der Verknüpfungsstruktur des Gehirns andererseits, eine wechselseitige Beziehung besteht. Körper und Geist bilden eine Einheit. Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, dass eine Funktionsänderung neuronaler Systeme essenziell für die Veränderung mentaler Zustände und Prozesse ist (Schiepek, 2011).
Die Fähigkeit des Gehirns, sich so durch Erfahrung stetig zu verändern, ist in den ersten Lebensjahren am stärksten ausgeprägt, bleibt aber prinzipiell ein Leben lang erhalten. Das Gehirn als lebendes System strebt gleichsam nach Wachstum und Aufbau neuer interner Verknüpfungen. Dabei kann es angeregt und beeinflusst, nicht jedoch gesteuert werden (Hermann, 2006). Im therapeutischen Kontext finden sich idealerweise besonders günstige Bedingungen für eine neuronale Aktivitäts- und Modifikationsbereitschaft.

Default-Mode-Netzwerk (DMN): Kommunikation auch in der Ruhe

Die Tatsache, dass sich im ruhenden Gehirn ein komplexes Netzwerk aktiviert findet, blieb lange Zeit unentdeckt. Heute werden zwei prinzipiell unterschiedliche Funktionsweisen des Gehirns angenommen: ein perzeptueller und ein konzeptioneller Modus (Grodd & Beckmann, 2013). Während Erstgenanntem die Verarbeitung externer Reize und die exekutive Kontrolle (mit dem Aufbau bewusster Intentionen) obliegt, ist der konzeptionelle Modus für den „inneren Dialog" des Gehirns zuständig. Diese sog. Eigenaktivität des Gehirns läuft während des unbeeinflussten Ruhezustandes, somit ohne spezifische Außenstimulation, ab und wird durch

eine solche augenblicklich deaktiviert (Ressourcenverlagerung). Dieses sog. Ruhenetzwerk, das sich z.B. während eines entspannten Gedankenwanderns oder Phantasierens aufbaut, wird „Default-Mode-Network“ oder „Resting-State-Network“ genannt (Schiepek, 2011, Raichle et al., 2001). Immer dann aktiv, wenn autobiografische Erinnerungen aufgerufen, bedeutsame Entscheidungen getroffen, gedankliche Vorwegnahmen zukünftiger Ereignisse konstruiert oder die Übernahme der Perspektive anderer („Theory of mind“) vollzogen werden, zeigt das DMN, wie bedeutsam für unser Gehirn der soziale Dialog und damit die Beziehungsgestaltung ist. Zeigen doch alle genannten Aufgaben einen hohen Selbstbezug sowie eine Verarbeitung von Beziehungsaspekten zu anderen Personen (Vaitl, 2012). Neuroanatomisch wird das DMN in drei Teile untergliedert: Ein mediales Kernsystem (aMPFC, PCC) sowie zwei laterale Subsysteme (dMPFC=dorso-mediales präfrontales Subsystem und MTL=medio-temporales Subsystem) (Grodd & Beckmann, 2013).

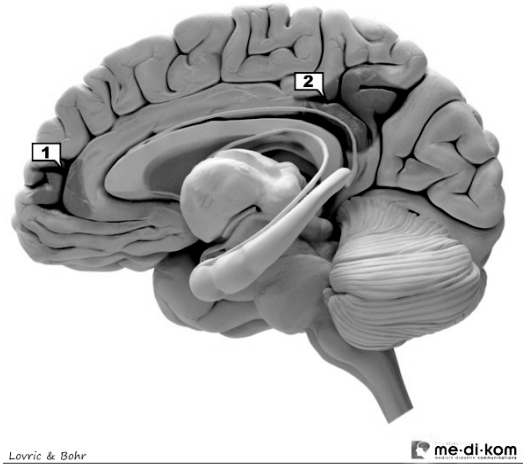


Abb.: Das mediale Kernsystem des DMN

1 *aMPFC (anteriorer medialer präfrontaler Cortex) und*
2 *PCC (parietaler cingulärer Cortex)*

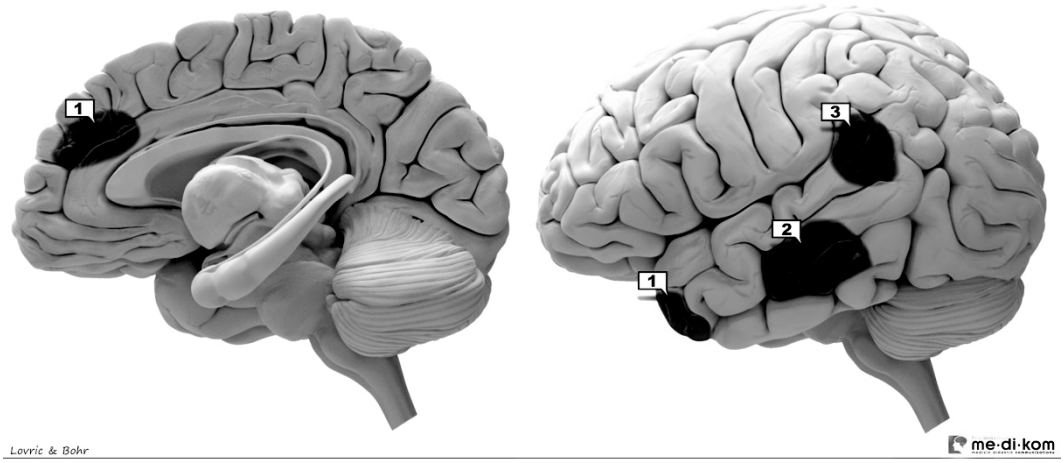


Abb.: Subsystem dMPFC

1 *(linkes Bild) dMPFC (dorsaler medialer PFC),*
1 *(rechtes Bild) TempP (temporaler Pol),*
2 *LTC (lateraler temporaler Cortex)*
3 *TPJ (temporoparietaler Übergang)*

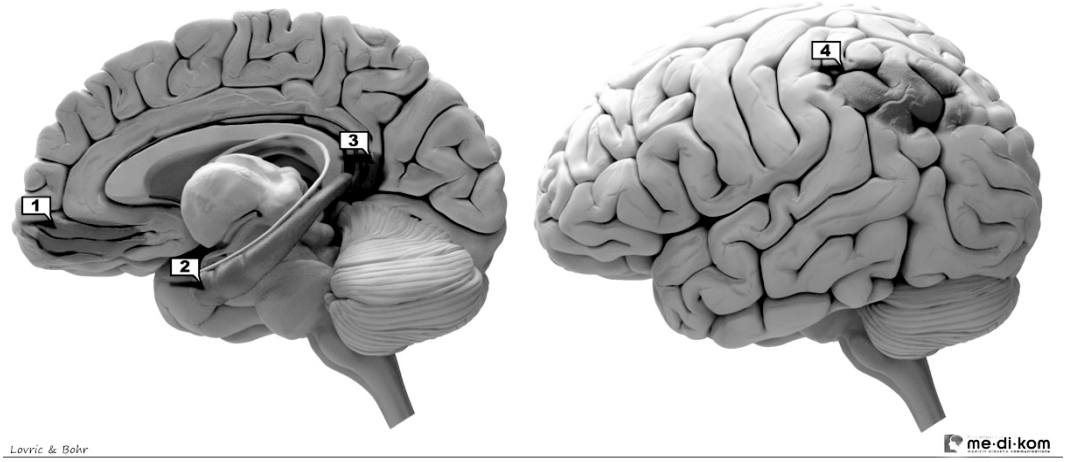


Abb.: Subsystem MTL

1 *vMPFC (ventraler medialer PFC),*
2 *Hippocampus und parahippocampaler Cortex,*
3 *Rsp (retrosplenialer Cortex),*
4 *piPL (posteriorer inferiorer Parietallappen)*

Das dMPFC ist betraut mit dem Nachdenken über den eigenen mentalen Status, über den Status anderer sowie der Verarbeitung affektiver Informationen mit Bezug zur eigenen Person (Vaitl, 2012, Grodd & Beckmann, 2013). Das MTL dagegen ist zuständig für die Aktivierung episodischer Gedächtnisinhalte und der geistigen Vorwegnahme möglicher Entwicklungen (Vaitl, 2012).

Das Gehirn ist sozial

Auch Gerald Hüther (2008) betont die soziale Seite der Hirnentwicklung. Wie Spitzer (2005) weist auch er auf die Tatsache hin, dass das menschliche Gehirn immer lernt (wenn auch nicht immer das, was es soll). Vor allem lernt es die Dinge, die ihm helfen, sich in der Welt zurechtzufinden. Das meiste davon wiederum bezieht sich auf andere Menschen und die Beziehungsgestaltung zu diesen (Markowitsch & Welzer, 2005). Insofern überrascht es nicht, wenn die Neurowissenschaft feststellt, dass Angst, Stress, Überforderung und Druck die Bildung komplexer Verschaltungen im Gehirn behindern. Offenheit und Neugier gehen verloren und weichen der Ohnmacht. Als zentralen Aspekt, der genau diesen Zustand zu verhindern vermag, gleichsam das Fundament für Entwicklungs- und Lernprozesse, wird das Konzept des Vertrauens genannt (Hüther, 2008). Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten ebenso, wie das Vertrauen in die Lösbarkeit schwieriger Situationen gemeinsam mit anderen Menschen (Egle & Zentgraf, 2014, Hüther, 2008). Ein Fundament für die Ausprägung des Vertrauens ist die Qualität der Bindungserfahrungen eines Menschen.

Von Bindungen und Beziehungen

Bindung wird allgemein verstanden als lang anhaltende emotionale Beziehung zu vertrauten Personen, die Schutz, Sicherheit und Unterstützung bieten. Bindung stellt eine elementare Entwicklungsbedingung für psychische Gesundheit und Selbstvertrauen dar und wurde in der Bindungstheorie von Bowlby (1973) erstmals umfassend beschrieben. Bowlby identifizierte den Verlust einer wichtigen Bindungsperson in den ersten Lebensjahren als wesentlichen Vulnerabilitätsfaktor für eine spätere psychopathologische Entwicklung.
Innere Arbeitsmodelle von Bindung werden als Organisationsstrukturen beschrieben, die Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Regulationsfähigkeit und Verhalten beeinflussen (Bretherton & Munholland, 2008). Sie werden auf Grundlage von Interaktionserfahrungen zunächst mit den Bindungspersonen gebildet. Das sichere Arbeitsmodell unterstützt die Fähigkeit zu emotionaler Integrität und Kohärenz. Ein unsicheres Arbeitsmodell erlaubt keine realitätsangemessene Einschätzung der Umwelt und führt zu einer Einschränkung von Wahrnehmung und Integration verschiedener Gefühle. Realitätsadäquates Kommunizieren und Handeln werden erschwert (Buchheim, 2011).
Mehrere Untersuchungen konnten zeigen, dass unsichere Bindungsrepräsentationen durch Psychotherapie signifikant verbessert werden können. Diese weisen darauf hin, dass durch die neuen Erfahrungen, die im Rahmen der therapeutischen Beziehung ermöglicht wurden, die mentale Verarbeitungsstruktur von unsicheren und traumatischen Bindungserfahrungen veränderbar ist (Bisch, 2009, Buchheim, 2011). In der Hanse Neuro-Psychoanalyse-Studie wurden erstmals Methoden der Bindungsforschung eingesetzt, um die Veränderungen in

einem neurobiologischen Kontext zu erfassen. Entsprechend der Hypothesen veränderten sich die chronisch-depressiven Patienten nach 15 Monaten psychoanalytischer Behandlung im Vergleich zum Therapiebeginn auf symptomatischer Ebene, sowie in ihren Bindungsrepräsentationen und bezüglich ihrer neuronalen Aktivierungen, wenn sie mit persönlichen Sätzen aus ihren eigenen Geschichten konfrontiert wurden. Die neuronalen Veränderungen – vermehrte Aktivierung am Anfang und verminderte Aktivierung nach 15 Monaten im Amygdala-Hippokampus-Komplex, ventralen anterioren cingulären Cortex (ACC) und medialen präfrontalen Cortex (MPC) - wurden bei den Gesunden nicht identifiziert. Der signifikante Zusammenhang dieser Interaktionseffekte im ventralen ACC und MPC mit der klinischen Verbesserung unterstützt die Annahme, dass diese Veränderungen mit positiven Therapieeffekten assoziiert sind (Buchheim et al., 2012). Die therapeutische Beziehung stellt eine spezielle Bindungsbeziehung im psychotherapeutischen Setting dar. Eine gute therapeutische Bindungsbeziehung zu etablieren, ist somit Ziel und Herausforderung zugleich.

Oxytocin – die Chemie der Bindung

Oxytocin besitzt große Bedeutung, wenn es darum geht, eine Mutter-Kind-Bindung aufzubauen, Partner aneinander zu binden oder uns in andere Personen hineinzuversetzen (Buchheim, 2009). Studien im Tiermodell zeigen, dass die Oxytocin-Ausschüttung durch soziale Stimuli ausgelöst wird und Oxytocin die individuelle Reaktion auf soziale Ausgrenzung sowie ablehnendes Beziehungsverhalten abschwächt (Kumsta & Heinrichs, 2013). Bekannt ist Oxytocin vor allem als das den Geburtsakt auslösende Hormon. Darüber hinaus beeinflusst es das Pflegeverhalten von Tieren und sichert damit den Schutz der Neugeborenen (Kleine & Rossmanith 2014). Oxytocin wird auch bei männlichen Säugetieren produziert. Eine weitere Wirkung hat Oxytocin als Anti-Stress-Hormon (Kumsta & Heinrichs, 2013).
Aktuelle Untersuchungen legen nahe, dass Oxytocin generell Einfluss auf die Bindung von Personen nimmt. Die Bindungsfähigkeit wird allgemein gesteigert, Vertrauen gegenüber Mitmenschen gefördert sowie die emotionale Kompetenz begünstigt. Ferner baut es Stress ab und wirkt angstlösend. Verschiedene Arten von sensorischer Stimulation, wie Saugen, Wärme, Berührung, massageähnliches Streicheln und sexuelle Stimulation führen zu einer erhöhten Oxytocin-Konzentration in Blut und cerebrospinaler Flüssigkeit (Uvnäs-Moberg & Petersson 2010). Die neuroendokrine Stressreaktion wird durch Oxytocin abgeschwächt. Dies zeigt sich durch eine Abnahme des Cortisolspiegels. Ferner entfaltet es eine anxiolytische Wirkung durch eine verringerte Amygdala-Aktivierung als Reaktion auf bedrohliche Stimuli (Kirsch et al., 2005). Roth (2011) beschreibt eine Art von „Bindungs-Cocktail“, indem er eine Verstärkung der Oxytocin-Wirkung durch Serotonin und Opioide postuliert.
Die angeführten Befunde erlauben die Vermutung, dass die besondere Qualität und Sicherheit einer therapeutischen Beziehung die verstärkte Ausschüttung von Oxytocin zu induzieren vermag. Als stressinhibierender Botenstoff stimuliert Oxytocin die Neurogenese im Hippocampus. Auf diesem Wege könnte Psychotherapie Einfluss auf die Stammzellproliferation nehmen und der durch Stress, Trauma oder Depression inhibierten Zellneubildung einen stimulierenden Impuls vermitteln (vgl. Schiepek, 2011).

Neurobiologie der Empathie

Wie mehrfach angeführt, ist die therapeutische Beziehung von entscheidender Bedeutung für den psychotherapeutischen Prozess. Doch welche Faktoren müssen berücksichtigt werden, um eine stabile und tragfähige Beziehung aufzubauen? Neben vielen Aspekten, die hier angeführt werden könnten, gilt es zunächst, das basale Fundament zu benennen: die beteiligten Personen müssen sich in Kontakt befinden, müssen einander emotional berühren (Lux, 2007). Von zentraler Bedeutung für Therapeuten und Therapeutinnen ist die Fähigkeit, die Gefühle des Gegenübers nachempfinden und verstehen zu können. Die neurowissenschaftliche Forschung konnte zeigen, dass wir die Gefühle anderer teilen, indem wir beim Wahrnehmen dieser Gefühle, jene Gehirnregionen aktivieren, die auch für die Erzeugung dieser Gefühle in uns selbst verantwortlich sind (Keysers, 2013). Dabei handelt es sich nicht – wie häufig postuliert wird – um wenige spezifische Netzwerke, die zur „Spiegelung“ befähigt wären. Vielmehr haben wir es hier wohl mit einem allgemeinen Prinzip der Gehirnfunktion zu tun, das sich auf weite Bereiche des Gehirns verteilt und motorische Areale für Handlungen, emotionale Areale für Gefühle, somatosensorische Areale für Sinnesempfindungen und – wie neuere Untersuchungen zeigen – sogar Gedächtnis-assoziierte Areale miteinschließt (Damasio, 2011; Keysers, 2013, Leiberg & Singer, 2013). D.h. also, dass die gleichen Netzwerke sowohl bei der Beobachtung als auch bei der Durchführung einer Handlung bzw. Empfindung eines Reizes oder einer Emotion aktiviert werden. De Vignemont & Singer (2006) benennen vier Kriterien, die eine Reaktion erfüllen muss, um als „Empathie“ zu gelten: (1) Vorhandensein emotionale Prozesse im Beobachter, (2) Emotionsaktivierung durch Beobachtung oder Vorstellung der Emotion einer anderen Person, (3) Gleichartigkeit der beiden emotionalen Zustände und (4) Wissen, dass die beobachtete Emotion der Ursprung der eigenen Gefühle ist. Durch diese streng anmutende

Definition wird eine Abgrenzung zu ähnlichen Konstrukten wie der kognitiven Perspektivenübernahme, die keine emotionale Beteiligung beinhaltet (siehe Punkt 1) und neuroanatomisch durch andere Areale verwirklicht wird (Blair, 2008). Die anderen Aspekte schaffen eine Trennung zur Sympathie und dem Mitgefühl. Während die Empathie ein „Mitfühlen“ bedeutet, stellen letztgenannte Konstrukte eine emotionale Reaktion im Sinne eines „Fühlens für“ dar (Leiberg & Singer, 2013). Wie stellen sich nun die neurobiologischen Grundlagen der Empathie dar? Die Entdeckung der sog. Spiegelneurone im Gehirn eines Makaken, die sowohl beim Beobachten einer Handlung, wie auch bei der Durchführung der selbigen feuern, zeigt ein neurobiologisches Funktionsprinzip, das zunächst in wenigen Arealen des Affengehirns verortet wurde. Die vielfach vorgenommene Gleichstellung von wenigen Spiegelneuronen (in motorischen Arealen des Makakengehirns) mit Nachahmung und Empathie, stieß auf Kritik, denn weder lernen Makaken am Modell, noch empfinden sie so etwas wie Empathie. Das Modell wurde erweitert und bezieht nun – insbesondere beim Menschen – viele Hirnregionen mit ein. Mittlerweile werden unterschiedliche Spiegelneuronensysteme für je unterschiedliche Funktionen postuliert (Keysern, 2013). Die für Empathie zuständigen Areale liegen beim Menschen v.a. in subcorticalen und corticalen limbischen Regionen. Da sich der Nachweis auf Zellebene am Menschen wesentlich schwieriger gestaltet als am Affen, wird im Rahmen von Bildgebungsstudien nicht von einzelnen „Spiegelneuronen“ sondern von „geteilten Netzwerken“ gesprochen (Leiberg & Singer, 2013). Denn ob tatsächlich alle Neuronen eines gemeinsam (bei Beobachtetem und beim Beobachter) aktivierten Netzwerkes „spiegeln“, ist - aufgrund der begrenzten räumlichen Auflösung bildgebender Verfahren - nicht immer eindeutig zu klären. „Spiegelneuronen“ bzw. gemeinsame Netzwerke ermöglichen ein intuitives Verstehen auf Basis der automatisch erfolgten Simulation. Für das Teilen der Emotionen anderer Personen sind die anteriore Insula und der ACC (anteriorer cingulärer Cortex) von herausragender Bedeutung. Sie zeigen sich aktiviert, wenn Probanden mit dem Schmerz oder den Emotionen anderer mitfühlen (Fan et al., 2005).

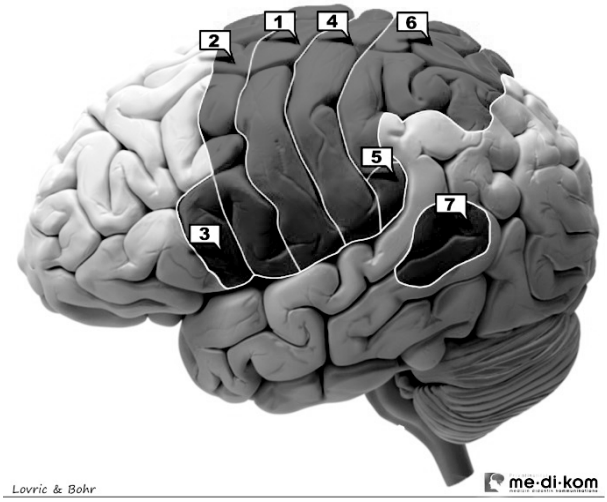


Abb.: Areale, in denen „Spiegelungsphänomene“ nachgewiesen werden konnten (laterale Seite).

1 *M1 (Primär motorischer Cortex),*
2 *PMC (prämotorischer Cortex),*
3 *IFG (Gyrus frontalis inf.),*
4 *SI (Somatosensorisches Primärfeld),*
5 *SII (Somatosensorisches Sekundärfeld),*
6 *Somatosensorisches Assoziationsfeld*
7 *TPJ (Temporoparietaler Übergang)*

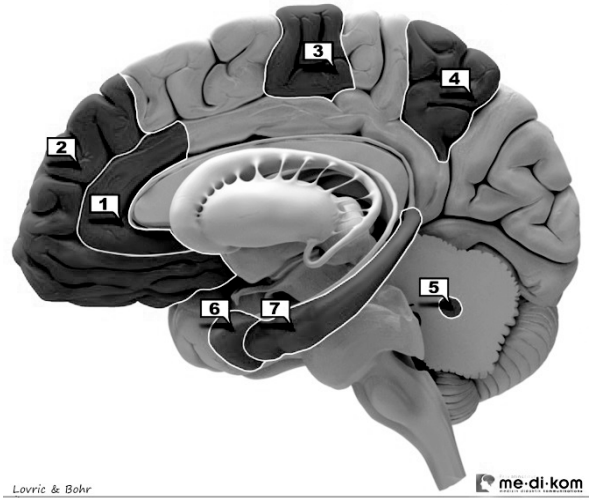


Abb.: Areale, in denen „Spiegelungsphänomene“ nachgewiesen werden konnten (mediale Seite).

1 *ACC (anteriorer cingulärer Cortex),*
2 *mPFC (medialer Präfrontaler Cortex),*
3 *SMA (supplementär motorisches Areal),*
4 *Precuneus,*
5 *Kleinhirn,*
6 *Amygdala*
7 *Hippocampus.*

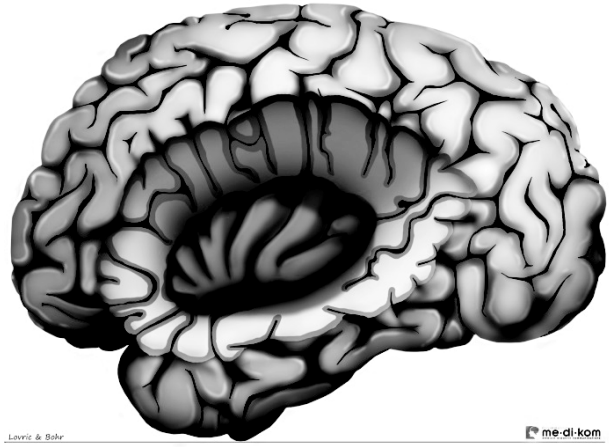


Abb.: Insulärer Cortex (Insel oder Insula)
-inselartiger schwarzer Bereich im Zentrum der Abbildung mit darin enthaltenen grauen Strukturen-
Bedeutsam für Spiegelungsphänomene im Kontext von positiven (Freude) wie auch negativen Emotionen (Schmerz, Ekel)

Neuroanatomische Studien am Affen legen die Vermutung nahe, dass Insel und ACC als Teile der interozeptiven Großhirnrinde Zuströme aus dem Körperinneren erhalten. Diese inneren Körperzustände, deren Verschiebung Bestandteil jeder emotionalen Aktivierung ist (Körperschleife der Emotionen), erreichen jedoch zunächst ACC und posteriore dorsale Insel. Von der posterioren Insel gelangen die Repräsentationen der inneren Zustände zur anterioren Insel, wo weitere integrative Schritte erfolgen (Craig, 2003, Leiberg & Singer, 2013). In der posterioren Insula residieren demnach die interozeptiven Körperempfindungen. Dies schließt auch das Schmerzerleben mit ein (vgl. Jänig, 2011). Emotionale Aktivierungen und Schmerzempfinden manifestieren sich insbesondere über die Insula. Sie ist somit von herausragender Bedeutung für Gefühle, Körperempfindungen und Empathie. Doch gerade Letztgenanntes nutzt weitere Areale, die beim Menschen in ihrer Gesamtheit das neuroanatomische Empathiesystem bilden: mPFC (medialer präfrontaler Cortex, hier insbesondere der orbitofrontale Cortex), Amygdala, das mesolimbische System, Hippocampus und TPJ (temporoparietaler Übergang) (Roth, 2011). Unsere Empathiefähigkeit beruht somit auf der Aktivierung gemeinsamer, insbesondere limbischer Netzwerke für Beobachten und Empfinden von Emotionen. Die im Therapeuten über Resonanzprozesse aktivierten Muster von Handlungen, Empfindungen oder Emotionen eröffnen ein Feld der Möglichkeiten, das vom Klienten Gefühlte zu verstehen, aber auch noch nicht Formuliertes, dem Klienten vielleicht noch nicht einmal Bewusste zu erahnen bzw. zu „erspüren“.

Von Neuronen und der Sinnhaftigkeit

Nicht wenige betrachten die Ausweitung der Forschungsaktivitäten im rein biologischen Feld mit Unbehagen. Nähren doch die rasanten Erkenntnisfortschritte in der Neurowissenschaft die Hoffnung, Psychisches eines Tages vollkommen aus dem Körperlichen erklären zu können. Kategorien wie „Bedeutung", „Sinn" und „Intentionalität" können jedoch nicht ausschließlich im Zusammenspiel neuronaler Netzwerke festgemacht werden. Im Bestreben abnorme Phänomene menschlichen Seelenlebens zu verstehen, reicht es letztlich nicht aus, die neurobiologischen Korrelate des Krankheits- und Leidensphänomens zu identifizieren. Der biologische Blick ist ein Blick von außen. Die je individuell ausgestaltete Persönlichkeit sowie die soziale Einbindung sind elementare Aspekte menschlichen Daseins und somit auch psychischer Störungen. Sowohl in der Selbstwahrnehmung der Betroffenen als auch in der zwischenmenschlichen Begegnung manifestieren sich psychopathologische Phänomene. Nur ein Blick nach „innen", das subjektiv Empfundene, Erfahrene und Erlittene erfassend, mit der Bereitschaft das Erfasste auch mitzuteilen, vermag Einblicke in diese innere Welt zu gewähren. Erst die Verbindung von Innen und Außen ermöglicht ein vollständiges Bild des Menschen.

Autor

Mag. Dr. Damir Lovric ist Psychologe und Neurowissenschaftler.
Aktuell: Neurowissenschaftliche Psychotherapieforschung an den Universitäten Innsbruck und Salzburg.
Homepage: www.me-di-kom.de
E-Mail: info@damirlovric.de

Literatur

Baur, J. (2011): Neuropsychologie. Körperselbstbild. In: Dederich, M., Jantzen, W. & Walthes, R.: Sinne, Körper, Bewegung. Stuttgart: Kohlhammer.

Blair, R. J. (2008). Fine cuts of empathy and the amygdala: dissociable deficits in psychopathy and autism. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 61, 157–170.

Buchheim, A., et al. (2009): Oxytocin enhances the experience of attachment security. Psychoneuroendocrinology 34(9):1417-22.

Buchheim, A. (2011): Sozio-emotionale Bindung. In: Schiepek, G. (Hrsg.): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., George, C., Kernberg, O. F., Bruns, G., Taubner, S. (2012). Neuronale Korrelate und Veränderungen bei chronisch-depressiven Patienten während einer psychoanalytischen Psychotherapie. Psychotherapeut, 57, 219–226

Bowlby, J. (1973): Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger. Harper torchbooks.

Bretherton, I. & Mulholland, K. A. (2008): Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In: Cassidy, J. & Shaver, P.R.: Handbook of attachment. The Gilfourd Press.

Brisch, K.H. (2009): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Craig, A. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. Current Opinion in Neurobiology ,13, 500–505.

Damasio, A.R. (2011). Selbst ist der Mensch. München: Siedler.

De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why? Trends in Cognitive Science, 10, 435–441.

Egle, U. & Zentgraf, B. (2014): Psychosomatische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Stuttgart: Kohlhammer.

Fischer, G. (2007). Kausale Psychotherapie. Kröning: Asanger.

Fan, Y., Duncan, N. W., de Greck, M., & Northoff, G. (2011). Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35, 903–911.

Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grodd, W., & Beckmann, C.F. (2013). Resting-State-fMRT. In: Schneider, F., & Fink, G. (Hrsg.), Funktionelle MRT in Neurologie und Psychiatrie (S. 229–256). Heidelberg: Springer.

Herrmann, U. (2006): Gehirngerechtes Lehren und Lernen. In: Herrmann (Hrsg.): Neurodidaktik. Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen. Beltz.

Hüther, G. (1997): Biologie der Angst. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hüther, G. (2008): Neurobiologische Implikationen der therapeutischen Beziehung. In: Hermer, M. & Röhrle, B.: Handbuch der therapeutischen Beziehung. Tübingen: DGVT.

Kandel, E., et al. (2008). Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Keysers, C. (2013). Unser empathisches Gehirn. München: Bertelsmann.

Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., et al. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. Journal of Neuroscience, 25, 11489–11493.

Kleine, B. & Rosmanith, W. (2014): Hormone und Hormonsystem: Lehrbuch der Endokrinologie. 3. Aufl. Heidelberg: Springer-Lehrbuch

Kumsta R., & Heinrichs M. (2013): Oxytocin, stress and social behavior: Neurogenetics of the human oxytocin system. Current Opinion in Neurobiology, 23.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.

Leiberg, S., & Singer, T. (2013). Empathie. In: Schröger, E., & Koelsch, S. (Hrsg.), Affektive und kognitive Neurowissenschaft (S. 119–144). Göttingen: Hogrefe.

Lux, M. (2007). Der personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften. München: Reinhardt.

Markowitsch, H. & Welzer, H. (2005): Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung. Göttingen: Klett-Cotta.

Orlinsky, D. et al. (2004). Fifty years of psychotherapy processoutcome research: Continuity and change. In Lambert M.J. (Ed.) Bergin and Garfield´s handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley & Sons.

Pöhlmann, R. (2011): Koordination und Können. Bewegung als funktionelle Organe. In: Dederich, M., Jantzen, W. & Walthes, R.: Sinne, Körper, Bewegung. Stuttgart: Kohlhammer.

Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 98, 676–682.

Rensing, L., Koch, M., Rippe, B., & Rippe V. (2006). Mensch im Stress. Heidelberg: Elsevier, Spektrum, Akademischer Verlag

Roth, G. (2003): Denken, Fühlen, Handeln. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Roth, G. (2011): Bildung braucht Persönlichkeit. Wie Lernen gelingt. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schiepek, G. (Hrsg.) (2011). Neurobiologie der Psychotherapie, 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Schiepek, G., Eckert, H., & Kravanja, B. (2013). Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Göttingen: Hogrefe.

Schiepek, G. & Strunk (2014): Das therapeutische Chaos. Göttingen: Hogrefe.

Stern, E., Grabner, R., und Schumacher, R. (2007): Lehr-Lern-Forschung und Neurowissenschaften. Bildungsforschung Band 13. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Referat Publikationen, Internetredaktion.

Uvnäs-Moberg, K., & Petersson, M. (2011). Role of oxytocin and oxytocin related effects in manual therapies. In: King, H., Jänig, W., & Patterson, M. (Hrsg.), The science and clinical application of manual therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Vaitl, D. (2012). Veränderte Bewusstseinszustände. Stuttgart: Schattauer.

Wuketits, F. (1985). Zustand und Bewußtsein: Leben als biophilosophische Synthese. Hamburg: Hoffmann & Campe.

Article inédit (thème principal) - Synthèse

Damir Lovric

Aspects neuroscientifiques de la relation thérapeutique

De nouvelles évolutions en neurosciences ont permis une meilleure collaboration de ces dernières avec la psychothérapie. De nombreuses études expérimentales sont nées de la coopération entre les deux disciplines ; elles ont permis de voir les modèles et techniques psychothérapeutiques sous un jour nouveau. Des aspects tels les techniques spécifiques aux différents courants se sont avérés moins significatifs qu'on ne l'avait pensé jusqu'alors. Par contre, la qualité de la relation thérapeutique a été définie en tant que variable significative permettant de beaucoup améliorer le potentiel de transformation implicite à la psychothérapie. L'auteur considère qu'il est important que la psychothérapie demeure ouverte au savoir acquis par les neurosciences. Elle devrait même s'efforcer d'établir des liens avec ces dernières. Même si, au premier abord, il semble y avoir certaines contradictions entre les deux disciplines, il faut les considérer comme une opportunité d'avancer dans la recherche de la vérité. De plus, les aspects centraux au thème qui doit faire l'objet d'une réflexion incitent à définir des priorités : qu'il s'agisse du développement, de la mémoire, d'émotions, d'empathie ou d'attachement, tous ces concepts se situent maintenant au point où les différentes méthodes de recherche se recoupent. Les études menées en neurosciences fournissent des données et des hypothèses utiles.
A ce niveau, les processus mentaux ou psychiques sont considérés comme relevant d'une activité neuropsychique. Cela n'enlève rien de ses qualités particulières à la psyché ; simplement, on prend en compte sa morphologie. L'objectif devrait être d'établir des synergies entre les contradictions apparentes. Au niveau épistémologique, l'auteur propose d'utiliser la synergétique pour construire des ponts. Le cerveau est alors considéré comme un système auto-organisé. Plus précisément, l'organisation des nombreuses composantes du système est issue des interactions et des effets réciproques ayant lieu au sein de ces dernières. Elle n'est pas imposée au système à partir de l'extérieur. Dans ce sens, le cerveau humain obéit avant tout à des actes d'auto-régulation. Cet objectif n'est pas atteint de manière linéaire. Les défis et les difficultés peuvent mettre en évidence certaines limites et provoquer l'instabilité au sein du système. Dans cette phase, l'individu est stressé, mais en même temps il est encouragé à faire de nouvelles découvertes. Il s'agit en effet de dépasser l'instabilité pour retrouver un équilibre. L'une des tâches essentielles de la relation thérapeutique est de créer un cadre stable, sécurisant, qui permettra au « système être humain » d'accepter ces instabilités pour parvenir à un nouvel état d'équilibre.

Les relations dialectiques liant stabilité et changement montrent clairement que notre cerveau évolue avec un grand dynamisme. Les réseaux rigides mais instables qui ne peuvent pas être modifiés doivent en général être considérés comme pathologiques. Par contre, la présence de facteurs de stress et un équilibre affectif temporairement instable sont une composante immanente et nécessaire de toute existence, dans le sens où ils sont la condition indispensable à l'adaptation, à l'apprentissage, aux relations et au développement. Ce n'est qu'à partir du moment où tous ces évènements et la réaction correspondante deviennent un défi incontrôlable que l'individu n'est plus en mesure de réagir de manière active et que le stress s'accompagne de dimensions pathologiques.

Il a fallu longtemps pour qu'on découvre que, même lorsque le cerveau n'est pas occupé, un réseau complexe est activé : le Default Mode Network (DMN). Le cerveau est alors au repos, il n'est pas activé par des impulsions extérieures mais par des évènements intérieurs. Mais même dans ce cas, le DMN montre l'importance pour le cerveau du dialogue social et, donc, de l'élaboration de relations. En effet, toutes les tâches que nous avons mentionnées sont autocentrées et elles sont en rapport avec la gestion des interactions avec autrui.

En fait, le cerveau de l'homme poursuit toujours un processus d'apprentissage. Il apprend surtout des choses qui permettent à l'individu de se situer dans le monde. Et une grande partie d'entre elles sont en rapport avec d'autres êtres humains et avec la formation d'interactions avec ces derniers. La qualité des expériences précoces d'attachement joue un rôle essentiel. L'attachement est une condition élémentaire du développement, grâce à laquelle la personne sera en bonne santé psychique et aura confiance en elle. A ce niveau, la perte d'une personne importante à laquelle le jeune enfant est attaché représente un facteur essentiel de vulnérabilité au niveau du développement psychopathologique à venir. Plusieurs études ont montré que la psychothérapie peut permettre d'améliorer de manière significative les schémas d'attachement instables. Dans le cadre du setting thérapeutique, la relation entre thérapeute et client est en fait une relation particulière d'attachement.

Etablir une bonne relation dans ce sens est l'objectif – mais la démarche pose également certains défis. Il faut donc se demander quels sont les facteurs nécessaires à la mise en place d'une relation stable et portante. Nous pourrions mentionner de nombreux aspects, mais c'est avant tout la base du phénomène qui va nous intéresser : les personnes impliquées doivent être en contact et doivent partager des émotions. Le thérapeute doit être doté d'une capacité à saisir et à comprendre les émotions du client. La recherche en neurosciences a montré que nous partageons le ressenti d'autrui à partir du moment où la région cérébrale qui produit ces mêmes émotions en nous est activée. Dans ce contexte, il devient possible de saisir sur des bases neurobiologiques le système d'empathie de l'être humain.

Cependant, lorsqu'on tente de comprendre des phénomènes anormaux se déroulant dans la psyché humaine, il ne suffit pas d'identifier leurs corolaires neurobiologiques. Seul un regard « orienté vers l'intérieur » peut permettre de saisir ce que la personne ressent subjectivement, ce qu'elle vit et ce dont elle souffre ; lorsqu'elle est disposée à communiquer à ce sujet, il devient possible de mieux voir ce monde intérieur. Ce n'est qu'à partir du moment où l'on établit un lien entre intérieur et extérieur que l'on obtient une image complète de l'être humain.

Psychotherapie-Wissenschaft (2014) 1 : 19-27

Originalarbeit (Titelthema)

Kurt Mosetter, Reiner Mosetter

Beziehungen und Selbst-Beziehungen der Körperlichkeit

Zusammenfassung: Traumatische Erlebnisse werfen die Betroffenen auf unwillkürliche Handlungsmuster zurück. Konzepte der Somatisierung verstehen dies oft einseitig. Ziel der Psychotherapie ist der Übergang von der Handlung zur Vorstellung. Ein Medium der Kommunikation ist jedoch stets auch die Zwischenleiblichkeit. Dies betrifft sowohl den Patienten als auch den Therapeuten selbst. Ein komplementärer Therapieweg sollte immer in einem körperlichen Verständnis liegen: Körperpsychotherapeutisch gilt es, verselbständigten Handlungsimpulsen und impliziten Erinnerungen gezielte Selbstwahrnehmungs- oder Spürhilfe zu geben. Nach dem Prinzip der dialektischen Veränderung macht die Neuromuskuläre Traumatherapie somatische Verspannungen und Impulse für den Organismus wieder regulierbar. Veränderungen im Körperlichen können eine deutliche Verbesserung des psychotherapeutischen Weges und Gesamtsettings bewirken.

Schlüsselwörter: Zwischenleiblichkeit, Körperpsychotherapie, Myoreflextherapie, Neuromuskuläre Traumatherapie, Phänomenologie, dialektische Veränderung

Abstract: The Physicality of Relationship and Self-relationship
Traumatic experiences throw the persons involved, back into an automatic behavioural pattern. The concept of *somatising* is often understood in a one-sided manner.

The goal of psychotherapy is the transition from action to conceptualization. The medium of communication is however always that of inter-physicality. This applies to both the patient and the therapist. A complementary therapy path should always be based on a physical/corporal understanding: physical/corporal - psychotherapeutic approach means giving autonomous behavioural impulses and implicit memories a directed *self-perception* or *helping perceptual awareness*.

Based on the principle of dialectical change, neural-muscular trauma therapy (NMTT) allows the organism's somatic tensions and impulses to be regulated again. Changes in the physicality can produce a clear improvement in the psychotherapy method and general setting.

Keywords: inter-corporeality, body therapy, Myoreflex therapy, neuro-muscular trauma therapy, phenomenology, dialectical change

1. „Zwischen Körper und Seele"

In traumatischen Situationen werden die Betroffenen auf unwillkürliche Handlungsmuster zurückgeworfen. Die Beschreibung eines Psychotraumas als körperliche Verselbständigung und als Rückwurf darf jedoch nicht einseitig verstanden werden. Eine empiristische Herangehensweise legt nahe, dass nun – nach einem Ausfall von anderen einzelnen Verhaltens-Bausteinen und Inhalten – die körperliche Sphäre klar dominiert, d. h., „dass etwas *fehlt*, dass bestimmte Funktionen ausfallen" (Waldenfels, 2000, S. 133). Therapie bedeutet dann, fehlende oder verlorene Einzelheiten wieder dazuzulernen. Umgekehrt legt eine intellektualistische Deutung den „Verlust einer Erkenntnisform" und eines regulierenden Überbaus nahe, bei dem der Betroffene dann „zurücksinkt auf die Stufe der Körpermechanismen" (ebd., S. 141).

In diesen Bildern werden der Wahrnehmende und sein Bezug zur Um- und Mitwelt gleichsam zu arm und zu reich gezeichnet. Die Um- und Mitwelt offenbaren so dem Wahrnehmenden per se keinen Sinn; die Beziehung ist zu arm, zu schwach. Und so müssen Sinn und Bedeutung fortwährend erschlossen und geleistet werden; die Beziehung gestaltet sich kognitiv sehr mühsam und aufwendig, als zu reich.

Beim Autismus, wohl eine der extremsten Beziehungsstörungen, postuliert etwa die Theorie der kognitiven Störung eine unzureichende *theory of mind*. Gehen wir jedoch von der Körperlichkeit und gelingenden zwischenleiblichen Beziehungen aus, so wird deutlich, dass es sich umgekehrt verhält. Kognitions-Theorien beschreiben den autistischen Problem- und Ausnahmefall.

In ihrer Autobiographie beschreibt Susanne Schäfer (2009) ihr „Leben mit Autismus". Sie gibt Einblicke, welch erhebliche kognitive Mühe erforderlich ist, um die autistisch zu schwache Verbindung zum eigenen Lebensbereich gelingend zu handhaben: „Sie [die Mutter] behauptet, daß es sehr unhöflich ist, wenn ich vergesse, den Leuten in die Augen zu sehen. Aber das meine ich nicht böse, das ist nur eine Frage der Konzentration. Wenn ich darauf achte, in die Augen zu sehen, dann kann ich mich dafür nicht auf etwas anderes konzentrieren, z. B. über was die Leute sprechen." (Schäfer, 2009, S. 19) Auch beim eigenen Ausdruck und bei motorischen Handlungen spiegelt sich diese Schwierigkeit wider. Susanne Schäfer (2009, S. 79) schreibt: „Ich

habe keine Verbindung zu den ‚Kameraden'. Das ist nur gut, weil es ungeheure Mengen an mentaler Energie kostet, zu versuchen, auch nur halbwegs zu wirken wie die da."

Die Begegnung mit dem Anderen geschieht aufgrund unseres Körper-Sinns und in der dritten, leiblichen Seinsweise – „und eben mein Leib ist es, der den Leib des Anderen wahrnimmt, und er findet in ihm so etwas wie eine wunderbare Fortsetzung seiner eigenen Intentionen, eine vertraute Weise des Umgangs mit der Welt" (Merleau-Ponty, 1966, S. 405).

In einer phänomenologisch dialektischen Sichtweise kann man nicht „mit einem Unterbau und einem Überbau operieren, sondern muss mit einer ‚dritten Dimension' rechnen, die weder rein physiologisch noch rein psychologisch wäre, und *darinnen* können dann Trennungen, Dissoziationen, Spaltungsprozesse auftreten" (Waldenfels, 2000, S. 142).

Entscheidend ist, dass Gefühle keine inneren Zustände je einzelner Personen sind. „Die radikale Revision dieser Auffassung besteht bei allen phänomenologischen Autoren darin, dass Gefühle aufgefasst werden als die Art und Weise, sich auf die Dinge zu beziehen, und daran sind die Anderen von vornherein elementar beteiligt. Die Freude ist nicht ein Zustand, in dem ich mich befinde oder den ich herbeiführe, sondern ein Sichbefinden mit den Anderen in der Welt. Damit verlieren die Gefühle den Anflug bloßer Subjektivierung." (Waldenfels, 2000, S. 289)

Wie organisieren und gestalten sich Beziehung und Eigen-Beziehung, Fremd-Verhältnis und Selbst-Verhältnis? Die Bildung der *Umwelt* (das Agieren in ihr) ist eng verbunden mit der Bildung des *Körper-Selbst* und der Entwicklung des *Körperbewusstseins*. Beim Tasten spürt und erfährt der Handelnde nicht nur einen Gegenstand, sondern auch die eigene Hand. Die Oberflächen- und die Tiefensensibilität (Propriozeption) sind Basis dafür, dass der Körper sich selbst in Besitz nimmt (Uexküll et al., 1997, S. 80). Wir können sagen, „dass lebende Systeme ihr ‚Selbst' in ‚Selbstgesprächen' erzeugen" (Uexküll & Wesiack, 1996, S. 26).

Der Begriff des Selbst-Gesprächs beinhaltet verschiedene Ebenen. Mit Uexküll und Wesiack unterscheiden wir außersprachliche zelluläre Kommunikation, „nichtsprachliche Kommunikation, die wir ‚erfühlen' und ‚erspüren' (Körpergefühle und Körperschema, aber auch unwillkürliche Wahrnehmung der Mimik und Gestik unserer Mitmenschen)" (Uexküll & Wesiack, 1998, S. 209) und schließlich sprachliche Kommunikation.

Der Mensch ist zudem in der Lage, sein Merken und Wirken als Bedeutungsunterstellung und Bedeutungserprobung zunächst in einer Zwischensphäre hypothetisch durchzuspielen. So wird der *Funktionskreis* zum *Situationskreis* erweitert. Zur präsymbolischen Zeichenklasse (ikonische und indexikalische Zeichen) tritt die Zeichenklasse der Symbole hinzu. Dem Menschen ist so ein besonderer Gegensatz eigen, eine Ambivalenz zwischen *präsymbolisch* und *symbolisch* gesteuerten Entwicklungen (Mosetter & Mosetter, 2006).

In der frühkindlichen Entwicklung repräsentieren ikonische Zeichen die basale Wahrnehmung und das Erleben der Beziehung. Auch existenzielle Bedrohung und entsprechende Affekte sind hier angesiedelt. Der Zeichenklasse der Ikons entsprechen „Empfindungsqualitäten" und „Bilder", die zunächst nicht auf etwas anderes verweisen, sondern eine interne Eigen-Bedeutung haben (Peirce, 1998, S. 64).

Beziehung konstituiert sich zunächst unmittelbar und körperlich. Der Körper verwirklicht Beziehung, und Beziehung wird durch den Körper verwirklicht. Die gemeinsame Wirklichkeit entfaltet sich, indem sie ausgedrückt wird. Sie bedarf der leiblichen Manifestation, der Verkörperung, und sie wird sinnlich erfahren. Im Anschluss an Merleau-Ponty kann hier von einem zwischenleiblichen, „interkorporalen Feld" gesprochen werden (zit. nach Stadlmayr, 2002, S. 138).

Es werden non- oder paraverbale Formen der Begegnung und Kommunikation möglich. Als tragende Grundlage sind diese „aktiv in fundamentalsten und basalsten Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen" (Stadlmayr, 2002, S. 138).

In dieser Erlebnissphäre ist die ursprüngliche Verwobenheit von Körperwahrnehmung, Affektivität, Selbstgefühl und Mitgefühl begründet. Als Erlebnis- und Handlungsebene wird sie in der weiteren Entwicklung überlagert und in andere Funktionen integriert; sie wird dialektisch aufgehoben im Sinne von „außer Kraft gesetzt" (lat. „tollere"). Zugleich aber bleibt diese Ebene in ihrer Kraft und Qualität erhalten, aufgehoben im Sinne von „aufbewahrt" (lat. „conservare").

Die Zeichenklasse der Indizes ist ebenfalls präsymbolisch und dem Bereich der affektmotorischen Schemata und der animalischen Systemebene zugeordnet. Affektmotorische Schemata, wie sie das frühe Erleben und Handeln ausmachen, bleiben während „des gesamten Lebens – als steuernde und erlebbare Prinzipien – erhalten und wirksam" (Uexküll et al., 1997, S. 127). Das Erleben wird nun mehr und mehr an körperliche Selbst-Bewegung

und sensomotorische Schemata gekoppelt. Hier sind Abwehrreaktionen, Rückzugs- und Vermeidungsverhalten sowie traumatische Kampf-, Flucht- und Totstell-Reaktionen repräsentiert und aktiv.

Symbolische Kompetenz schließlich ist die Fähigkeit, sich auf die Um- und Mitwelt zu beziehen, auch wenn diese nicht körperlich anwesend ist. Über diese semiotische Kompetenzerweiterung findet eine zunehmende Loslösung körperlicher Strukturen und mentaler Funktionen statt (Fischer et al., 2008).

Häufig gehen Konzepte und Begrifflichkeiten wie *Somatisierung*, *Organ-* bzw. *Symptomwahl* und *Psychosomatik* von einem äußeren, nicht dialektischen Verhältnis der körperlichen, präsymbolischen Kompetenzen einerseits und der symbolischen Kompetenz andererseits aus. Mit der Entwicklung vom Funktions- zum Situationskreis und der dialektisch fortschreitenden Lösung von (symbolischer) Form und (sensomotorischem) Inhalt erfahren Handlungen eine dem Menschen eigene Ablösbarkeit von ihren Mitteln. Gleichwohl ist die Körperlichkeit des Menschen „nicht nur der bloße Rahmen, das Bühnenhaus und die Rückwand der Kulissen, sondern zugleich eine szenische Macht“ (Plessner, 2003, S. 158; vgl. Mosetter & Mosetter, 2008).

Freie, losgelöste Symbolik stellt im menschlichen Leben und Zusammenleben nur einen Sonderfall dar. Vielmehr wird im Alltag – und insbesondere in belastenden, traumatischen Situationen – die Zeichenklasse der Symbole gleichsam gebremst und gefärbt durch die körperlichen, präsymbolischen Inhalte und Impulse.

So kann eine bestimmte Körperhaltung oder Geste Zuwendung oder Abwendung bedeuten. Ein körperliches Sich-klein-Machen kann erklärt und gedeutet werden im Sinne einer Symbolisierung, der Abwehr und Somatisierung, der Inszenierung. Zugleich aber kann dieses körperliche Muster als Erscheinungsbild des Kleinseins verstanden werden.

Zum einen vermutet der Therapeut hinter dem körperlichen Erscheinungsbild und den Körpersymptomen eine Botschaft, die es zu entziffern gilt; einen Prozess, der mit den psychotherapeutischen Überlegungen abzustimmen ist. Der Therapeut versucht „von einer Metaebene aus, das Geschehen zu erkennen“ und zu reflektieren; einschließlich seiner Gegenübertragungen und Gefühlsansteckungen. Ihm geht es um den „Übergang von der Handlung zur Vorstellung“ (R. Barwinski, Winterthur, persönl. Mitt., 2014).

Zum anderen – und zugleich – ist der Wesenszug des Kleinseins maßgebend und bestimmend. Wie ist und gestaltet sich die Existenzweise des Körperseins und des Kleinseins? Die Arbeitsfläche ist so gleichsam eine Schnittmenge; ein immerwährendes Spannungsverhältnis zwischen präsymbolischen und symbolischen Möglichkeiten.

In einem grundlegenden Spannungsverhältnis gesellt sich gleichsam zum Übergang (der von der Präsymbolik *entbindet*) eine szenische Macht und *verbindliche* Körperlichkeit. Auch beim Therapeuten agiert so (neben seiner reflektierenden Gegenübertragung) immer auch sein eigenes Körpersein automatisch mit. (Negativ formuliert: Sowohl der Patient als auch der Therapeut gehen stets sich fesselnd und immer zugleich gefesselt vor.)

Körpersymptome sind so nicht nur (auf eine Weise) „Resultat der Abwehr (Somatisierung)“ oder „Ausdruck eines Entwicklungsdefizits“ (Barwinski, 2014). Sie sind auch nicht (auf eine zweite Weise) bloße physiologische Erscheinungen eines Organ- und Bewegungs-Apparates. Sondern Körpersymptome sind sehr oft (auf eine dritte, körperlich leibliche Weise) Manifestationen von Handlungen und deren Einschränkungen und Belastungen.

Und so sollten sich sowohl Psychotherapie als auch Körperpsychotherapie (und letztendlich jede Körpertherapie und Medizin) der zweideutigen, dialektischen Aufgabestellung bewusst sein.

Bei seelischen Belastungen und insbesondere bei traumatischen Erfahrungen gilt es, diese zu *psychisieren*, um diesen so auch eine Gestalt und Worte geben zu können. Deren *Korporifizierung* aber bedarf meist auch eines Wissens um die Bedeutung des Körpers und der Körperlichkeit; eines körperlichen Verständnisses (s. Abschn. 2).

Umgekehrt gilt es seelische Belastungen und insbesondere traumatische Erfahrungen zu *korporifizieren*. Handlungsimpulse und Erinnerungen, die sich körperlich verselbständigt haben und so dissoziiert sind, bedürfen auf der Ebene des Körpers einer Selbstwahrnehmungs- oder Spürhilfe von Seiten des Körperpsychotherapeuten. Die Neuromuskuläre Traumatherapie (NMTT) macht im Sinne einer Traumakomplementär-Therapie (TKT) körperliche und neuromuskuläre Verspannungen und Impulse für den Organismus (wieder) spürbar und wahrnehmbar. Eine entsprechende Regulation macht eine Psychisierung im Sinne einer reflexiven, rekonstruktiven Wendung und psychotherapeutischen Veränderung möglich. So können die Betroffenen sowohl körperlich als auch seelisch wieder in ein reales, aktives und wirksames Handeln finden (s. Abschn. 3).

Bei traumatischen Erfahrungen kommt es erst gar nicht zu einer Symbolisierung und zu einer Verdrängung. Das heißt, die Eindrücke sind so drastisch, dass die Verarbeitung quasi von vornherein im Bereich des Ikonischen steckenbleibt und sich körperlich verselbständigt. Wie kann dieses „Wissen“ verarbeitet und therapeutisch integriert werden? Indem eine erstarrte Korporifizierung angesprochen und reguliert wird; weitergeführt zu einer integrativen Korporifizierung. Und indem so einer steckengebliebenen Psychisierung der Weg zu sich selbst ermöglicht und erleichtert wird.

2. Bedeutung und Sinn des Körpers

Merleau-Ponty beschreibt den Leib als Angelpunkt, wodurch es Gegenstände überhaupt erst gibt. Die primäre Aufmerksamkeit liegt so im Leib selbst als der körperlichen Verankerung in unserer Umwelt. Bewusstsein arbeitet leiblich. Nicht das Vermögen „ich denke“ und seine Berechnungen stehen dabei am Anfang, sondern „ich kann, ich habe das im Griff, ich werde gehört“. Sowohl unser Handeln als auch unser Wahrnehmen funktionieren nicht im Sinne von nachträglichen Beziehungen zwischen uns (unserem Bewusstsein, unserem Körper) und unserer Umgebung, ihren Menschen und Dingen. Vielmehr ist diese Beziehung immer schon da.

Auch ist nicht zuerst ein unbeseelter Körper, ein statischer Bewegungs-Apparat da, zu dem dann die Fähigkeit hinzukommt, sich zu orientieren, wahrzunehmen und sich zu bewegen. Der Körper weist genuin einen sensorischen und einen motorischen Sinn auf: Körper-Sinn bedeutet Sinn der Sinnesorgane und der Sinnlichkeit. Und: Sinn der Ausrichtung von Aufmerksamkeit und Bewegung. Beides ist dem Körper wesentlich.

Das Verstehen einer Situation, das Begreifen einer Sache beruhen auf der Fähigkeit des Körpers, sein Können und Wissen abzurufen. Der Begriff *Körper-Sinn* bekommt so eine (im Wortsinn) weitere Bedeutung. Unsere Körperlichkeit ist „Eine-Welt-Haben“ und „Zur-Welt-Sein“. Sie findet keine fertige Sinnhaftigkeit vor, sondern stiftet Sinn und gibt den Situationen ihre Bedeutung. Der Körper-Sinn arbeitet dabei stets nach innen und nach außen, zu sich selbst hin und zur Umwelt hin.

Vor allem unsere Körperhaltungen und muskulären Handlungsmuster färben und verkörpern unser seelisches Befinden und unseren geistigen Zustand. Vieles dabei hat eine alltägliche und neutrale Bedeutung. „In der Streck-Bewegung verkörpert sich eine Zuwendung, eine Öffnung hin zur Welt, während die Beuge-Bewegung vielmehr mit der Zuwendung zum eigenen Körper und einer Abwendung von der Welt einhergeht.“ (Waldenfels, 2000, S. 81)

Insbesondere das, was uns bewegt, was uns emotional belastet oder erleichtert, ist immer auch (wie auch unsere Sprache zeigt) körperlich bzw. verkörpert. „Wir sind nicht erst froh und setzen dann andere mit einem Lächeln über unsere Freude in Kenntnis; ebenso wenig empfinden wir zuerst Schmerz und verziehen dann als Information für andere Mitmenschen das Gesicht.“ (Noe, 2010, S. 30) Es geht darum, dass der Körper an allen zwischenmenschlichen Prozessen, an Emotionen und Gefühlen von vornherein grundlegend beteiligt ist. „Emotion ist keine psychische innere Tatsache, sondern eine Veränderung unserer Beziehungen zum Anderen und zur Welt, die unserer Körperhaltung ablesbar ist.“ (Merleau-Ponty, 2003, S. 35)

Und für uns ablesbar sind die Emotionen des Anderen, weil wir selbst körperlich und ablesbar sind; weil wir immer schon mit den Anderen in Beziehung und in Resonanz stehen. Körper-Sinn haben heißt wechselseitig in Verbindung sein.

Die Körperlichkeit bildet „nicht nur ein innerliches, auf den Leibkörper beschränktes System. Es konstituiert vielmehr ein sensomotorisches […] interaktives Feld, in dem wir uns als leibliche Wesen fortwährend bewegen und verhalten“ (Fuchs, 2008, S. 88). Seine Widersprüche, Fixierungen und Impulse, seine Deformierungen, Gewohnheiten und Vermeidungen sind dann eben „nicht in unserem Innersten zu suchen, hinter dem Rücken unseres ‚Bewusstseins‘, sondern *vor uns als Gliederung unseres Feldes*.“ (Merleau-Ponty, 1986, S. 233; Hervorhebungen geändert von K.M. und R.M.) Dies sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten

Binswanger beschreibt das „Sinken oder Fallen“ als eine grundlegende, „Bedeutungsrichtung von oben nach unten“. Wenn wir von „einem hohen und tiefgesunkenen Mut sprechen, so handelt es sich hier keineswegs um sprachliche Übertragungen“. Vielmehr handelt es sich um einen „speziellen Wesenzug“ des Menschseins: das „Gerichtetseinkönnen von oben nach unten“ und die Möglichkeit des „Fallens“. Wenn „unsere gesamte Existenz nicht mehr auf ‚festen‘, sondern auf ‚schwachen‘ Füßen steht, ja überhaupt nicht mehr steht, weil ihre Eintracht mit der Welt einen Riß bekam, ist ihr der Boden unter den Füßen weggezogen worden“ (Binswanger, 1994, S. 96f).

Uexküll & Wesiack (1996) schlugen vor, „‚Gesundheit‘ als intaktes und ‚Krankheit‘ als gestörtes Beziehungsgefüge zu definieren. Damit zeigt sich, dass Beziehung dem Begriff ‚Integration’ entspricht, der von

dem lateinischen Wort ‚integer' für ‚unverletzt' oder ‚heil' stammt". Beziehungen lassen sich als „Fäden" beschreiben, die ein Lebewesen mit anderen Lebewesen und mit seiner Umgebung verknüpfen. „In jedem dieser Fäden nimmt der Faktor ‚Bedeutung' konkrete Gestalt an; denn Beziehungen sind ‚Bedeutungs-Beziehungen'." (ebd., S. 44)

Die Fäden, die der Körpersinn hier spinnt, können wir nur begrenzt willentlich und bewusst steuern. Merleau-Ponty hat dieses nonverbale Gewebe und Kräftefeld zwischen den Menschen als *Zwischenleiblichkeit* (intercorporéité) bezeichnet (Abbildung 1). Vor allen bewussten Wegen verwirklicht sich zwischenmenschliche Kommunikation und Atmosphäre körperlich.

Die Zwischenleiblichkeit läuft so (in Form von Eindrücken) zum eigenen Körper und (in Form von körperlichem Ausdruck) wieder zurück. Bei dieser Kreisfigur kann man, wie beim Vorgang des Tastens etwa, nicht sagen, wo der Anfang und wo das Ende ist.

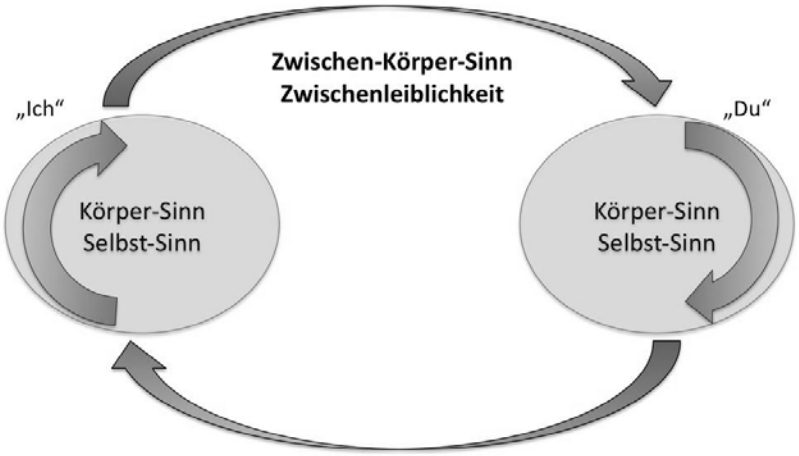


Abbildung 1. Modell der Zwischenleiblichkeit nach Merleau-Ponty

Und so erscheint es wichtig, nicht nur den Patienten körper-therapeutisch anzusprechen, sondern auch den Therapeuten. Denn auch ihn bewegen Dinge, die er nicht mental reflektieren kann.

Der eigene Körpersinn ist immer schon bei den anderen Menschen und umgekehrt; er ist immer auch Zwischen-Körper-Sinn. Mit Prinz (2013) können wir noch ein Stück weitergehen. Nach der „klassischen kartesischen Vorstellung […] ist die Selbsterkenntnis die natürliche Grundlage, von der sich andere Formen der Erkenntnis ableiten". Dies ist die „Wie-Ich-Perspektive„ (ebd., S. 126ff). Prinz argumentiert für die „umgekehrte Reihenfolge, nämlich, daß die Erkenntnis des anderen die natürliche Grundlage ist, von der sich die Selbsterkenntnis ableitet. In der *Wie-Du-Perspektive* erkenne und verstehe ich mich selbst, weil ich so bin wie du" (ebd.).

Der Begriff des Körperschemas wurde ursprünglich verwendet, um die neuronale Steuerung von Körperhaltungen und -bewegungen darzustellen. Über eine körperliche Selbststeuerung hinaus jedoch ist das Körperschema für die Interaktion in und mit der Umwelt sowie für die Erzeugung einer Korrespondenz mit der Mitwelt (mit dem Körper des Anderen) zuständig. Dies erfordert, „daß das Körperschema die Propriozeption mit der Exterozeption verbindet und so die Innen- und die Außenperspektive integriert" (ebd.).

Die entscheidenden Sinnes-, Wahrnehmungs-, Ausdrucks- und Handlungsorgane dabei sind die Muskeln. Eng verwandt mit diesem Abgleich der Perspektiven ist der Abgleich der Handlungen: „ Handlungsschemata wirken wie innere Spiegel und stellen verkörperte Verfahren zum Abgleich der eigenen Handlung mit der Handlung Anderer dar und umgekehrt." (ebd.) In den Funktionsprinzipien der Körper- und der Handlungsschemata werden also verkörperte Spiegel- und Abgleichmechanismen umgesetzt. Und somit zwei Grundarten verkörperter Kommunikation.

Ein wichtiges neurobiologisches Korrelat für den Abgleich von Eigen- und Fremdwahrnehmung und einer gelingenden Zwischenleiblichkeit sind die sogenannten Spiegelzellneuronen. Als neuronaler Resonanzmechanismus bilden sie eine neuronale Basis des Mitgefühls. (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008) Unabhängig von der Entdeckung der Spiegelneurone sind das Prinzip des Mitvollziehens und der Widerspiegelung grundlegende Vorstellungen, die seit über hundert Jahren diskutiert werden. Nach dem ideomotorischen Prinzip können Handlungs-Repräsentationen diejenigen Handlungen hervorrufen und umsetzen, die sie repräsentieren. So kommt es zu automatischen Mitbewegungen (dem sogenannten Carpenter-

Effekt), aber auch (nach dem sogenannten Ideorealgesetz) zu Übertragungen des Ausdrucksverhaltens und zur Gefühlsansteckung.

Der Körper, so unabhängig und autark er äußerlich zunächst erscheint, ist bis in seine typischen Haltungen und neuronalen Funktionen hinein ein intersubjektives und zwischenleibliches Phänomen. Bliebe es jedoch bei einer bloßen Gefühlsansteckung und Unmittelbarkeit der Gefühlswelt, so könnten weder der Patient noch der Therapeut etwas verändernd bearbeiten. (Sie würden im Gegenteil im Bereich und Kraftfeld des Ikonischen verharren.) Auch hier bedarf es eines Übergangs und der Versprachlichung.

Zwischenmenschliche Beziehung und Begegnung ist ein sozialer Prozess. „Empathie, das Verstehen der anderen, kommt nur zustande, weil unsere emotionale Aufmerksamkeit anderen gegenüber gestaut, blockiert und gefiltert ist. Ohne eine derartige (Teil)Blockade würden wir in einer Welt fortwährenden Perspektivenverlustes leben.“ (Breithaupt, 2009, S. 12) Sprache und Sprechenkönnen ist die Form, in der menschliche Empathie möglich wird.

3. Körpertherapeutische Veränderung

Therapeutische Veränderung als „Übergang von der Handlung zur Vorstellung, zur psychischen Repräsentation“ (Barwinski, 2014) bedarf des Schrittes von einer unvermittelten Körperlichkeit zu einer vermittelten und psychisierten Körperlichkeit.

Sprechen ermöglicht die Wiederherstellung der Sinnkohärenz, die traumatisch unterbrochen wurde (Fuchs, 2008; Mosetter & Mosetter, 2012). Die „Prozedur der Narrativkomposition“ und das Erzählenkönnen ermöglichen es den Betroffenen, sich wieder „als Agent, als Autor“ (Köhle & Koerfer, 2011, S. 364) ihres Verhaltens zu erleben.

Wiederum gilt die Denkfigur: Es ist nicht erst ein bloßer Körper da, zu dem dann noch die Fähigkeit des Erzählens und der Sinngebung hinzukommt (bzw. therapeutisch wieder gegeben wird). Ebenso gibt es Sinnkohärenz nicht in Reinform, die dann (wieder) in Sprache übersetzt wird.

In der Myoreflextherapie bzw. der NMTT/TKT werden traumatische Erfahrungen als „unterbrochene Handlung“ betrachtet; als „Kampf- oder Fluchthandlung“ angesichts einer existenziellen Bedrohung. Das traumatisch gezeichnete Erleben wirkt in der Folgezeit intrasomatisch und funktionell-anatomisch fort. Schwere seelische Belastungen und traumatische Erlebnisse werden als neuromuskuläre Erinnerungsspur in unser Körperschema eingebettet. Während sich ihr Aktivationsmuster einem bewussten Zugang und der Sprache entzieht, kann die körperliche Dynamik die Betroffenen buchstäblich „auf Schritt und Tritt“ verfolgen. Sie schwelt gleichsam im seelisch körperlichen Untergrund und ist doch nicht sprachlich zugänglich. (Mosetter & Mosetter, 2005).

In der Myoreflextherapie werden die körperlichen Stressbereiche und Spannungspunkte mittels gezielter manueller Druckpunktbehandlung stimuliert. Schonhaltungen, Verspannungen und Fixierungen werden so auf einer nichtsprachlichen, körperlichen Ebene angesprochen. Die Mechanismen der Kompensation werden mittels myoreflextherapeutischer Druckpunktstimulation übersteuert. Schonhaltungen und Fixierungen werden so reflektiert und bewusst gemacht.

Ist die Erinnerung an die traumatische Situation verloren oder fragmentiert, so repräsentiert die implizite Erinnerung die traumatische Erfahrung auf der Ebene des Körper-Gedächtnisses. Der sensorische und der motorische Flügel des Traumaschemas sind voneinander dissoziiert, was der Definition von Trauma als „unterbrochener Handlung“ entspricht. Im Sinne der NMTT/TKT führt die Myoreflextherapie beide Flügel wieder zusammen. Beim Patienten können Erinnerungen an das traumatische Ereignis frei werden (im sensorischen Flügel), sobald eine Lösung der Traumadynamik auf der motorischen Ebene gefunden wurde.

Nun kann die therapeutische Arbeit an der psychischen Seite des Traumas unter verbesserten körperlich leiblichen Bedingungen wieder aufgenommen werden. Der Übergang von der unmittelbaren motorischen Handlung zur sprachlich vermittelten Vorstellung und psychotherapeutischen Veränderung verfügt über eine veränderte Basis.

Der Übergang und Weg zur Sprache arbeitet nach dem Prinzip der dialektischen Veränderung, wie es von Gottfried Fischer und anderen für die Psychotherapie erarbeitet und formuliert wurde (Barwinski, 2010; Bering, 2005; Fischer, 2007, 2008). In enger Zusammenarbeit und Anlehnung an diese Arbeiten wurde von den Autoren mit der NMTT/TKT ein analoges, komplementäres Therapiesystem entwickelt und für den körperlichen Flügel ausformuliert (Mosetter & Mosetter, 2001, 2005, 2010)

Die Formel der Dialektik der Körperpsychotherapeutischen Veränderung lautet: Mit Hilfe der myo-reflex-therapeutischen Spür- und Wahrnehmungshilfe kann der Patient sein neuromuskuläres Traumaschema Stück für Stück dezentrieren, differenzieren und seine Gegen-Handlungen im Sinne der Schonhaltung auf neuromuskulärer Ebene reflektieren. Verselbständigte, negierte Haltungsformen können zum Gegenstand oder Inhalt einer neuen, nun auch sprachlichen Regulationsstufe werden.

Im Sinne einer dialektischen Aufhebung werden die Lösungsstrategien und traumatischen Wahrnehmungs- und Handlungsschemata Schritt für Schritt dekonstruiert: Zum einen wird eine neue und höhere Reflexions- und Regulationsstufe konstruiert, die alternative Handlungs- und Bewegungsmöglichkeiten für die Zukunft zur Verfügung stellt. Von diesem Plateau aus kann eine Zurückwendung in die Vergangenheit geleistet werden. (Einer gelingenden dialektischen körpertherapeutischen Regulation ist so der Schutz vor Retraumatisierung immanent.) Die reflexive, rekonstruktive Zurückwendung auf die eigenen Gegen- und Schonhandlungen stellt einen Akt des (meist schmerzhaften) Bewusstwerdens und des Erinnerns dar. Die Kontrolloperationen, das Abspalten der Tiefensensibilität und die neuromuskulären Aspekte der automatisierten, passiven Wiederholung werden therapeutisch übersteuert und so der regulatorischen Aufmerksamkeit wieder zugänglich.

Regulationen und Entlastungen im Bereich des motorischen Flügels durch die Myoreflextherapie im Sinne der NMTT/TKT können eine deutliche Verbesserung des psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses bewirken. (Bering, 2005; Muth & Bering, 2009; Kilk, 2010)

Die therapeutische Dialogebene dabei ist die neuromuskuläre, körperlich leibliche. Jedoch lässt sich diese, wie gezeigt, nur künstlich von den psychischen und sprachlich-mentalen Dimensionen des Menschen trennen. So gesehen verhält sich die Myoreflextherapie bzw. NMTT/TKT als Pendant zu einer dialektischen Psychoanalyse und Psychodynamisch-dialektischen Psychotherapie, wie der MPTT. Beide Seiten bedürfen dabei einer körperlichen Regulation bzw. einer körperlichen Supervision und einer entsprechenden Spürhilfe.

Autoren

Kurt Mosetter (geb. 03.09.1964), Dr. med., Arzt und Heilpraktiker.
Begründer der Myoreflextherapie. Gründer und medizinischer Leiter des ZiT – Zentrum für interdisziplinäre Therapien (Konstanz, Köln). Arbeitsschwerpunkte: Schmerztherapie, Neuromuskuläre Traumatherapie, klinische Anatomie und angewandte Biochemie.

Reiner Mosetter (geb. 15.07.1966), MA. Wissenschaftlicher Berater und Mitentwickler der Myoreflextherapie / Neuromuskulären Traumatherapie. Enge Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Psychotraumatologie (DIPT, Much).

Korrespondenz

ZiT – Zentrum für interdisziplinäre Therapien
Obere Laube 44, 78462 Konstanz
literatur@myoreflex.de
www.myoreflextherapie.de
E-Mail: reiner@mosetter.de

Literatur

Barwinski, R. (2010). Die erinnerte Wirklichkeit: zur Bedeutung von Erinnerung im Prozess der Traumaverarbeitung. Kröning: Asanger

Bering, R. (2005). Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung: Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung. Aachen: Shaker.

Binswanger, L. (1994). Traum und Existenz. In: Binswanger, L., Vorträge und Aufsätze (S. 95–119; Ausgewählte Werke, Bd. 3). Hrsg. und bearb. von Max Herzog. Heidelberg: Asanger.

Breithaupt, F. (2009). Kulturen der Empathie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fischer, G. (2007). Kausale Psychotherapie: Manual zur ätiologieorientierten Behandlung psychotraumatischer und neurotischer Störungen. Kröning: Asanger.

Fischer, G. (2008) Logik der Psychotherapie: philosophische Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft. Asanger: Kröning.

Fischer, G., Barwinski, R., Eichenberg, C., Fischer, A., Mosetter, K., & Mosetter, R. (2008). Zur Biosemiotik unterbrochener kommunikativer Handlungen – auf dem Weg zu einer psychotraumatologisch fundierten Psychosomatik. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, 6(2), 9–24.

Fuchs, T. (2008). Leib und Lebenswelt: neue philosophisch psychiatrische Essays. Kusterdingen: Die Graue Edition.

Kilk, D. (2010). Myoreflextherapie: Schmerztherapie und Trauma-Komplementär-Therapie. Praxis Physiotherapie, 2010, 186–189.

Köhle, K., & Koerfer, A. (2011). Das Narrativ. In: Adler, R. H., Herzog, W., Joraschky, P., Köhle, K., Langewitz. W., Söllner, W., & Wesiack, W. (Hrsg.), Psychosomatische Medizin: theoretische Modelle und klinische Praxis (S. 359–375). München: Urban & Fischer.

Merleau-Ponty, M. (1966). Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.

Merleau-Ponty, M. (1986). Das Sichtbare und das Unsichtbare. München: Fink.

Merleau-Ponty, M. (2003). Das Kino und die neue Psychologie. In: Merleau-Ponty, M., Das Auge und der Geist: philosophische Essays (S. 29–46). Hamburg: Meiner.

Mosetter, K., & Mosetter, R. (2001). Myoreflextherapie: Einführung in Muskelfunktion und Schmerz. Konstanz: Vesalius.

Mosetter, K., & Mosetter, R. (2005). Dialektische Neuromuskuläre Traumatherapie. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 3(2), 31–45.

Mosetter, K., & Mosetter, R. (2006). Der Körper in seiner Umwelt – eine dialektische Einheit. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 4(3), 59–71.

Mosetter, K., & Mosetter, R. (2008). Traumatische Belastungen: Der Körper als Bühne und szenische Macht. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 6(1), 7–24.

Mosetter, K., & Mosetter, R. (2010). Myoreflextherapie, Bd. 2: Regulation für Körper, Gehirn und Erleben. Konstanz: Vesalius.

Mosetter, K., & Mosetter, R. (2012). Trauma und Körper-Veränderungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin, 10(2), 61–72.

Muth, K., & Bering, R. (2009). Trauma und Schmerz: Evaluation der Myoreflextherapie im Kontext der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin 7(3), 25–35.

Noe, A. (2010). Du bist nicht Dein Gehirn: eine radikale Philosophie des Bewusstseins. München: Piper.

Peirce, C. S. (1998). Phänomen und Logik der Zeichen, 2. Aufl.. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Plessner, H. (2003). Die Frage nach der Conditio humana. In: Plessner, H., Conditio humana (S. 136–217; Gesammelte Schriften, VIII). Hrsg. von G. Dux, O. Marquard und E. Ströker. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Prinz, W. (2013). Selbst im Spiegel: die soziale Konstruktion von Subjektivität. Berlin: Suhrkamp.

Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2008). Empathie und Spiegelneurone: die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Schäfer, S. (2009). Sterne, Äpfel und rundes Glas: mein Leben mit Autismus. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.

Stadlmayr, W. (2002). Das Passungsmodell als Grundlage für eine Integrierte Geburtshilfe. In: Uexküll, T. v., et al. (Hrsg.), Integrierte Medizin: Modell und klinische Praxis (S. 111–156). Stuttgart: Schattauer.

Uexküll, T. v., & Wesiack, W. (1996). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll, T. v., & Adler, H., Hermann, J. M., Köhle, K., Schonecke, O. W., & Wesiack, W. (Hrsg.), Psychosomatische Medizin, 5. Aufl. (S. 13–51). München: Urban & Schwarzenberg.

Uexküll, T. v., & Wesiack, W. (1998). Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, 3. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.

Uexküll, T. v., Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H., & Johnen, R. (1997). Subjektive Anatomie: Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Waldenfels, B. (2000). Das leibliche Selbst: Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Psychotherapie-Wissenschaft (2014) 1 : 19-27

Article inédit (thème principal) - Synthèse

Kurt Mosetter, Reiner Mosetter

Relations (du Soi) et corporalité

Les vécus traumatiques ravivent chez les personnes concernées des schémas d'action involontaires. Il ne faut toutefois pas voir les psychotraumatismes de manière trop simple, comme se reflétant dans une sorte de manifestation autonome du corps. Les auteurs sont favorables à une approche intégrative dans laquelle corps et âme, cognition et émotion sont pris en compte. Les concepts de *somatisation* et de *psychosomatique* etc. incluent souvent la mise en rapport des compétences corporelles, présymboliques d'une part et des compétences symboliques.

En psychothérapie, s'agissant d'expériences traumatisantes il faut cerner leurs composantes *psychiques* pour établir un lien entre action et représentation. Pour avoir accès au niveau de la *corporalité*, il faut par ailleurs saisir la *signification du corps* et mettre en œuvre une forme de thérapie utilisant ce dernier. La communication se fait toujours par le biais d'une interaction corporelle. Ceci concerne aussi bien le patient que le thérapeute.

Il faut donc, dans le cadre de la thérapie, saisir les fardeaux psychiques *en fonction du corps*. Des impulsions à agir et des souvenirs ayant acquis une nature autonome doivent être traités par le biais d'un soutien ciblé à la *perception de soi ou au ressenti.* La thérapie par les myoréflexes est une thérapie neuromusculaire des traumatismes qui, en servant de complément à la thérapie des traumatismes, permet d'agir sur les tensions somatiques et neuromusculaires, les rendant ainsi sensibles et aptes à la régulation au niveau de l'organisme.

Ce type de thérapie se fonde sur le principe de la transformation dialectique élaboré et formulé par Gottfried Fischer. Nous sommes favorables à un système thérapeutique complémentaire incluant le domaine corporel. Des phénomènes de régulation et de décharges au niveau somatique peuvent apporter une amélioration nette du processus thérapeutique et du setting dans son ensemble.

Psychotherapie-Wissenschaft (2014) 1 : 28-34

Originalarbeit (Titelthema)

Marianne Rauwald

Mentalisierungsgestützte Eltern-Kind-Intervention: ein bindungsorientierter Therapieansatz im Kontext traumatisierter Familiensysteme

Zusammenfassung: Die frühe und komplexe Traumatisierung junger Menschen bedingt oft lebenslange Einschränkungen im Sinne oft gravierender Traumafolgestörungen. Wenn sie selbst Eltern werden, stellen diese schweren lebensgeschichtlichen Belastungen, konnten sie nicht verarbeitet und psychisch integriert werden, einen hohen Risikofaktor dar, dass die eigenen Kinder in einem frühen transgenerationalen Prozess in ihrer kindlichen Entwicklung durch die Traumatisierung ihrer Eltern selbst sekundär traumatisiert werden. Dieser Prozess kann bereits pränatal über epigenetische Veränderungen einsetzen. Entscheidend für die kindliche Entwicklung ist dann die Zeit der ersten Bindungsaufnahme und -gestaltung junger Mütter zu ihren Kindern. Schwere traumatische Erfahrungen beeinträchtigen die Mentalisierungsfähigkeit, die als Fähigkeit, sich selbst und das Kind reflektierend in den je eigenen Bedürfnissen, emotionalen und anderen mentalen Zuständen zu verstehen und angemessen feinfühlig darauf zu reagieren, der zentrale Faktor für den Aufbau sicherer Bindungsstrukturen und -muster zwischen Eltern und Kindern ist. Kinder schwer traumatisierter Eltern haben aufgrund dieser eingeschränkten elterlichen Reflexionsfähigkeit ein hohes Risiko, unsichere, sehr oft desorganisierte Bindungsmuster zu entwickeln. Eine desorganisierte Bindungsstruktur aber bedingt eine hohe Wahrscheinlichkeit einer späteren psychischen Erkrankung dieser Kinder.

Die Autorin stellt einen integrierten Behandlungsansatz – Mentalisierungsgestützte Eltern-Kind-Intervention – dar, indem an der Schnittstelle zwischen therapeutischer Behandlung und psychologisch-traumapädagogischer Intervention mithilfe verschiedener Bausteine der Versuch unternommen wird, den transgenerationalen Teufelskreis der Weitergabe traumatischer Erfahrungen zu unterbrechen. Die Mentalisierungsgestützte Eltern-Kind-Intervention beinhaltet nach einer umfassenden trauma- und bindungsspezifischen Eingangsdiagnostik als wesentliche Elemente das Mentalisierungstraining im Rahmen einer Eltern-Kind-Intervention sowie das Angebot einer begleitenden mentalisierungsorientierten Psychotherapie für die teilnehmenden Eltern. Das Mentalisierungstraining umfasst teils strukturierte, teils freie Eltern-Kind-Interaktionen, die videografiert und in einer folgenden Sitzung mit den Eltern im Blick auf das zu beobachtende Mentalisieren ausgewertet werden. Das Ziel des Trainings ist der Ausbau der Mentalisierungsfähigkeit und die Verbesserung der Feinfühligkeit von Eltern im Umgang mit ihren Kindern. Eltern, die die mentalen Zustände ihrer Kinder erkennen und angemessen darauf reagieren können, schaffen damit eine Basis für eine sichere Bindung ihrer Kinder. Sie ermöglichen damit auch, dass das Kind in diesen wichtigen Bindungen und Beziehungen selbst lernt zu mentalisieren. Dieser Baustein stellt gerade für traumatisierte Eltern eine hohe Belastung und potentielle Berührung eigener traumatischer Erfahrungen dar. Um die Eltern auf diesem Weg zu stabilisieren und den im Mentalisierungstraining angestoßenen Prozess zu unterstützen, wird den Eltern psychotherapeutische Begleitung angeboten. Die in der Therapie mögliche Erfahrung eines mentalisierenden Verständnisses durch den Therapeuten entlastet und dient gleichzeitig als Modell. In einer Identifizierung mit der als hilfreich erlebten therapeutischen Haltung können Eltern dies in die Beziehung zu ihren Kindern einbringen, die auch darüber eine Entlastung und Vertiefung erfahren kann.

Schlüsselwörter: Mentalisierungsfähigkeit, Bindungstrauma, transgenerationale Weitergabe, Feinfühligkeit, mentaler Zustand, desorganisierte Bindungsstruktur, Bindungsstörung.

Abstract: Mentalizing supported parent child intervention: a bonding orientated therapy approach in the context of traumatised family systems

Early traumatic experiences result in complex trauma-based disturbances that, above all, also influence the bonding and relationship abilities. This places an increased risk factor on individuals with respect to later parenting and bonding offers to their own children. In particular, traumatized parents who have a limited capability to mentalize, there is the danger of insufficient parental presence and as a result, early and extensive socio-emotional developmental disturbances in their children.

The author provides an integrated treatment approach (mentalizing-supported parent-child intervention) that, at the interface between therapeutic treatment and psychological trauma - pedagogic intervention and with the help of various building blocks, attempts to break the trans-generational vicious circle of transmitting traumatic experiences. The mentalizing supported parent-child intervention is multi-modal and, after a comprehensive and specific trauma-bonding entry diagnosis, includes as an essential element mentalizing training within the framework of a parent-child intervention as a well as offering an accompanying mentalizing oriented psychotherapy for the participating parents.

Keywords: Ability to mentalize, bonding trauma, trans-generational transmission, sensitivity, mental status, disorganized bonding structure, bonding disturbance

Einleitung

Im Rahmen unserer Ambulanzgespräche sind es immer wieder junge Eltern mit oft schweren, komplexen Traumatisierungen, die therapeutische Hilfe suchen, weil sie spüren, wie ihre hoch belastenden lebensgeschichtlichen Erfahrungen ihre jungen Familien, die Beziehungen zu ihren Partnern, vor allem aber zu ihren Kindern belasten und beeinträchtigen. In oft eskalierter und dramatischer Weise finden wir diese elterlichen Nöte auch im Kontext der von uns erstellten familienrechtlichen Sorge- und Umgangsgutachten. Hintergrund sind oft Hochrisikofamilien mit zumindest einem traumatisierten Elternteil, in denen trotz entgegengesetzter Wünsche und Hoffnungen der Eltern ihre gravierenden psychischen Beeinträchtigungen zu einer Dynamik beitragen, die schwere Beziehungs- und Bindungskonflikte verursachen. Bereits früh finden sich bei den Kindern dieser Familien Auffälligkeiten, die im Spektrum der Bindungsstörungen angesiedelt sind. So reproduzieren sich in einem transgenerationalen Zirkel elterliche Gewalt- und traumatische Verlusterfahrungen gerade da, wo sich die verletzten Eltern für sich wie für ihre Kinder endlich Wärme und Sicherheit in nahen und verlässlichen Beziehungen erhoffen. Die Motivation dieser jungen Eltern, an der von ihnen selbst als verfahren erlebten familiären Situation zu arbeiten, ist hoch.

Die Bindungsforschung (Allen & Fonagy, 2009; Brisch & Hellbrügge, 2003; Fonagy, 2003) weist auf den engen Zusammenhang zwischen mütterlicher Traumatisierung und frühen Bindungsstörungen in der kindlichen Entwicklung hin. Der gelungene Aufbau einer sicheren Bindung an die Mutter (die hier für die zentrale Bezugsperson steht) ist eine der zentralen Voraussetzungen für eine gesunde sozio-emotionale Entwicklung des Kindes. Fehlt eine solche sichere Bindung, kommt es beim Kind zu einer partiellen, in anderen Fällen sogar zu einer vollständigen Deprivation. Die Folgen dieses Mangels sind vielfach und zeigen noch einmal die existentielle Bedeutung, die eine ausreichend gute Bindung für die Entwicklung des Kindes hat: Sie reichen, um einige Beispiele aufzuführen, von oft lebenslanger intensiver Suche nach verfügbaren Bindungsobjekten bei gleichzeitigen Nähe-Distanz-Problemen, Problemen der Autonomieentwicklung über die Entwicklung starker Schuldgefühle und Depressionen bis hin zu emotionalen wie kognitiven Entwicklungsverzögerungen und eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit, Verhaltensauffälligkeiten, von emotionaler Taubheit zu dissozialem oder selbstverletzendem Verhalten (Fonagy, 2003; Rauwald, 2013). Traumatisierte Mütter jedoch können auf dem Hintergrund ihrer eigenen unverarbeiteten traumatischen Erschütterung nur schwer die Ruhe und Sicherheit, das Vertrauen und die innere Gelassenheit aufbringen – und vor allem auch in stressigen, erregten Situationen aufrechterhalten –, die notwendig sind, um in ihren Kindern ein überdauerndes Gefühl des Getragenseins und Urvertrauens wachsen zu lassen. Urvertrauen entsteht aus der Wahrnehmung der Fürsorge durch eine beständige, kohärente Person, die in feinfühliger und steter Weise die kindlichen Bedürfnisse beantwortet, sodass sie das Vertrauen verdient, das das Kind in sie setzt (Erikson, 1999). Wichtig ist dabei ein Containment (Bion, 1992) gerade in kindlichen Zuständen hoher Erregung und der Überflutung, verbunden mit der mütterlichen Botschaft, dass die kindliche Not gesehen, verstanden und gehalten werden kann, sodass das Kind über die Ruhe der Mutter selbst eine Beruhigung und Regulierung seines inneren Erregungszustands erleben kann. Carlsson & Sroufe (1995) beschreiben ein solches mütterliches Containment als Basis einer sicheren Bindung (Bowlby, 1975; Bowlby et al., 1992).

Schwere traumatische Bindungs- oder Beziehungserfahrungen jedoch zerstören das Erlebnis psychischer Kontinuität und Kohärenz, sie greifen die psychische Integrität, den eigenen Selbstwert wie den Glauben an das zumindest ausreichend Gute im Menschen an und sind mit leicht evozierbaren Zuständen hoher innerer Erregung und oft auch mangelnder Impulskontrolle verbunden. Der Blick auf die Welt, auf sich selbst und die umgebenden Menschen ist so eingeschränkt, die Interpretationsbreite der elterlichen Wahrnehmungen schon a priori verzerrt. Diese Einengung des mütterlichen Blicks verschärft sich dabei in Momenten von Erregung weiter.

Eine Mutter, die selbst traumatisiert ist, ist so häufig in ihrer Fähigkeit, die mentalen Zustände ihres Kindes aufzunehmen und zu verstehen, beeinträchtigt. Mentalisierung als reflexive Funktion, mit deren Hilfe es der Mutter möglich ist, sich ihr Kind mit seinen Überzeugungen, Gefühlen, Wünschen, Hoffnungen, Zielen und Erwartungen etc. vorzustellen und seine mentalen Zustände als unterschiedlich von den eigenen zu verstehen, ist jedoch eine zentrale Voraussetzung für das Wachsen einer sicheren Bindung. Über die Erfahrung einer beruhigenden Spiegelung der eigenen kindlichen Zustände reguliert sich die Erregung des Kindes: „Das sicher gebundene Kind fühlt sich beruhigt, wenn es an die mentale Verfassung der Betreuungsperson denkt.“ (Fonagy, 2003) Der Zusammenhang von Bindung und Mentalisieren ist wechselseitig: Eine sichere Bindung ist die Voraussetzung dafür, dass das Kind seine eigene Psyche und die Psyche anderer Menschen gefahrlos erforschen kann. Andererseits kann sich eine sichere Bindung auch nur dann entwickeln, wenn die Eltern fähig sind, die Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche des Kindes wahrzunehmen und zu verstehen. Die Unfähigkeit, eigene

mentale Zustände wahrzunehmen und die mentalen Zustände anderer zu reflektieren, kann das Bindungssystem des Kindes deformieren, indem sie die natürliche Entwicklung der Fähigkeit des Mentalisierens beim Kind untergräbt (Fonagy, 2007). Eine Folge sind unsicher-vermeidende oder unsicher-ambivalente Bindungsstrategien, bei Kindern traumatisierter Eltern oft desorganisierte Bindungsmuster und -strukturen (Lyons-Ruth et al., 1993; Main & Salomon, 1990).

Traumatisierte Mütter jedoch besitzen oft schon ein hohes basales Erregungsniveau, das zudem in Momenten wachsender Belastung exponentiell ansteigen kann (Schore, 2002). Hinzu kommt, dass die kindliche Erregung (Weinen, Toben, Schreien etwa) ebenso wie kindliche Zustände etwa von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die einstmals Aspekte der elterlichen Traumatisierung dargestellt haben, sehr leicht traumatisches Erleben in der Mutter triggern und so eine plötzliche weitere Erregungszufuhr nach sich ziehen. Unter solchen Bedingungen bricht die Mentalisierungsfähigkeit der Mutter weiter zusammen. Statt dass das Kind Beruhigung und eine Regulierung des eigenen Erregungszustands erfährt, wird es zusätzlich mit einer unintegrierten mütterlichen Erregung konfrontiert, mit der das Kind vollständig überfordert ist. Dies ist die Grundlage und der Ausgangspunkt unzähliger Teufelskreise, wenn sich in endlosen Schleifen eskalierende Diskussionen in diesen Familiensystemen wiederholen, die immer wieder Eltern wie Kinder völlig erschöpft und verzweifelt, hoffnungslos zurücklassen, wenn nicht – und das ist eine nicht minder verstörende Alternative – die Tendenz zu Dissoziation und Verleugnung im Kontext der elterlichen Traumaerfahrung eine Wahrnehmung der kindlichen Not und Erregung schon im Vorfeld verhindert hat und das Kind so erleben muss, dass es mit seinen Bedürfnissen vollständig ungesehen bleibt.

Um die an dieser Stelle drohende transgenerationale Weitergabe elterlicher Traumatisierungen an die folgende Generation zu unterbrechen, ist eine sensible und beide Generationen erreichende und unterstützende Intervention erforderlich.

Mentalisierungstraining als Teil einer Mentalisierungsgestützten Eltern-Kind-Intervention

Eine zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit ansetzende Maßnahme – an der Schnittstelle zwischen pädagogischen Methoden und klinischen Behandlungen – ist das Mentalisierungstraining für Eltern und Kinder.

Mentalisieren bezeichnet die Fähigkeit, sich mentale Zustände im eigenen Selbst und in anderen Menschen vorzustellen. Mentale Zustände können z. B. Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle, Gedanken oder Fantasien über andere und sich selbst sein. Die Fähigkeit, sich mit mentalen Zuständen auseinanderzusetzen, hilft dabei, Verhalten und Reaktionen anderer Menschen und sich selbst zu interpretieren. Die Mentalisierungsfähigkeit ist somit eine zentrale Determinante der Organisation des Selbst und der Affektregulierung.

Mentalisieren als abstrakt-reflexiv erworbene Bewusstheit mentaler Zustände kann gelernt werden. Das Training dient aufgrund der engen Verbindung von Mentalisieren und Bindung als Prävention gegen die Entwicklung eines nicht sicheren Bindungsmusters des Kindes in der Beziehung zu den Eltern. Ziel des Trainings ist der Ausbau der Mentalisierungsfähigkeit und die Verbesserung der Feinfühligkeit von Eltern im Umgang mit ihren Kindern. Eltern, die die mentalen Zustände ihrer Kinder erkennen und angemessen darauf reagieren können, schaffen damit eine Basis für eine sichere Bindung ihrer Kinder. Sie ermöglichen damit auch, dass das Kind in diesen wichtigen Bindungen und Beziehungen selbst lernt zu mentalisieren – und das heißt neben den Wünschen der Eltern auch die eigenen Bedürfnisse erkennen und formulieren zu können.

Das Mentalisierungstraining kann neben einer rein präventiven Aufgabe auch als Intervention bei bereits bestehenden Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen und vorhandenen Bindungsstörungen eingesetzt werden. Dies soll durch gezielte und ganzheitliche Unterstützungen des auch in diesen Familiensystemen oft noch deutlich vorhandenen Wunsches geschehen, eine gute Mutter oder ein guter Vater zu sein, der zugleich und unmittelbar dem Aufbau einer feinfühligen Eltern-Kind-Beziehung dient.

Das Mentalisierungstraining versteht sich als eine Förderung der elterlichen Fähigkeit, die innere Welt ihrer Kinder in Form subjektiver und mentaler Zustände zu erkennen und zu verstehen, die in einer entschleunigten Form wie unter einer Lupe gemeinsam erforscht werden. Gleichzeitig beschränkt es sich auf eine bewusste Wahrnehmungs- und Erlebensebene. Deutungen z. B. unbewusster Motivationen oder Konflikte werden explizit aus den gemeinsamen Überlegungen ausgeschlossen.

Das Mentalisierungstraining erstreckt sich über 6 Monate. Vorangestellt findet eine aufklärende Sitzung mit Eltern und Kindern statt, in der das Training vorgestellt wird und mit der Familie überlegt wird, ob dies eine für sie hilfreiche Intervention darstellen kann. Ist dies der Fall, folgt eine ausführliche Diagnostik von Eltern und Kindern. Zentrale Fragen sind dabei die Erfassung potentieller traumatischer Erfahrungen wie auch ihrer

posttraumatischer Verarbeitung sowie die Diagnostik elterlicher Bindungsstrategien. Im Anschluss beginnt das Trainingsprogramm. Dabei umfasst jede Mentalisierungssitzung 60 Minuten und findet einmal in der Woche statt. Inhaltlich wird das Mentalisierungstraining sehr individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des jeweiligen Eltern-, Mutter- oder Vater-Kind-Paares angepasst angeboten. Das Mentalisierungstraining beinhaltet abwechselnd und in aufeinander folgenden Sitzungen (1) Interaktion zwischen Elternteil und Kind und (2) gemeinsame Videoanalyse der vorangegangenen Interaktionssitzung mit den Eltern.

Die Interaktionssitzung wird frei gestaltet oder durch die Therapeutin angeleitet. Ziel ist, im gemeinsamen Miteinander eine Fähigkeit zu vermitteln. Während aller Sitzungen ist die Therapeutin aktiv beteiligt und versteht sich als Teil des Systems. Ihr lebendiges und interessiertes Mentalisieren ist ein wesentlicher Faktor des Lernprozesses und ihre Freude am Geschehen ermöglicht den Familien, sie als Modell zu erleben, mit dessen Haltung sich die Familie mit der Zeit identifizieren kann.

Mit dem Mentalisierungstraining wird so das elterliche Verständnis für kindliche Gefühle und Gedanken anhand von kognitiven und praktischen Methoden erarbeitet. Es werden verschiedene Hilfsmaterialen wie standardisierte Bildkarten, Spielzeuge, Mentalisierungstagebuch, Videos etc. herangezogen.

Ein wesentlicher Baustein sind vor allem zu Beginn des Trainings psychoedukative Interventionen. Die Erklärung der Bedeutung und Wirkweise einer erregten oder einschränkenden gegenüber einer mentalisierenden Kommunikation entlastet viele Eltern. Dies wirkt sich nachweisbar unmittelbar entspannend auf die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern aus. Das oft spielerische Üben des „Mentalisierens“ mit Bewegungs- oder Rollenspielen, projektiven Verfahren wie dem Einsatz von Bildkarten soll helfen, die Neugier und den Spaß junger Eltern an der Übernahme verschiedener Perspektiven zu wecken. Über die spielerische Erkundung der eigenen wie der kindlichen Welt des Erlebens anhand von „Bindungsspielen“ soll unterstützt werden, dass die Eltern ein besseres Verständnis für die Gefühle und Gedanken ihrer Kinder entwickeln. Die Therapeutin beobachtet bestätigend, inwieweit mentalisierende Prozesse angewandt werden, sie spricht aber auch vorsichtig und verständnisvoll an, wenn ein mentalisierendes Verstehen zusammenbricht. Über solche positiven Erfahrungen mit einem emotional bedeutsamen Lernprozess wird langfristig eine gute und sichere Entwicklung des Kindes gesichert.

Neben solchen eher strukturierten Elementen des Trainings treten in den freien Spiel- und Interaktionsfrequenzen Szenen des familiären Miteinanders in den Fokus. Familientypische Kommunikations- und Beziehungsmuster können so ebenfalls mentalisierend bearbeitet werden. Durch die Vorausschau auf zukünftige potentiell konfliktträchtige Ereignisse soll es zu einer Entlastung in solchen Situation kommen. Eltern und Kinder werden dazu angeregt, auch mit zu planenden Situationen mentalisierend umzugehen und so schon im Vorfeld mögliche mentale Zustände zu berücksichtigen und einen neuen Umgang mit kritischen Konstellationen zu überlegen. Mit fortschreitendem Prozess gewinnen die Eltern an Mentalisierungsfähigkeit, welche ihnen zunehmend ermöglicht, auch problematische Momente im Umgang mit ihrem Kind zu meistern.

Begleitende Bindungsfokussierte Psychotherapie

Als zweiter Baustein der Mentalisierungsgestützten Eltern-Kind-Intervention wird den Eltern zur Unterstützung in ihren besonderen Belastungen im Kontext der Eltern-Kind-Arbeit sowie zur Stabilisierung des im Mentalisierungstraining angestoßenen Prozesses regelhaft im Rahmen der Vorgespräche eine begleitende unterstützende Psychotherapie empfohlen und angeboten.

Auch wenn im Mentalisierungstraining die Beziehung zwischen Eltern und Kindern im Mittelpunkt steht und Gegenstand der Reflexion ist, wird dies doch im Wesentlichen aus der Perspektive des Kindes und seines Schutzes wie der Förderung seiner Entwicklungspotentiale betrachtet. Dazu gehört an zentraler Stelle, dass auch das Erleben der Eltern in den Blick genommen wird, dies rückt hier jedoch zumeist in den Fokus, um den Einfluss der elterlichen mentalen Zustände auf das Kind zu bedenken.

Für die Eltern macht gerade diese Fokussierung der emotionalen Beziehungsaspekte die Arbeit an den familiären Bindungsstrukturen zu einer herausfordernden und potentiell belastenden Intervention. Der enge Zusammenhang zwischen eigenen traumatischen Erlebnissen und einer eingeschränkten Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse hat zur Folge, dass gerade die familienspezifischen Bindungs- und Interaktionsschwierigkeiten für die Eltern regelhaft Bereiche und Themen unverarbeiteter, oft dissoziierter und kaum reflektierter Erfahrungen berühren, wie dies dem engen Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und Zusammenbruch der Mentalisierungsfähigkeit entspricht. Oft werden so über die Arbeit an einem lebendigen und offenen Zugang zu ihren Kindern eigene traumatische Beziehungs- und Bindungserfahrungen erneut aktiviert und drohen dann die Eltern zu überfordern. In solchen Momenten zeigen sich traumatypische Reaktionen. Zwischen Intrusion und

Vermeidung steigt die elterliche Erregung in einer schwer zu begrenzenden Weise an, oder Eltern ziehen sich vollständig zurück und gefährden so begonnene Veränderungsprozesse, wie sie in der pädagogisch-klinischen Arbeit im Familienkontext angestoßen werden. Im Rahmen der Eltern-Kind-Intervention kann dies nicht ausreichend gehalten werden, da hier der Fokus der Arbeit gerade darauf liegt, Eltern auch in kritischen Situationen für ihre Kinder wieder in ihrer elterlichen Funktion zu erhalten. Oft wird hier eine deutliche Grenze des Eltern-Kind-Settings erreicht, die zu neuen Ohnmachtsgefühlen und einer Verstärkung der Hoffnungslosigkeit führt, wenn sich alte Teufelskreise erneut Bahn brechen.

Über die während des Mentalisierungstrainings zunehmend präsenteren mentalen Zustände, die Wünsche, Bedürfnisse, emotionalen Befindlichkeiten ihrer Kinder werden in den Eltern unwillkürlich traumatische Fragmente im „untergründigen Netz der Traumen“ (Moser & Zeppelin, 2004) berührt, die lange über Spaltungen, Verleugnungen, Verwerfungen – mit der Folge auch eingeschränkter Wahrnehmung der Kinder – geschützt waren. Traumatische Erfahrungen, die auf einer psychischen Ebene bislang noch nicht ausreichend repräsentiert waren, wurden vielmehr über traumaspezifische Mechanismen (den Zeroprozess) in einem quasi künstlich unverarbeiteten und damit auch zeitlosen Zustand gehalten: „Die Inhalte des Zeroprozesses sind nicht etwa ‚an‘- oder ‚aus‘-geschaltet, sondern befinden sich in einem eher gefrorenen Zustand“ (Fernando, 2012). Auch wenn in diesem Zustand eine psychische Verarbeitung nicht möglich ist, dient er doch dem Schutz vor erneuten traumatischen Überschwemmungen. In der Auseinandersetzung mit den familiären Konflikten, den bislang nicht ausreichend wahrgenommenen Bedürfnissen der Kinder kann es jedoch jederzeit zu einer plötzlichen, unerwarteten und unvorbereiteten Aktualisierung der „unberührbaren“ traumatischen Erfahrungen kommen, die dann unmittelbar eine präsentische, oft damit auch bedrohliche Qualität bekommen.

Die durch die neue Berührung entstehenden hohen Affektintensitäten können in einer begleitenden Therapie vom Therapeuten reguliert werden, um eine ausreichende innere Stabilität der Eltern zu gewährleisten. Um die Nachhaltigkeit der familienbezogenen Intervention zu sichern, brauchen die Eltern selbst mit ihren eigenen schweren Belastungen auf dem brisanten Weg einer neuen psychischen Auseinandersetzung mit potentiell retraumatisierenden Inhalten ausreichend Unterstützung und Halt, um den herausfordernden Weg neuer Erfahrungen in der Beziehung zu ihren Kindern weiter möglich zu machen.

Unsere Erfahrung zeigt, dass viele Eltern in dieser Situation sehr von einer begleitenden psychotherapeutischen Behandlung profitieren, die als Teil der Intervention auf freiwilliger Basis angeboten wird. Die Erfahrung, dass es möglich ist, für die im Mentalisierungstraining getriggerten oft kaum erträglichen Gefühle von Hilflosigkeit, Überforderung oder auch Wut einen Raum zu finden, in dem diese aktivierten traumatischen Fragmente und die damit verbundenen Gefühle aufgehoben und gehalten werden, erleben viele Eltern als hoch wirksame Entlastung. Während sie in der mentalisierungsfokussierten Arbeit mit ihren Kindern ihrer elterlichen Verantwortung begegnen, die sie bislang insbesondere an kritischen Stellen oft verleugnet haben oder die anders verloren gegangen war, bietet die begleitende Therapie einen Ort, an dem die darüber oft wachgerufene Erinnerung an den eigenen kindlichen Mangel Anerkennung findet. Indem die Therapeutin die mentalen Zustände der Eltern wahrnimmt und versteht, und indem sie im Sinne Bions (1992) als therapeutischer Container zur Verfügung steht, fühlen sich die Eltern in ihrer Not gesehen und ernst genommen. Dies kann helfen, die getriggerten Erregungszustände neu zu regulieren und die Eltern so für eine Fortführung der Mentalisierungsaufgaben mit ihren Kindern zu motivieren (Allen & Fonagy, 2009).

Gleichzeitig erleben viele Eltern die eigene Erfahrung im Rahmen der therapeutischen, ebenfalls mentalisierungsorientierten Arbeit als Modell und können dies in einer Identifizierung mit der als hilfreich erlebten therapeutischen Haltung als genügend gute Eltern (Winnicott 1974) in die Beziehung zu ihren Kindern einbringen, die auch darüber eine Entlastung und Vertiefung erfahren kann.

Autorin

Marianne Rauwald, Dr. phil. Dipl. Psych., Psychoanalytikerin (DPV). Leitung des Instituts für Traumabearbeitung und Weiterbildung Frankfurt; Arbeitsschwerpunkte: traumafokussierte Therapie, transgenerationale Weitergabe von psychischer Traumatisierung, Gutachten im familienrechtlichen und aufenthaltsrechtlichen Bereich, Bindung und Trauma und Entwicklung präventiver Programme für junge Frauen.

Korrespondenz

Dr. Marianne Rauwald,
Institut für Traumabearbeitung und Weiterbildung Frankfurt,
Waidmannstraße 25, D-60596 Frankfurt am Main
E-Mail: kontakt@institut-fuer-traumabearbeitung.de

Literatur

Allen, J. G., & Fonagy, F. (Hrsg.) (2009). Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bion, W. R. (1992). Lernen durch Erfahrung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bowlby, J. (1975). Separation: anxiety and anger (Attachment and loss, Bd. 2). New York: Penguin.

Brisch, K.H.; Hellbrügge Th. (Hrsg.) (2003): Bindung und seelische Entwicklungswege. Stuttgart, Klett-Cotta

Bowlby, J., Ainsworth, M., & Bowlby, A. (1992). The origins of attachment theory. Developmental Psychology, 28, 431−471.

Carlsson, E., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Hrsg.), Developmental psychopathology, Bd. 1: theory and methods (S. 581-617). New York: Wiley.

Erikson, H. E. (1999). Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fernando, J. (2012). Trauma und der Zeroprozess. Psyche, 66, 1043–1073.

Fonagy, P. (2003). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fonagy, P. (2007). Violent attachment. Vortrag gehalten bei Tagung “In Gewalt verstrickt – psychoanalytische, pädagogische und philosophische Erkundungen”, Universität Kassel, Kassel, 9.–10. Februar 2007, unpubliziert.

Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictor of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. Child Development, 64, 572–585.

Main, M., & Salomon, J. (1990). Prodedures for identifying infants as disorganized/disorientated during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M., Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (Hrsg.), Attachment during the preschool years: theory, research and intervention (S. 121–160). Chicago: University of Chicago Press

Moser, U., & Zeppelin, I. v. (2004). Borderline: mentale Prozesse in der therapeutischen „Mikrowelt“. Psyche, 58, 634–648.

Rauwald, M. (Hrsg.) (2013). Vererbte Wunden: transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen. Weinheim: Beltz.

Schore, A. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry ,36, 9–30.

Winnicott, D. W. (1974). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler.

Psychotherapie-Wissenschaft (2014) 1 : 28-34

Article inédit (thème principal) - Synthèse

Marianne Rauwald

Interventions parents-enfant utilisant la mentalisation : une approche thérapeutique fondée sur l'attachement dans le contexte de systèmes familiaux marqués par des traumatismes

La traumatisation précoce et complexe d'enfants entraine souvent des problèmes pour toute leur vie, au sens de graves troubles psychiques post-traumatiques. Lorsque ces patients deviennent eux-mêmes parents, ces derniers – s'ils n'ont pas été assimilés et intégrés – peuvent constituer un facteur élevé de risque : il peut arriver que leurs propres enfants soient traumatisés de manière secondaire, un processus transgénérationnel influençant leur développement. Ce processus peut se dérouler au niveau prénatal déjà, provoquant des modifications épigénétiques. En ce qui concerne le développement de l'enfant, la période des premiers attachements entre mère et enfant est décisive. Des vécus traumatiques graves font obstacle à la capacité de mentalisation permettant de se (la mère) saisir et de saisir les besoins spécifiques de l'enfant, de comprendre ses états émotionnels et mentaux et de réagir avec sensibilité. Tout cela constitue un facteur central à la construction de structures et de schémas d'attachement liant parents et enfants. Il existe un risque important que les enfants de parents gravement traumatisés développent des schémas d'attachement peu stables et souvent désorganisés, puisque leurs parents ne sont pas à même de saisir leur être de manière adéquate. Or, une structure désorganisée au niveau de l'attachement va – en toute probabilité – provoquer plus tard des troubles psychiques chez ces enfants.

L'auteure présente une approche thérapeutique intégrée (intervention parents-enfant utilisant la mentalisation) qui se situe entre traitement thérapeutique et intervention psycho-pédagogique. Cette approche inclut différentes composantes devant permettre de rompre le cercle vicieux de la transmission d'expériences traumatiques. Ce type d'intervention débute par un diagnostic complet des aspects liés au traumatisme et à l'attachement. Puis – et ce sont ses éléments essentiels – un entrainement à la mentalisation est mené avec la participation des parents et de l'enfant. En parallèle, une psychothérapie axée sur la mentalisation est offerte aux parents. L'entrainement à la mentalisation inclut des interactions parents-enfants, en partie libres et en partie structurées, qui sont enregistrées sur vidéo ; les enregistrements sont évalués avec les parents lors d'une séance ultérieure, l'accent étant mis sur les mentalisations observées. L'objectif est d'améliorer la capacité à la mentalisation et la sensibilité des parents au niveau de leur relation avec l'enfant. Dès lors qu'ils deviennent capables d'identifier les états mentaux de leur enfant et de réagir de manière adéquate, les parents établissent la base d'un attachement stable avec ce dernier. Ils lui permettent aussi d'apprendre à mentaliser dans le cadre d'une structure d'attachement et de relations importantes. Cette composante de l'intervention est difficile pour les parents traumatisés puisqu'elle touche potentiellement à leurs propres traumatismes. C'est pourquoi un accompagnement psychothérapeutique leur est offert, qui doit permettre de stabiliser les processus. Le fait que, dans le cadre de la thérapie, le thérapeute partage l'expérience peut les soulager et, simultanément, leur servir de modèle. En s'identifiant à une attitude thérapeutique perçue comme positive, les parents peuvent introduire cette composante dans la relation avec leur enfant et celui-ci fait alors l'expérience d'un approfondissement et d'une facilitation de cette dernière.

Psychotherapie-Wissenschaft (2014) 1 : 35-42

Originalarbeit (Titelthema)

Hans Holderegger

Die Bedeutung der Übertragung und Gegenübertragung im Alltag und in der Psychotherapie

(Vortrag, gehalten am 17. Mai 2014 an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik)

Zusammenfassung: Es geht in der vorliegenden Arbeit darum zu zeigen, wie hilfreich das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung für das Verstehen von komplexen Beziehungssituationen sein kann – im Alltag und in der Psychotherapie. Die Übertragung verbindet die Vergangenheit mit der Gegenwart und macht verständlich, welchen Einfluss vergangene Konflikte und Traumata auf unser tägliches Leben haben. An verschiedenen Beispielen, einer Konfliktsituation zwischen Lehrer und Schüler, einer Vaterübertragung im Lehrerzimmer, einer Ehekrise und einer direkten Trauma-Übertragung durch eine Suiziddrohung gegenüber dem Therapeuten, wird zudem gezeigt, welche Rolle das Erkennen der Gegenübertragung zur Lösung der erwähnten Konfliktsituationen beiträgt. Die Trauma-Übertragung zeigt deutlich, dass abgespaltene, dissoziierte innere Szenen immer wieder ins aktuelle Leben einzubrechen drohen, im Sinne eines Drangs nach Weiterentwicklung erstarrter Affekte und innerer Bilder.

Schlüsselwörter: Übertragung, Gegenübertragung, Trauma-Übertragung, Dissoziierung, Inszenierung vergangener Szenen, Drang nach Weiterentwicklung

Abstract: The meaning of transference and counter transference in daily life and in psychotherapy
The aim of the work to hand is to demonstrate how helpful the concepts of transference and counter-transference are for understanding complex relationship situations- in daily life and in psychotherapy. Transference links the past with the present and makes the influence of earlier conflicts and traumata on our daily lives, understandable. On the basis of various examples, (a conflict situation between teacher and pupil, father transference in the classroom, a marital crisis and direct trauma transference in the form of a suicide threat directed towards the therapist) shows which role the recognition of counter-transference plays in the resolution of these conflict situations. Trauma transference shows clearly that the split-off, dissociated inner scenes repeatedly threaten to break into actual life in the sense of an urge towards the further development of frozen affects and inner images.

Keywords: Transference, counter-transference, trauma transference, dissociation, production of earlier scenes, drive to further development

Die Begriffe der Übertragung und Gegenübertragung gehören heute zu den Grundlagen jeder psychodynamisch orientierten Psychologie und Psychotherapie. Es gibt kein aktuelles Erleben ohne Verbindung zur Erinnerung; vergangene Erfahrungen werden in die aktuell erlebte Gegenwart übertragen und die entsprechende Reaktion, die Gegenübertragung von davon betroffenen Beziehungspartnern, steht damit in mehr oder weniger engem Zusammenhang. Es geht also bei einer Übertragung um die Neuinszenierung von Erinnerung unter veränderten äusseren Bedingungen, um einen Vorgang, der unbewusst abläuft und sich ständig wiederholt (Barwinski, 2010). Das Wissen um diese Dynamik müssen sich vor allem diejenigen aneignen, die in pädagogischen und therapeutischen Berufen tätig sind, damit sie sich im Spannungsfeld ihres Berufsalltags besser orientieren können.

Die Übertragung ist ein ganz natürliches und für das psychische Überleben notwendiges Phänomen, denn vertraute Konfliktlösungen und Erfahrungen aus der Vergangenheit helfen, sich im Ansturm aktueller Wahrnehmungen und Anforderungen zurechtzufinden, sie dienen deshalb auch als Schutz vor Reizüberflutung. Die Übertragung ungelöster Konflikte und Traumata, von der in der Regel die Rede ist, wenn man von Übertragung spricht, hat allerdings die umgekehrte Wirkung, sie kann die Wahrnehmung der Gegenwart in negativer Weise verzerren und das aktuelle Erleben und die damit verbundenen Beziehungen in der Gegenwart beeinträchtigen oder sogar zerstören.

Aber lassen Sie mich vorerst, d. h., bevor ich noch expliziter auf das Thema meines Vortrags eingehe, von einer Episode aus dem Alltag eines Lehrers berichten, in der das Phänomen und die Bedeutung der Übertragung sichtbar gemacht werden kann:

Übertragung und Rollenumkehr: ein Beispiel aus dem Schulzimmer

Stellen Sie sich folgende Szene vor: Ein Lehrer verlässt in gehobener Stimmung das Klassenzimmer seiner Maturaklasse. Die Schüler und Schülerinnen waren während der Stunde aktiv und konzentriert. Das

Arbeitsbündnis und die Arbeitsstimmung, so dachte sich der Lehrer, hätten nicht besser sein können, man stand kurz vor der Matur, die Lektion hatte gezeigt, welches Literaturverständnis sich die Klasse angeeignet hatte. Daran konnte man in den nächsten Lektionen anknüpfen, die Arbeitsmethode schien ideal, die Schüler und Schülerinnen wirkten angeregt und zufrieden.

Als der Lehrer zwei Tage später das Zimmer der betreffenden Klasse aufsucht, freut er sich auf die Fortsetzung der Arbeit und erwartet, von der Klasse mit Aufmerksamkeit und Interesse empfangen zu werden. Seine Enttäuschung ist gross: Als er ins Zimmer eintritt, wird er nicht oder kaum zur Kenntnis genommen. Eine Gruppe von Schülern sitzt am Lehrertisch und spielt Karten, laut rufend und gestikulierend, andere sind mit Dingen beschäftigt, die ebenfalls nichts mit der aktuellen Lektion zu tun haben. Dass die Stunde schon begonnen hat, nimmt niemand zur Kenntnis: Kein Lektürebuch ist zu sehen, nichts von der aus der Sicht des Lehrers so erfreulichen Stimmung scheint zurückgeblieben. Es macht den Eindruck, als würde er gar nicht wahrgenommen und erwartet, als störe er und sei überflüssig.

Wie sollte er als Lehrer auf diese Situation reagieren? Sichtlich verärgert über die Respektlosigkeit seiner Schüler gibt er die Anweisung, man solle ihn im Lehrerzimmer abholen, wenn die Klasse zur Arbeit bereit sei. Unglücklicherweise lässt er sich in seiner Enttäuschung noch zu einer Drohung hinreissen; das bedauert er allerdings schon kurz nach Verlassen des Zimmers. Aus einer gemeinsamen positiven Erfahrung ist etwas Enttäuschendes, Ernüchterndes geworden, eine Art von Verrat, so mindestens erlebt der Lehrer das Geschehen.

Die von mir geschilderte Episode wird Sie kaum überraschen, vielleicht sind Sie als Unbeteiligte sogar amüsiert über die Unverfrorenheit der Kartenspieler: Es handelt sich um eine Gruppe von Adoleszenten, denken Sie, ihr Verhalten ist nicht aussergewöhnlich und im Schulalltag nicht selten zu beobachten. Die Fortsetzung der Arbeit bedeutet den Schülern nicht so viel wie dem Lehrer, der sich sorgfältig auf die Stunde vorbereitet hat. Auch wissen sie, dass ihr Verhalten bei diesem Lehrer keine schwerwiegenden Sanktionen zur Folge haben wird. Den Lehrer mögen sie, gegen ihn, so meinen sie später, sei die Fortsetzung ihres Spiels nicht gerichtet, ihn wollten sie nicht ärgern – und trotzdem ist bei diesem eine Botschaft angekommen, die ihn, mindestens für eine gewisse Zeit, in Missstimmung versetzt, ja sogar gekränkt hat.

Ich schlage Ihnen vor, eine Geschichte wie die eben erwähnte einmal aus einer etwas ungewohnten Perspektive zu betrachten, aus der Perspektive von Übertragung und Gegenübertragung, also aus der Sicht unseres Themas. Nehmen Sie die folgende Interpretation als eine unter vielen, sie soll im besten Fall die Wahrnehmung um eine unbewusste Dimension erweitern und eine Hilfe sein, sich in solchen Situationen so zu verhalten, dass man sich weniger ausgeliefert fühlt. Auf die erwähnte Gegenübertragung des Lehrers zu achten, ermöglicht einen direkten Zugang zur unbewussten Dynamik der hier geschilderten Situation.

Das Leben von Gymnasiasten und Gymnasiastinnen ist nicht einfach zu meistern. Es gibt kaum einen Lebensabschnitt, in dem es so schwer ist, eine mehr oder weniger stabile Identität zu finden, was sich, wie die entsprechenden Statistiken belegen, in einer gehäuften Anzahl von seelischen Krisen zeigt. Man verliert eine vertraute Welt und weiss noch nicht, wie man in einer anderen ankommen wird. Der tägliche Leistungsdruck ist gross; und den schulischen Anforderungen zu genügen, ist nicht immer einfach. Die körperlichen und seelischen Veränderungen verlangen nach einem neuen Selbstbild und wecken neue Bedürfnisse. Das Verlangen nach einer Liebesbeziehung und nach Sexualität zwingt dazu, sich zu exponieren und das Risiko von Ablehnung und Beschämung einzugehen.

Die Angst, zurückgewiesen oder gar nicht wahrgenommen zu werden, als lächerlich oder uninteressant zu gelten: Das sind Gefühle, die zum Alltag von Adoleszenten gehören und mit denen der Lehrer in seiner Gegenübertragung nun ganz direkt in Kontakt kommt, indem die Schüler ihre negativen Erfahrungen auf den Lehrer übertragen, indem sie die Rollen im Sinne einer projektiven Übertragung umkehren. Für einmal sind sie nicht Opfer, sondern Täter. Sie wollen wissen, wie der Lehrer mit der Rolle des Zurückgewiesenen, nicht Wahrgenommenen zurechtkommt. Und der Lehrer ist der manipulativen Macht der Übertragung mindestens ein Stück weit zum Opfer gefallen und hat in seiner Gegenübertragung die Rolle übernommen, die von der Szenengestaltung angelegt ist, die ihm also unbewusst zugewiesen wurde im Sinne einer affektiven Kommunikation: „Jetzt wollen wir einmal sehen, wie Sie mit schlechten Gefühlen umgehen!“

Mit der unangemessenen Drohung, die er gegen die Schüler ausgestossen hat, zeigte der Lehrer seine Verletzlichkeit, einen Mangel an Souveränität, mit den ihm aus der Situation erwachsenen unangenehmen Gefühlen von Reue und Scham zurechtzukommen. Das ist verständlich und nicht weiter schlimm, vor allem weil er sich in der darauffolgenden Stunde von seinen rachsüchtigen Bemerkungen distanzieren kann. Die Schüler erwarten von ihrem Lehrer, dass er ihnen nicht nur ein fachliches, sondern auch ein menschliches Vorbild ist, eine Person, die natürlicherweise auch verunsichert werden kann, die mit dieser Verunsicherung aber

zurechtkommt, die den Spiess nicht wieder umkehren und die Schüler mit einer unangemessenen Bestrafung zu neuen Opfern machen muss. Es ist oft nicht leicht, mit einer Gegenübertragung umzugehen, man wird durch die Übertragung affiziert und dabei besteht auch die Gefahr, dass alte Wunden berührt werden und der Blick für die aktuelle Realität verloren geht. Die Gegenübertragung ist trotz ihrer subjektiven Prägung ein unverzichtbares Instrument, das menschliche Beziehungssituationen tiefgründiger verstehen lässt, als es die bewusste Rationalität vermag.

Es ist noch nachzutragen, dass es sich in unserem Beispiel um eine Gruppenübertragung handelt, also um ein Phänomen, auf das ich nicht näher eingegangen bin. Auch müsste die Situation, die der Lehrer antrifft, noch differenzierter dargestellt werden, z. B. was das unterschiedliche Verhalten von Schülern und Schülerinnen betrifft und wie eine Gruppenübertragung zustande kommt.

Eine Vaterübertragung im Lehrerzimmer

Wenn man in der Psychologie oder in der Psychoanalyse von einer Übertragung spricht, meint man in der Regel, wie schon eingangs erwähnt, dass eine unbewusste Erinnerung und eine damit verbundene innere Szene auf eine aktuelle Beziehungssituation übertragen wird. Und wie im Beispiel angedeutet, enthält jede Übertragung eine Art von manipulativer Macht, das Gegenüber zu einer Reaktion zu verführen, die zu dieser Szene gehört. Freud hat dieses Phänomen in einen Zusammenhang mit dem Begriff des Wiederholungszwangs gebracht. Seiner Meinung nach inszenieren Übertragungen eine unbewältigte Vergangenheit und die Wiederholung des Unglücks ist gleich eingeplant, indem der Partner in verführerischer Weise zum Vertreter einer negativ besetzten inneren Figur gemacht wird. Falls ich also eine negative Vaterübertragung inszeniere, verhalte ich mich der vermeintlichen Vaterfigur gegenüber so, dass sie mich wirklich abzulehnen droht, was normalerweise gar nicht ihre Absicht gewesen wäre. Es gibt dann so etwas wie eine Wahrnehmungsidentität, es wird mir bestätigt, dass mich der von mir umworbene Vater ablehnt, auch in seiner Ersatzfigur. Falls man als Pädagoge die Inszenierung durchschaut, kann und sollte man das Angebot der unfruchtbaren Wiederholung in der Gegenübertragung ablehnen, d. h., man sollte sich in angemessener Weise dagegen wehren, als schlechter Vater wahrgenommen zu werden.

Der Umgang mit der Übertragung gehört zum Alltag einer psychodynamisch orientierten Psychotherapie, ja dieses Phänomen beansprucht eine zentrale Bedeutung in der Therapie, in der der erwähnte Teufelskreis des Wiederholungszwangs durchbrochen werden kann, indem man versteht, welche Geschichte hinter der entsprechenden Dramaturgie steht, und damit der sinnlosen Wiederholung etwas entgegensetzen kann. Man lernt dann verstehen: Es geht nicht eigentlich um ein Problem der Gegenwart, sondern um die Wiederholung einer unverarbeiteten Geschichte, die nicht selten einen traumatischen Charakter hat.

Ich bleibe mit meinem nächsten Beispiel vorläufig noch im Bereich der Schule, d. h beim erwähnten Lehrer. Er muss ja nicht nur im Klassenzimmer, sondern auch im Lehrerzimmer bestehen. Er macht dort Übertragungen auf seine Kollegen und Kolleginnen und ist umgekehrt auch Übertragungen von ihrer Seite ausgesetzt. Es gibt im Lehrerzimmer eine Welt der Realitäten und eine Welt der durch Übertragung verzerrten Wahrnehmungen, und es ist vor allem diese letztere Welt, die das Leben der Lehrer und Lehrerinnen oft unnötig schwer macht. In einer Psychotherapie mit einem Lehrer wurde mir dieses Phänomen besonders deutlich vor Augen geführt.

Der Lehrer wuchs ohne Vater auf, er wusste, dass dieser ebenfalls in der Schweiz lebte, bekam ihn aber trotz seiner wiederholten Bitten lange nicht zu sehen – nämlich erst als er vierzehn Jahre alt war. Der Besuch des Vaters hätte kaum enttäuschender ausfallen können. Er sprach fast ausschliesslich mit der Mutter meines Patienten, erkundigte sich nicht nach dem Befinden seines Sohnes und verschwand dann wieder für längere Zeit aus dessen Augen. Während späterer, eher spärlicher Treffen erlebte der junge Erwachsene weiterhin Desinteresse, Zurückweisung und das Gefühl, gar nicht wirklich wahrgenommen zu werden. Der Mann war von der Mutter des Patienten trotz seiner intensiven Werbung und ihres gemeinsamen Kindes immer abgelehnt worden, sie wollte ihn weder heiraten noch mit ihm zusammenleben. Vielleicht, so mutmasste mein Patient, war das der Grund, wieso er von seinem Vater die erwähnte Ablehnung erfuhr, im Sinne einer Verschiebung und Vergeltung. Wie auch immer – Sie können sich vorstellen, mit welchen unbewussten Erwartungen sich dieser Lehrer im Lehrerzimmer aufhielt und warum er sich dort nur zeigte, wenn es unbedingt nötig war. Die negative Übertragung war in seinem Fall so dominant, dass er positive Erfahrungen, wohlwollende Zuwendung und echtes Interesse von Seiten anderer Kollegen im Nachhinein als negative Erfahrungen wertete. Stellen Sie sich vor, man äussert einem Kollegen gegenüber seine ehrliche Wertschätzung und sein Interesse und dieser fährt verzweifelt und aufgewühlt nach Hause, weil er davon ausgeht, dass man ihn ablehne und verachte und es nicht wirklich ernst mit ihm meine.

In vielen Gesprächen gelang es uns, die negative Einschätzung des Erlebten Punkt um Punkt durchzugehen und die Verzerrung zu erkennen. Ganz erstaunt konnte der Patient am Ende einer Sitzung begreifen, dass er oft gar nicht abgelehnt, sondern im Gegenteil geschätzt und im positiven Sinne wahrgenommen worden war. Aber erst die Verknüpfung mit dem ihn belastenden Vaterbild befreite den Lehrer von seiner negativen Übertragung, die ihn so unglücklich und das Lehrerzimmer zu einem so unangenehmen Ort gemacht hatte. Es ging in diesem Fall von Wahrnehmungsverzerrung nicht um Nuancen, sondern um eine kaum möglich scheinende Umkehrung, die ein grosses Mass von Wahrnehmungsverzerrung voraussetzte und die beeindruckende Macht einer Übertragung demonstrierte (Barwinski, 2005).

Die Bedeutung der positiven Übertragung, der sogenannten Übertragungsliebe

In jeder Art von Beziehung geht es u. a. darum, negative Übertragungen und Gegenübertragungen zu erkennen und sinnvoll damit umzugehen. Und man darf nicht vergessen, wie wichtig die verschiedenen Arten von positiven Übertragungen vor allem auch im pädagogischen und therapeutischen Bereich sind. Freud hat sie in seinen frühen technischen Schriften als Motor der Behandlung bezeichnet. Wir alle erfahren täglich, wie Zuneigung, Sympathie oder sogar Bewunderung für die pädagogische und therapeutische Arbeit förderlich sein kann, wenn die positiven Gefühle einen angemessenen Rahmen nicht überschreiten, was dann der Fall sein kann, wenn hinter idealisierenden Projektionen negative innere Bilder verborgen sind. Die Übertragung verbindet die Gegenwart mit der Vergangenheit und sie kann sich auf eine Beziehungserfahrung aus irgendeinem Abschnitt des Lebens beziehen. Eine besonders intensive, oft destruktive Wirkung haben Übertragungen, die im Zusammenhang mit einem Trauma stehen; darauf werde ich noch zurückkommen.

Die wirkungsvollste positive Übertragung hat ihren Ursprung im Bereich der frühen Beziehungserfahrung. Sie ist nicht erinnerbar, und trotzdem „wissen“ wir davon, im Sinne eines „impliziten Beziehungswissens“. Der englische Psychoanalytiker Christopher Bollas (1997) nannte diese Erfahrung „das ungedachte Bekannte“ und er ging davon aus, dass das Wissen um diese Erfahrung die Grundstruktur unserer Art, Beziehungen zu gestalten und zu erleben, sei. Man könnte auch von einer Basis-Übertragung sprechen. Die im Hirn gespeicherten basalen Beziehungsstrukturen widerspiegeln oder repräsentieren die frühen Beziehungserfahrungen oder, anders gesagt, die frühen Beziehungserfahrungen schaffen eine das spätere Leben prägende innere Struktur, die sich mit dem phylogenetischen Wissen verbindet, mit der im Individuum genetisch gespeicherten „Erinnerung“ an die Erfahrungen der Vorfahren, der Eltern und Grosseltern etc. (Panksepp, 1998; Holderegger, 2002; Damasio, 2011).

Mit positiven Übertragungen umzugehen, ist in der Regel kein Problem, sie schaffen eine Aura von Vertrauen, Zuversicht, Hoffnung und Offenheit. Mit negativen Übertragungen, die sich natürlich auch auf sehr frühe Erfahrungen beziehen können, zurechtzukommen, ist oft sehr schwierig, vor allem dann, wenn man ihren Inhalt und ihre Kausalität ausschliesslich der Gegenwart zuordnet und entsprechend unangemessen reagiert, d. h. sich unreflektiert der Gegenübertragung ausliefert. Ich werde Ihnen zwei kurze Beispiele einer Trauma-Übertragung vorstellen, und ich wechsle damit von Alltagserfahrungen im pädagogischen Bereich nun ganz in das Feld der Psychotherapie, in der, wie schon erwähnt, der Umgang mit der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung eine zentrale Rolle spielt.

Die Trauma-Übertragung und ihre Bedeutung in einem Ehekonflikt

Die direkten Übertragungen wie die erwähnte Vaterübertragung sind in der Therapie einfacher zu handhaben als die projektiven, weil die Rollenverteilung weniger verwirrend ist. Ich bleibe als Übertragender der, der ich bin, wenn auch in einer früheren Gestalt. Das Gegenüber ist ein anderer, wenn auch verzerrt, d. h. als Vertreter einer inneren Figur wahrgenommen. Die projektive Übertragung ist oft nur schwer zu verstehen, weil eine Diffusion der Identitäten, eine Art von Rollentausch stattfindet, sie ist aber vor allem im Umgang mit einem Trauma äusserst wichtig, weil der Kern der traumatischen Erfahrung psychisch nicht verarbeitet ist und deshalb nur in projektiven Übertragungen dargestellt werden kann, z. B. indem der Therapeut oder der Beziehungspartner zum traumatisierten Kind gemacht wird, während der Übertragende – natürlich unbewusst – in die Rolle des Täters schlüpft. Ich habe in meinem ersten Beispiel schon eine solche Übertragung angesprochen, allerdings eine harmlose, auf die gegenwärtige Person bezogene, nicht auf eine vergangene, traumatisierte. Ich berichte im Zusammenhang mit meinem nächsten Beispiel, das aus der klinischen Arbeit stammt, also von einer projektiven Trauma-Übertragung, einer traumatisierenden Übertragung. In der Trauma-Übertragung wird das Gegenüber, um es nochmals zu betonen, mindestens ansatzweise ganz direkt mit dem Trauma des Übertragenden konfrontiert, deshalb der Begriff „traumatisierende Übertragung“ (Holderegger, 2003, 2012). Das Gegenüber

soll in der Gegenübertragung mit dem Trauma zurechtkommen, soll die ersten Schritte zur Verarbeitung machen, die dem Patienten nicht möglich sind. – Jetzt also das Beispiel.

Ein ca. 40-jähriger Mann kommt in Therapie, weil sein Leben durcheinandergeraten ist. Er ist verheiratet und lebt zusammen mit seiner Frau und einer 15-jährigen Tochter. Er hat sich in eine andere Frau verliebt, sich in eine Affäre mit ihr verstrickt und befürchtet nun, dass er seine Familie verliert und diese zugrunde richtet. Mit seiner Ehefrau verrennt er sich in tägliche Konflikte, er fühlt sich von ihr missverstanden und verletzt, ein intimes Leben ist kaum mehr denkbar. Mit der neuen Frau erlebt er paradiesische Stunden, noch nie hat er sich so gehen lassen können, noch nie hat er diese Dimension von Nähe und Geborgenheit erlebt. Er ist glücklich und verzweifelt, er will seine Familie, aber auch seine Geliebte nicht verlieren.

Es lässt sich auf der Gegenwartsebene alles verständlich erklären: So, wie er seine Frau schildert, versteht man seine Verärgerung, seinen Überdruss. Wenn er begeistert von seiner einfühlsamen Geliebten erzählt, möchte man ihn ermuntern, den Schritt aus seiner als Sackgasse erlebten Lebenssituation zu wagen und ein neues Leben zu beginnen. Doch welche Zweifel haben ihn in die Therapie gebracht und welche Rolle spielen in dieser Situation verborgene Übertragungen und Gegenübertragungen?

Als vierjähriger Junge wurde er während mehrerer Monate von seinen Eltern, die eine Weltreise unternahmen, getrennt. Er lebte während jener Zeit bei Verwandten. Die Eltern fanden ihn nach ihrer Rückkehr als verändertes Kind vor, als schwierig, verschlossen und widerspenstig. Sie waren aber nie in der Lage, diese Veränderungen als Mitteilung an sie zu verstehen, vielleicht als Protest und als Hinweis darauf, dass etwas in ihm zerbrochen war. – Es gab im Leben dieses Mannes noch eine zweite gravierende Trennungsgeschichte. Als Adoleszenter, also etwa im aktuellen Alter seiner Tochter, erkrankte seine Mutter schwer und starb nach einer längeren Leidenszeit. Beide Geschichten waren, wie erwähnt, vom Thema Trennung geprägt und sie tauchten interessanterweise schon kurz nach Beginn der Behandlung auf. Ihre Fakten waren noch präsent, doch Gefühle des Verlassen- und Verlorenseins oder der Angst waren damit keine verknüpft. Sie hatten nie Eingang in einen psychischen Verarbeitungsprozess gefunden und blieben, darauf deutete seine aktuelle Lebenssituation hin, nach wie vor eine latente Bedrohung. Ein drittes Trennungsthema betraf seine adoleszente Tochter und ihr Bedürfnis, mehr Autonomie und Freiheit zu gewinnen, z. B. bei ihrem Freund zu übernachten und sich allmählich von ihren Eltern abzulösen.

„Können Sie sich vorstellen“, fragte ich ihn, „dass die beginnende Ablösung der Tochter und die erwähnten Trennungsgeschichten an der Regie des aktuellen Ehekonflikts beteiligt sind? Dass unerledigte Geschichten im Sinne eines Wiederholungszwangs immer wieder nach einer Neuinszenierung im aktuellen Leben drängen? Wäre es denkbar, dass die neue Lebenssituation mit Ihrer Tochter die von Ihnen erwähnten Trennungsgeschichten berührt und Sie befürchten, erneut in eine bedrohliche Situation des Verlassenen gedrängt zu werden?“ Ich wage diese Frage zu stellen, nachdem der Patient von einer halbvertrockneten, absterbenden jungen Pflanze geträumt hat, von einer Pflanze, die einem heftigen Sturm ausgesetzt ist und die er aus eigener Initiative in einen Zusammenhang mit dem von den Eltern verlassenen Kind bringt.

Wenn der Mann die Familie verlässt, gerät seine Frau in die gefürchtete Situation, sie ist dann die Verlassene, Entwertete und Betrogene. Mit anderen Worten: Die Abwehr der drohenden Wiederkehr traumatischer Gefühle gelänge mit Hilfe einer projektiven Übertragung, seine Frau bekommt die Rolle des in ihm abgespaltenen verlassenen Kindes, sie soll mit den unerträglichen Gefühlen zurechtkommen. Wobei sie auch noch zum Opfer einer anderen Übertragung wird, er erlebt mit ihr die gleichen unlösbaren Konflikte, wie er sie mit seiner Mutter ausgetragen hat, er kann auch von ihr nicht verstanden werden. Die prätraumatische frühe Mutter, also die Mutter, die ihn noch nicht verlassen hat, findet er in seiner neuen Geliebten, mit der er, mindestens auf Zeit, eine noch ungetrübte frühe Geborgenheit und Verschmelzung erleben kann.

Die Lebenssituation seiner Tochter hat – wenn wir noch in diesem spekulativen Gedankengebäude verweilen wollen – möglicherweise als Trigger oder Auslöserin gewirkt, sie hat die bedrohliche Krankengeschichte der Mutter in seinem Unbewussten aktiviert und an die damit verbundene Hemmung erinnert, den Weg eines Adoleszenten zu gehen und von zu Hause aufzubrechen. Diesen verpassten Aufbruch versucht er nun nachzuholen, indem er seine Frau verlassen und sich in die adoleszente Rolle eines frisch Verliebten stürzen will.

Die Rollenumkehr, von der vorhin im Zusammenhang mit seiner betrogenen Frau die Rede war, gehört zu den wichtigsten Manövern der Trauma-Abwehr; die Neuinszenierung unverarbeiteter Geschichten, wie wir sie in unserem Beispiel zu erkennen glauben, verspricht neue Lebensmöglichkeiten und die Überwindung alter Brüche in der seelischen Entwicklung. Voraussetzung zur Integration der erwähnten Traumatisierungen wäre statt der projektiven, traumatisierenden Übertragung auf seine Frau, also statt einer unreflektierten Wiederholung

allerdings eher die Verarbeitung der panisch gefürchteten Gefühle des Verlassen- und Verlorenseins, die mit Hilfe einer therapeutischen Unterstützung für den erwachsen Gewordenen besser zu ertragen sind als damals für das Kind und den Jugendlichen.

Die traumatisierende Übertragung innerhalb der therapeutischen Beziehung

Im eben erwähnten Beispiel erfuhr der Therapeut von einer Trauma-Übertragung im Umfeld seines Patienten, er selber war davon nicht direkt betroffen. Im folgenden und letzten Beispiel, das ich in sehr verkürzter Form darstelle, geht es um eine Trauma-Übertragung, die den Therapeuten ganz direkt betrifft und damit die Behandlungssituation auf eine Belastungsprobe stellt.

Ein Patient ruft seinen Therapeuten an und sagt am Telefon, dass er auf dem Balkon seiner Wohnung stehe und sich im nächsten Moment hinunterstürzen werde. Er sei in einem nicht mehr zu ertragenden Zustand von Verzweiflung und Angst, dem er nur noch durch einen Sprung in die Tiefe entkommen könne. Es ist leicht, sich vorzustellen, welche Gefühle und Gedanken diese Worte im Therapeuten auslösen, in welche Art von Gegenübertragung er unvermittelt hineingerät, welche Angst, welche Sorge, ja vielleicht welches Schuldgefühl ihn zu überschwemmen drohen und wie wenig Zeit ihm bleibt, die drohende Katastrophe, die der Patient glaubhaft ankündigt, zu verhindern.

Dem Therapeuten gelingt es, den Patienten von seinem Vorhaben abzubringen, und es wird möglich, diesen kurze Zeit später in seiner Praxis zu empfangen. Die beiden besprechen das Geschehene und beruhigen sich allmählich, nachdem sie über die Hintergründe der bedrohlichen Situation haben sprechen können. Ein Telefongespräch mit seiner ehemaligen Partnerin, die sich bei ihm über ihr schlechtes Befinden beklagte, hatte im Patienten die Vorstellung erweckt, er sei für ihre aktuelle Lebenskrise verantwortlich, obwohl ja nicht er die Trennung, die schon Monate zurücklag, vollzogen hatte. Er hatte sich als Kind für die Depressionen seiner Mutter verantwortlich gefühlt und erlebte jetzt ganz offensichtlich die Wiederkehr eines alten Schuldgefühls, und zwar in einer solchen Heftigkeit, dass er von der erwähnten Verzweiflung und Angst überwältigt wurde.

Diese Verknüpfung konnte der Patient selber herstellen, da wir über dieses Thema schon mehrfach gesprochen hatten. Die emotionale Erschütterung des Therapeuten wies aber noch auf eine andere, verborgenere Bedeutung des ganzen Handlungsdialoges hin – auf eine unbewusste Übertragungsdynamik, die die eigentliche Traumatisierung des Patienten ganz direkt zum Ausdruck bringen sollte. Der Junge war über Monate und Jahre einer permanenten Suiziddrohung seiner Mutter ausgesetzt und es ist kaum nachvollziehbar, mit welcher Beklemmung er nach der Schule jeweils nach Hause kam, voller Angst, seine Mutter tot in ihrem oder sogar seinem Bett zu finden. Der Bedrohung, der sich der Therapeut durch den Hilferuf des Patienten ausgesetzt fühlte, lag also wahrscheinlich das unbewusste Motiv zugrunde, ihn in eine Situation zu versetzen, die den Patienten als Kind überfordert hatte. Der Therapeut sollte ganz direkt erleben oder mindestens eine Ahnung davon bekommen, wie sich der Junge damals gefühlt hatte. „Sie hätten“, sagte der Therapeut zum Patienten, „in keiner anderen Form besser mitteilen können, was es für Sie als Junge bedeutete, während Monaten täglich mit der quälenden Angst nach Hause zu kommen, dass ihre suizidale Mutter tot in ihrem Bett liege.“ Er weist damit auf die Mitteilungsfunktion der traumatisierenden Übertragung hin. In einer projektiven Übertragung (Holderegger, 2012) hatte der Patient seinen Therapeuten – natürlich unbewusst – in die Situation des verängstigten Jungen versetzt und ihn mit dessen unerträglichen Ängsten vor dem Suizid der Mutter konfrontiert.

Erst das Verstehen der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik löste die Spannung zwischen den beiden an diesem dramatischen Handlungsdialog Beteiligten auf und machte auch verständlich, dass die ersten Schritte zur Trauma-Verarbeitung im Erkennen und Verstehen der Gegenübertragung stattfinden, da das primäre Überleben der traumatischen Erschütterung nur durch eine projektive Übertragung, durch eine Rollenumkehr möglich ist.

Dass es sehr schwierig sein kann, mit einer solchen Art von Übertragung, d. h. mit einer traumatisierenden Übertragung zurechtzukommen, zeigt dieses letzte Beispiel eindrücklich. Es wird auch deutlich, wie wichtig es ist, mit Gegenübertragungen, vor allem mit negativen Gegenübertragungen zurechtzukommen. Das Engagement des Therapeuten, das Verstehen der Botschaft und der verbale Umgang mit den traumatisierenden Gefühlen sind wichtige Voraussetzungen für den Patienten, das als Kind erlebte Geschehen aus der Isolierung zu befreien und allmählich in den Fluss der seelischen Entwicklung zu integrieren.

Die Gegenübertragung als Instrument und die Bedeutung der Zeitstruktur

Mit der Gegenübertragung verfügen wir über ein sehr feines Instrument, das die Orientierung in komplexen Beziehungssituationen erleichtert. Es lohnt sich, das Erkennen und Bewusstmachen der Gegenübertragung in der Einzel- oder Gruppensupervision zu trainieren. Denn wenn wir auf unsere Gegenübertragungsgefühle achten,

wird uns oft klarer, welcher Art von Übertragung wir ausgesetzt sind und zu welchem Rollenspiel wir verführt zu werden drohen. Wenn wir uns in der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung besonders bedroht fühlen, können wir uns z. B. fragen, ob wir nicht der Manipulation durch eine projektive, traumatisierende Übertragung ausgesetzt sind.

Seelische Entwicklung spielt sich auf einer Zeitachse ab. Erfahrungen werden ständig durch neue modifiziert; das Neue, das hinzukommt, erweitert in der Regel die seelische Integration, die Wahrnehmung und die Form der Adaption an die Umwelt. Traumatisches Erleben überfordert die Fähigkeit zur Integration und wird deshalb abgewehrt durch Dissoziation, durch Abspaltung und Trennung vom Gefühlsleben. Diese Isolierung hat den Vorteil, dass die Wirkung des Traumas eingegrenzt wird und ein Teil der seelischen Entwicklung weiterhin stattfinden kann. Wenn ein Kind z. B. ein Familienmitglied verliert, ermöglicht die Dissoziierung dieses Traumas das seelische Überleben. Der Nachteil dieser archaischen Form von Trauma-Verarbeitung besteht darin, dass das traumatische Erleben keine Veränderung oder Korrektur erfahren kann, weil es aus dem Fluss der Zeit und der Entwicklung verbannt ist. Die Modifizierung durch neue Erfahrungen wird ausgeschlossen, es findet im dissoziierten Bereich der Psyche keine Entwicklung statt. Die kindliche Interpretation des vorhin erwähnten Todesfalles, z. B. die Phantasie, Schuld an diesem Tod zu haben, kann durch spätere, reifere Interpretationsmöglichkeiten also nicht korrigiert werden.

Diese Überlegungen machen deutlich, warum alte, abgespaltene Traumata immer wieder ins aktuelle Leben einbrechen – u. a. vielleicht im Sinne eines Drangs nach Weiterentwicklung erstarrter Bilder und Affekte. Sie weisen aber auch auf die Zeitlosigkeit des Traumas hin und darauf, mit welch alten, unveränderten Erfahrungswelten wir in der Trauma-Übertragung konfrontiert werden. Wir können diese Übertragungen nur verstehen, wenn wir die Zeitstruktur wieder herzustellen versuchen, das eröffnet auch die Chance, die verpasste Entwicklung nachzuholen.

Autor

Dr. phil. Hans Holderegger ist Psychoanalytiker und Supervisor in freier Praxis in Zürich, Dozent am Freud-Institut in Zürich und am Schweizer Institut für Psychotraumatologie (SIPT), zahlreiche Veröffentlichungen zu den Themen Trauma, Traumatherapie und Adoleszenz

Korrespondenz

E-Mail: admin@hans-holderegger.ch

Literatur

Barwinski, R. (2005). Traumabearbeitung in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen. Kröning: Asanger.

Barwinski, R. (2010). Die erinnerte Wirklichkeit. Kröning: Asanger.

Bollas, C. (1997). Der Schatten des Objekts. Stuttgart: Klett-Cotta.

Damasio, A. (2011). Selbst ist der Mensch: Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins. München: Siedler.

Holderegger, H. (2002). Das Glück des verlorenen Kindes: primäre Lebensorganisation und die Flüchtigkeit des Ich-Bewußtseins. Stuttgart: Klett-Cotta.

Holderegger, H. (2003). Der Umgang mit dem Trauma, 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Holderegger, H. (2012). Trauma und Übertragung. Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 66, 1102–1117.

Panksepp, J. (1998). Affective neuroscience: the foundation of human and animal emotions. Oxford: Oxford University Press.

Psychotherapie-Wissenschaft (2014) 1 : 35-42

Article inédit (thème principal) - Synthèse

Hans Holderegger

La signification du transfert et contre-transfert au quotidien et en psychothérapie

Le concept de transfert et contretransfert est l'une des bases de toute psychothérapie à orientation psychodynamique. Le transfert constitue une nouvelle mise en scène d'un souvenir inconscient dans la vie actuelle. On peut dire du contretransfert qu'il est une réaction émotionnelle spontanée de partenaires dans la relation, mais il est également un instrument d'orientation important. Dans le présent article nous mettons en évidence, sur la base de quatre exemples, à quel point il peut être important de saisir la dynamique liant transfert et contretransfert ; cela permet de comprendre le contexte inconscient de situations conflictuelles dans le quotidien et dans le cadre de la thérapie.

Il s'agit dans le premier exemple du conflit opposant un enseignant et sa classe, d'une mise en question de l'alliance de travail que l'enseignant avait de la peine à comprendre. Son ressenti désagréable au niveau du contretransfert permet d'interpréter la situation et montre clairement quelles sont les attentes de la classe à son égard.

Dans le deuxième exemple, nous mettons en évidence l'effet que peut avoir un transfert négatif du père, ainsi que la manière dont la perception d'un enseignant envers ses collègues peut se déformer. Le travail thérapeutique a permis de résoudre les projections négatives de cette personne sur ses collègues.

Dans le troisième exemple, nous décrivons le travail avec un patient qui était impliqué dans une affaire extraconjugale. L'observation du présent est complétée d'une analyse du transfert et contretransfert, permettant au patient de devenir conscient du fait que ce n'est pas seulement l'attractivité de l'amante qui l'attire, mais également son transfert au sein de son mariage d'expériences passées de séparation. Au lieu de continuer à refouler son sentiment de peur et de désespoir, il transférait sur son épouse la séparation douloureuse qui l'avait traumatisé dans son enfance. Dans ce cas, on peut parler de transfert projectif « traumatisant ».

Et enfin, le dernier exemple est en rapport avec des menaces dramatiques de suicide. Le patient téléphone à son thérapeute et lui annonce que dans les minutes qui suivent, il va sauter de son balcon pour mettre fin à son désespoir. Le thérapeute réussit à obtenir que le patient vienne à son cabinet ; ce dernier finit alors par comprendre quelle est la signification inconsciente de l'épisode qu'il a mis en scène. La mère du patient avait menacé pendant des années de se suicider. Dans le cadre d'un transfert projectif, celui-ci communiquait son ressenti dans cette situation de danger constant. Le contretransfert a servi de clé pour comprendre un dialogue qui, pour les deux interlocuteurs, avait des aspects extrêmement dramatiques.

La construction psychique se déroule toujours sur un axe temporel. Des expériences sont constamment modifiées par de nouvelles expériences : en règle générale, ces dernières élargissent l'intégration psychique, la perception et la manière dont l'individu s'adapte à son environnement. Un vécu traumatique empêche l'intégration et c'est pourquoi des mécanismes de défense sont mis en œuvre : dissociation, refoulement et refus des émotions. Ces mécanismes ont pour avantage que les effets du traumatisme sont limités, alors qu'une partie du développement psychique peut se poursuivre. Par exemple, lorsqu'un enfant perd un proche, la dissociation va lui permettre de survivre à ce traumatisme. L'inconvénient de cette forme archaïque de gestion du traumatisme est que ce dernier ne peut plus évoluer ou être corrigé puisqu'il a été exclu du cours du temps et du développement. Il ne peut plus être modifié sur la base de nouvelles expériences ; la partie de la psyché qui a été dissociée ne peut plus évoluer. L'interprétation que fait l'enfant du décès en question – il imagine par exemple que c'est de sa faute – ne pourra donc plus être corrigée par le biais de perceptions plus matures.

On comprend alors pourquoi d'anciens traumatismes qui ont été dissociés réapparaissent périodiquement – entre autres, peut-être en tant qu'impulsions vers l'évolution d'images et d'affects demeurés statiques. Mais il s'agit également de la dimension intemporelle du traumatisme et de la manière dont nous sommes confrontés au niveau du transfert à d'anciens vécus qui se sont figés. Nous ne pouvons comprendre ces transferts que si nous tentons de recréer une structure temporelle : cela fournit une chance de rattraper des évolutions manquées.

Bericht

Peter Schulthess

21. Weltkongress der IFP 9.-11. Mai 2014, Shanghai

Die IFP (International Federation for Psychotherapy) ist 1934 durch Vorsitzende verschiedener nationaler Psychotherapieverbände aus Dänemark, Deutschland, Holland, Schweden und der Schweiz gegründet worden.
Aktiver Initiant und erster Präsident war Carl Gustav Jung.

Die IFP versteht sich als weltweite Dachorganisation für Psychotherapie. Sie ist offen für Verbände, Institutionen und Einzelmitglieder. Sie setzt sich ein für hohe berufliche Standards der Psychotherapie und Ethik in Praxis, Forschung und Ausbildung. Sie fördert einen weltweiten interkulturellen und interdisziplinären Austausch und gegenseitiges Lernen unter Psychotherapeuten, Forschern unterschiedlicher Therapierichtungen und Traditionen und ist wissenschaftsorientiert.
Mittlerweile gehören ihr 30 Verbände aus verschiedenen Ländern an, unter ihnen die Schweizer Charta für Psychotherapie mit all ihren Mitgliedsorganisationen und deren Einzelmitglieder.
Weitere Informationen zur IFP sind unter www.ifp.name einsehbar.

Alle 4 Jahre wird ein Weltkongress ausgetragen. Dieses Jahr fand er am 9.-11. Mai in Shanghai statt zum Thema „Psychotherapy Contributing to Global Health“. Es waren ca. 1200 Teilnehmende da. 200 ReferentInnen aus 29 Ländern präsentierten ihre Beiträge in Vorträgen, Workshops oder Posters. Neben den Plenarveranstaltungen konnten in 11 Räumlichkeiten im Kongresszentrum des Everbright International Hotel Parallelveranstaltungen stattfinden. So wurde ein guter und intensiver Austausch über kulturelle Grenzen hinweg ermöglicht.

Natürlich waren zahlreiche Beiträge für das chinesische Publikum gedacht, denn etwa die Hälfte der Teilnehmenden stammte aus diesem Land. In China herrscht ein grosses Interesse an Psychotherapie westlichen Ursprungs seit das Land sich geöffnet hat.

In seinem Eröffnungsvortrag erwähnte der Präsident der IFP, Franz Caspar, Bern, dass es seit 2013 ein Mental Health Gesetz gibt, in welchem die Psychotherapie geregelt wird. Allerdings hat dieses Gesetz nicht nur stärkende Wirkung für die Psychotherapie, sondern auch einschränkende. Es gibt noch viele Hindernisse zu überwinden, bis die Psychotherapie auch als freier Beruf ausgeübt werden kann. So ist die Psychotherapie noch kein freier Beruf, sondern zur Behandlung von psychischen Krankheiten den Ärzten vorbehalten, bzw. unter deren Verantwortung auch durch Psychologen möglich. Psychotherapieausbildungsplätze an Kliniken für Psychologen gibt es kaum, während die Ärzte kaum über eine Ausbildung verfügen und zu wenig Zeit haben, psychotherapeutisch tätig zu sein. So sollten am Rande des Kongresses auch Gespräche mit anwesenden internationalen Experten, chinesischen Fachexperten und Vertretern der Politik geführt werden, um diese Probleme zu erörtern und nach Lösungen zu suchen, um den Mangel an Psychotherapeuten zu beseitigen.
Der Bereich des Mental Health habe sich von einem medizinischen Ansatz zu einem sozialen weiterentwickelt und habe weltweit, insb. auch in China, an Bedeutung gewonnen. Es stellten sich die Fragen, welche Rolle die Verwaltung, die Politik in der Regulierung der Psychotherapie einnehmen solle und welche Rolle die Fachvertreter. Wissenschaftlich stelle sich die Frage, ob nur evidenzbasierte Therapieansätze verwendet werden dürfen oder auch andere, und ob das Konzept der evidence based Medizin nicht vielleicht überdacht und revidiert werden müsse im Lichte der modernen Psychotherapieforschung.
Der Kongress gab einen guten Rahmen auch für solche Fragestellungen.

Interessant war, wie manche international bekannte Persönlichkeiten, wie Norman Sartorius, Genf, oder Jacques Barber, Pennsylvania, sich nach wie vor zum RCT (Randomized Controlled Trial) Standard bekannten, der auch in der Psychotherapieforschung eingehalten werden müsse, während Franz Caspar, Bern, dies in seinem Plenarvortrag relativierte und meinte, es gäbe wohl für die Psychotherapie-Praxisforschung heute adäquatere Designs und die Psychotherapiewissenschaftler sollten sich denen nicht verschliessen, sondern ihre Kreativität zur Entwicklung neuer Forschungsansätze nutzen.
Immerhin präsentierte Barber in seinem Vortag eine Metastudie zum Vergleich von Kognitiver Verhaltenstherapie mit Dynamischer Psychotherapie und entlarvte die These, dass Verhaltenstherapie der Dynamischen Psychotherapie überlegen sei, als Mythos.

Einen interessanten Plenarvortrag hielt Xiao Zeping, China, zum Thema Gemeinsame Werte der Psychotherapie in unterschiedlichen Ländern der Welt. Er verglich die Werte und Haltungen der westlichen Psychotherapie mit

den traditionellen Haltungen in China, basierend auf Daoismus, Buddhismus, Konfuzianismus und ganzheitlichem Denken.

Als Gestalttherapie-Ausbildner in China präsentierte auch der Berichtende gemeinsam mit chinesischen ProfessorInnen der Universitäten Nanjing, Fuzhou und einer Klinik in Wuhan die Gestalttherapie als ein Verfahren, welches westliche und östliche Wurzeln hat und aufgrund der nunmehr 6 jährigen Ausbildungserfahrungen des IGW (Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg) mit den Kooperationspartnern der beiden genannten Universitäten gut zur chinesischen Kultur passt und hilfreich ist. Natürlich präsentierte der Berichtende auch Resultate der PAP-S (Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz) und fand bei den anwesenden Wissenschaftlern grosses Interesse und Lob für das Design. Die PAP-S kann inspirierende Wirkung auf die vergleichende Psychotherapieforschung auch in China haben.

Wer interessiert ist an schulenvergleichender Psychotherapie, Forschung, Praxisberichten und kulturellem Austausch, der konnte an diesem Kongress viel lernen und bereichert nach Hause zurückkehren.

Autor

Peter Schulthess ist Präsident der Schweizer Charta für Psychotherapie und Council Member der IFP. Er lehrt Gestalttherapie in verschiedenen Ländern und Kulturen und wirkt auch in China als Ausbilder für das IGW.

Rapport

Peter Schulthess

21e congrès mondial de l'IFP, 9-11 mai 2014, Shanghai

L'IFP (International Federation for Psychotherapy) a été fondée en 1934 par les présidents de différents groupements nationaux : Danemark, Allemagne, Pays-Bas, Suède et Suisse. Carl Gustav Jung, qui en fut le premier président, a joué un rôle actif.

L'IFP se définit en tant qu'organisation mondiale militant pour la psychothérapie. Elle est ouverte aux groupements, aux institutions et à des membres individuels. Elle s'engage pour que soient respectés des standards professionnels de haut niveau, concernant la psychothérapie et l'éthique, la recherche et la formation. Elle encourage des échanges interculturels et interdisciplinaires globaux, qui doivent permettre aux psychothérapeutes, ainsi qu'aux chercheurs associés à différents courants et différentes traditions d'apprendre les uns des autres ; elle se réfère à une approche scientifique.
Aujourd'hui, 30 groupements situés dans différents pays y sont affiliés, dont la Charte suisse pour la psychothérapie et ses membres collectifs et individuels.
Pour plus d'informations sur l'IFP, voir www.ifp.name.

Un congrès mondial est organisé tous les quatre ans. Il a eu lieu cette année du 9 au 11 mai, à Shanghai ; thème : « Psychotherapy Contributing to Global Health ». Environ 1200 personnes y ont participé, avec 200 contributeurs venus de 29 pays présentant soit des exposés, soit des ateliers, soit des posters. L'Everbright International Hotel a offert, en plus de la salle destinée aux réunions plénières, onze plus petites salles. Cela a permis d'excellents échanges animés au delà des frontières culturelles.

Bien sûr, de nombreuses contributions visaient un public chinois puisqu'environ la moitié des participants étaient originaires de ce pays. Depuis que ce dernier s'est ouvert, on s'y intéresse beaucoup à la psychothérapie du type pratiqué dans le monde occidental.

Le président de l'IFP, Franz Caspar (Berne) a mentionné dans son allocution de bienvenue le fait qu'il existe depuis 2013 une loi sur la santé mentale règlementant la psychothérapie. Cette loi ne renforce pas seulement la psychothérapie, elle lui pose également des limites. De nombreux obstacles devront être surmontés avant que la psychothérapie puisse être pratiquée comme une profession libérale. Ce n'est en effet pas encore le cas puisque le traitement de troubles psychiques est réservé aux médecins, même si ces derniers peuvent faire appel à des psychologues tout en continuant à en assumer la responsabilité. Il n'existe en outre que très peu de places de stage pour les psychologues dans les cliniques, alors que les médecins ne sont pas formés et n'ont pas le temps de pratiquer la psychothérapie. En marge du congrès, des entretiens entre des experts internationaux, des spécialistes chinois et des représentants des milieux politiques ont eu lieu, dans lesquels il s'est agi de mieux cerner les problèmes et de rechercher des solutions permettant de combler le manque de psychothérapeutes.
Le domaine de la Mental Health – qui à l'origine était avant tout médical – a évolué pour inclure des aspects sociétaux ; il a gagné en importance, en Chine en particulier. Des questions se posent en rapport avec le rôle que doivent jouer les administrations et les politiciens par rapport à la règlementation de la psychothérapie ; il faut aussi prendre en compte le rôle des spécialistes. D'un point de vue scientifique, la question se pose de savoir si uniquement les approches thérapeutiques fondées sur l'évidence peuvent être utilisées ; ou ne faut-il pas plutôt réviser le concept de la médecine fondée sur l'évidence, compte tenu des résultats acquis par la recherche en psychothérapie ? Le congrès a fourni un excellent cadre pour mener une réflexion sur ces questions.

Nous avons appris avec intérêt que des chercheurs connus sur le plan international – tel Norman Sartorius (Genève) ou Jacques Barber (Pennsylvanie) – continuent à se référer au standard RCT (Randomized Controlled Trial), disant qu'il doit également s'appliquer à la recherche en psychothérapie. Franz Caspar (Berne) a relativisé ce point de vue dans sa contribution, disant qu'en ce qui concerne la recherche sur la pratique de la psychothérapie, il existe aujourd'hui des protocoles plus adéquats et que les chercheurs ne doivent pas les rejeter, mais plutôt développer de nouvelles approches de la recherche en mettant en œuvre leur créativité.
Il reste que, dans sa contribution, Barber a présenté une étude méta dans laquelle une comparaison a été menée entre la thérapie cognitive du comportement et la psychothérapie dynamique. Selon lui, la thérapie comportementale n'est pas meilleure que la psychothérapie.

Xiao Zeping (Chine) a présenté une contribution intéressante sur le thème des valeurs communes aux psychothérapeutes de différents pays. Il a comparé les valeurs et attitudes caractérisant la psychothérapie

occidentale et celles caractérisant traditionnellement la psychothérapie en Chine ; cette dernière se fonde sur le taoïsme, le bouddhisme, le confucianisme et la pensée holistique. Le soussigné forme également des thérapeutes gestalt en Chine ; avec des professeurs aux universités de Nanjing, Fuzhou des collaborateurs d'une clinique à Wuhan, il a présenté la thérapie gestalt comme une approche dont les racines sont à la fois occidentales et orientales. L'IGW (Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg) offre depuis six ans des formations en collaboration avec des partenaires travaillant dans les universités mentionnées plus haut ; ses représentants pensent que cette approche va bien avec la culture chinoise et leur expérience leur a montré qu'elle peut être utile dans ce contexte.

Bien sûr, le soussigné a également présenté les résultats de la PAP-S (étude de la pratique ambulatoire de la psychothérapie en Suisse) ; son rapport a suscité un grand intérêt chez les scientifiques présents, qui ont également considéré son design comme excellent. La PAP-S pourrait inspirer des recherches de type comparatif en Chine également.

Le congrès a permis à tous ceux qui s'intéressent à la comparaison des courants de psychothérapie, à la recherche, aux rapports concernant la pratique et aux échanges culturels de beaucoup apprendre et de rentrer chez eux plus riches.

Auteur

Peter Schulthess est président de la Charte suisse pour la psychothérapie et Council Member de l'IFP. Il enseigne la thérapie gestalt dans différents pays et différentes cultures, y compris la Chine où il est formateur pour l'IGW.

Rezension

Rosmarie Barwinski

Naema Gabriel: Sinus
2013 Basel, Verlag AAP

Die Autorin und Illustratorin Naema Gabriel beschreibt sehr berührend und auf eindrückliche Weise den Loslösungsprozess einer Jugendlichen, die mit ihrer älteren Schwester bei einer manisch-depressiven Mutter aufwächst.

„Sinus“ bewegt nicht nur durch die Sprache – Naema Gabriel erzählt aus der Perspektive einer Jugendlichen –, sondern auch durch die 25 Bleistift-Illustrationen, die den geschilderten anekdotischen Episoden in ihrer emotionalen Aussage eine besondere Verstärkung verleihen. Zum Teil noch deutlicher als der Text machen sie das innere Chaos, die Verwirrung und die Verzweiflung der Jugendlichen im wörtlichen Sinne verstanden sichtbar.

Das Auf und Ab der Krankheit der Mutter, symbolisiert in der Sinuskurve, spiegelt sich in den geschilderten Gefühlsschwankungen der Protagonistin – immer begleitet von der Angst, selbst manisch-depressiv zu sein. Die Autorin wählt als Metapher für den Weg zur Selbständigkeit Autofahren zu lernen. Dieses Bild bietet sich an, da die Mutter ihre beiden Töchter in der Kindheit immer wieder auf Autofahrten mitnahm, die bisweilen zu lebensgefährlichen Situationen führten. Selbst zu steuern wird zur Möglichkeit der Kontrolle, die jedoch die Protagonistin überfordert. Sie hat einen Unfall – ihr Auto wird mit Totalschaden auf eine Schutthalde abgeschleppt.

Die Möglichkeit, in einer anderen Stadt Kunst zu studieren, löst bei der Protagonistin einen nicht auf biologische Ursachen zurückzuführenden Schwindel aus. Sie verliert den Boden unter den Füssen. Dennoch schafft sie den Umzug und unterbricht den Kontakt mit ihrer Mutter für ein Jahr. Auch die Suiziddrohungen der Mutter erreichen nicht, dass sie die ein Stück weit gewonnene Autonomie wieder aufgibt.

Ein weiterer Lösungsversuch in Form der ersten grossen Liebe und der Trennung mündet für die Protagonistin in einer Katastrophe. Ihr Freund nimmt sich das Leben. Kindliche Ängste und Schuldgefühle scheinen durch die Realität bestätigt zu sein. Sie verliert ihren mühsam erarbeiteten Halt, wird suizidal und erreicht den aus der Sicht ihrer Familie gefürchteten Tiefpunkt: Sie lässt sich in die Psychiatrie einweisen – in Abgrenzung zur Haltung ihrer Tanten, die von den Forderungen der Anti-Psychiatrie-Bewegung überzeugt sind.

Diese scheinbare Kapitulation muss als Zeichen einer wirklichen Autonomie gedeutet werden. Die Protagonistin ist in ihrer Identität soweit gefestigt, dass sie sich nicht nur von der Meinung ihrer Tanten, sondern auch von ihrer psychisch kranken Mutter abgrenzen und ein neues Leben aufbauen kann.

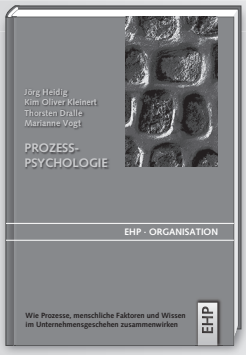
Die letztgeschilderte Episode wirkt für den Leser etwas überrumpelnd – fast zu schnell, aber passend zur geschilderten Achterbahnfahrt von Höhen und Tiefen der Gefühle der Protagonistin. Sie spricht mit ihrem Mann am Telefon, der das gemeinsame Kind im Arm hält.

Das Buch wendet sich an Erwachsene und Jugendliche und scheint mir für Psychotherapeuten sehr geeignet, weil es auf sehr subtile, emotionale Weise die Schwierigkeiten von Kindern beschreibt, illustriert und visualisiert, die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen.

Autorin

PD Dr. phil. Rosmarie Barwinski ist Psychotherapeutin ASP und Redaktorin dieser Zeitschrift.

Ausgewählte Neuerscheinungen



– Person, Gruppe, Organisation und Wissen –

Jörg Heidig, Kim Kleinert, Thorsten Dralle, Marianne Vogt

PROZESSPSYCHOLOGIE

Wie Prozesse, menschliche Faktoren und Wissen im Unternehmensgeschehen zusammenwirken

152 S.; Hardcover, zahlr. Abb.
EUR 37,99
ISBN: 978-3-89797-076-2

– ein gestalttherapeutischer Blick auf die Probleme von Paaren –

Detlef Klöckner

LIEBESMÜHEN

Plädoyer für eine schwierige Lebensart

250 S., Abb. · EUR 21,99
ISBN 978-3-89797-303-9

– Person, Gruppe, Organisation und Wissen –

Ludwig Frambach, Detlef Thiel (Hrsg.)

SALOMO FRIEDLAENDER UND DIE GESTALTTHERAPIE

Balance, Nullpunkt und Schöpferische Indifferenz

280 Seiten; Abb. · EUR 27,99 · ISBN: 978-3-89797-083-0

Verlag Andreas Kohlhage
– www.ehp.biz –

Alle unsere Neuerscheinungen sind auch als E-Book erhältlich!

GESTALTTHERAPIE

Forum für Gestaltperspektiven

Herausgegeben von der Deutschen Vereinigung für Gestalttherapie, DVG

2 Hefte jährlich
ca. 120 S.
Abo/Jahr: EUR 20,00
Einzelheft: EUR 12,00

ISSN 0933-4238

ZEITSCHRIFT FÜR GESTALTPÄDAGOGIK

Hg. Gestaltpädagogische Vereinigung (GPV) e.V.

2 Hefte jährlich;
jeweils 64 S.
Abo/Jahr: EUR 16,00
Einzelheft: EUR 9,00

ISSN 1615-6404