

*Christian Wachter, Henriette Löffler-Stastka*

# Nonverbale, unbewusste Kommunikation und Affekt in der psychotherapeutischen Krankenbehandlung



**Psychotherapie-Wissenschaft**  
15. Jahrgang, Nr. 1, 2025, Seite 9–15  
DOI: 10.30820/1664-9583-2025-1-9  
Psychosozial-Verlag

# Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft  
ISSN 1664-9591 (digitale Version)  
15. Jahrgang Heft 1/2025  
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-1>  
[info@psychotherapie-wissenschaft.info](mailto:info@psychotherapie-wissenschaft.info)  
[www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)

## Herausgeber

Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen  
und Psychotherapeuten  
Geschäftsstelle ASP  
Riedtlistr. 8  
CH-8006 Zürich  
Tel. +41 43 268 93 00  
[www.psychotherapie.ch](http://www.psychotherapie.ch)

## Redaktion

Mara Foppoli, Lugano  
Lea-Sophie Richter, Zürich  
Mario Schlegel, Zürich  
Peter Schulthess, Zürich

Hinweise für AutorInnen befinden  
sich auf der Homepage der Zeitschrift:  
[www.psychotherapie-wissenschaft.info](http://www.psychotherapie-wissenschaft.info)

## Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG  
Walltorstr. 10  
D-35390 Gießen  
+49 6421 96 99 78 26  
[info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)  
[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

## Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:  
[anzeigen@psychosozial-verlag.de](mailto:anzeigen@psychosozial-verlag.de)  
Es gelten die Preise der auf [www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)  
einschubaren Mediadaten.  
ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an  
die ASP-Geschäftsstelle: [asp@psychotherapie.ch](mailto:asp@psychotherapie.ch)

## Datenbanken

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft wird regelmäßig  
in der Abstract-Datenbank PsycInfo der American Psycho-  
logical Association (APA), im Directory of Open Journals  
(DOAJ) und in den Publikationsdatenbanken PSYINDEX und  
PsychArchives des Leibniz-Institut für Psychologie/Leibniz  
Institute for Psychology (ZPID) erfasst.



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons  
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.  
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte  
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle  
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:  
[creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de)

# Non-verbale, unbewusste Kommunikation und Affekt in der psychotherapeutischen Krankenbehandlung

Christian Wachter & Henriette Löffler-Stastka

Psychotherapie-Wissenschaft 15 (1) 2025 9–15

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2025-1-9>

*Zusammenfassung:* Im vorliegenden Artikel bzw. Fallbeispiel soll die Frage gestellt werden, welche Rolle und Bedeutung der non-verbalen und unbewussten Kommunikation im Rahmen einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung zukommt. Dabei soll einerseits die Kommunikation zwischen dem/der Therapeuten/in und dem/der Patienten/in genauer betrachtet werden, andererseits aber auch die zahlreichen intrapsychischen Austauschprozesse in der Psyche des/der Therapeuten/in, die einer sinnvollen therapeutischen Intervention vorgelagert sind und sein müssen. Entsprechende Literaturverweise auf passende theoretische Konzepte und empirische Forschung werden ebenfalls angeführt. Es soll die Wichtigkeit der Bewusstmachung unbewusster inter- und intrapsychischer Austauschprozesse herausgearbeitet werden sowie auch die Rolle, die dem Affektssystem und seinen potenziell psychopathologischen Defiziten in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen zukommt. Gelingt es, unbewusste affektive Erfahrungen der bewussten Wahrnehmung zugänglich zu machen, sie mit Bedeutung anzureichern und diese dem Subjekt- oder Objektbereich zuzuordnen, kann dies durch ein repetitives Durcharbeiten zu einer Modifizierung von unbewusst repräsentierten Beziehungserfahrungen kommen und so zu einer nachhaltigen Verbesserung des Leidens führen.

*Schlüsselwörter:* unbewusste/non-verbale Kommunikation, Affekt, Übertragung/Gegenübertragung, frühkindliche Störungen, unbewusste Beziehungsrepräsentation-Fallbeispiel

Der Fokus des vorliegenden Artikels und Fallbeispiels liegt auf Kommunikation und seelischen Austauschprozessen. Zunächst soll gezeigt werden, wie Patienten/innen ihre eigenen sie überfordernden Affekte in den/die Therapeuten/in hineinverlagern, um dann zu beschreiben, was dies in dem/der Therapeuten/in an intrapsychischen Austausch- und Verarbeitungsprozessen auslöst, was die Voraussetzung für eine entsprechende therapeutische Intervention darstellt. Ein Abriss der entsprechenden grundlegenden Theorien und ein Verweis auf die empirische Forschung soll ebenfalls gegeben werden, um das Ineinandergreifen von Theorie, Empirie und einer individuellen Situation in der Praxis zu verdeutlichen, was wiederum neue Impulse für weitere Forschung geben kann. Damit wird dem Junktum zwischen Heilen und Forschen im Sinne einer modernen empirischen Konzeptforschung Rechnung getragen (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006).

## Unbewusstes In-Beziehung-Treten

Unbewusste Kommunikationsvorgänge sind zentrale Elemente zwischenmenschlicher Interaktion. Bei ihnen geht es weniger darum, was gesagt wird, sondern vielmehr wie kommuniziert wird und wie die Kommunikationspartner/innen zueinander in Beziehung treten. Ausdrucksformen wie Mimik (Baenninger-Huber & Peham, 2009), Gestik,

Körperhaltung, Blickkontakt (Philippot et al., 2003) und Proxemik, aber auch den nonverbalen bzw. stimmlichen Aspekten der Sprache selbst (vgl. Holzweber et al., 2024) kommt dabei entscheidende Bedeutung zu. Tonfall, Sprechgeschwindigkeit und andere nonverbale Signale sind meist spontan, unbewusst und können weniger kontrolliert und manipuliert werden.

In einer psychoanalytischen/tiefenpsychologischen Therapie ist die Bewusstmachung von unbewussten Anteilen in der Kommunikation (und den damit verbundenen emotionalen und affektiven Inhalten) ein zentraler Aspekt. Dies ist notwendig, um prozedurale Erinnerungen bzw. unbewusst repräsentierte Beziehungserfahrungen durch das wiederholte bewusste Durcharbeiten mit der/dem Analytiker/in modifizieren und neu bewerten zu können. Auch Phänomene wie Übertragung bzw. Gegenübertragung oder auch der Übertragungsneurose sind ohne ein Konzept von non-verbaler bzw. unbewusster Kommunikation schwer vorstellbar, wobei dem Affekt als Ausdruck einer möglicherweise gestörten Art von Beziehungsgestaltung die entscheidende Rolle zukommt. Steimer-Krause (1996, S. 21) postuliert in der Einleitung zu *Übertragung, Affekt und Beziehung* eine Existenz eines «pathologiespezifischen interaktiven Störungsanteils» bei psychisch gestörten Personen. Diesen bewusst zu machen, immer wieder auf seine Kausalität und Finalität zu ergründen und diesen damit zu modifizieren, stellt einen

bedeutenden Aspekt jeder psychoanalytischen/tiefendynamischen Krankenbehandlung dar. Dazu meinte schon Jung (1946, S. 420), dass die «ärztliche Behandlung der Übertragung [...] eine seltene und unschätzbare Gelegenheit zur Rücknahme von Projektionen, zur Ausgleicheung von Substanzverlusten und zur Integration der Persönlichkeit» ist.

In jedem Moment findet eine Vielzahl von seelischen Austauschprozessen statt, von denen nur ein Teil bewusst ist; ein weiterer Teil ist dem Bewusstsein in einer Therapie bzw. Analyse vielleicht zugänglich und noch ein weiterer Teil wird sich dem Bewusstsein vollkommen entziehen, uns aber dennoch – auch in der Art und Weise, wie wir Beziehungen gestalten – beeinflussen. Dies betrifft ebenfalls die intrapsychische Kommunikation zwischen den bewussten und unbewussten Anteilen – jeweils des/der Therapeuten/in und des/der Patienten/in. Zu Beginn einer therapeutischen Beziehung erlauben diese Austauschprozesse das Einstimmen bzw. ein In-Beziehung-Treten der bewussten, aber vor allem der unbewussten Anteile des/der Therapeuten/in und des/der Patienten/in. Dazu wiederum Jung (ebd., S. 364):

«Dadurch, daß der Arzt mit bereitwilligem Verständnis sich der seelischen Not des Patienten annimmt, exponiert er sich den bedrängenden Inhalten des Unbewußten und setzt sich damit auch deren Induktionswirkung aus. Der Fall fängt an «ihn zu beschäftigen». [...] Damit, daß der Patient einen aktivierten Inhalt des Unbewußten an den Arzt heranbringt, wird durch Induktionswirkung, die stets von Projektionen in mehr oder minderm Maße ausgeht, auch bei diesem das entsprechende unbewußte Material konstelligiert. Damit befinden sich Arzt und Patient in einer auf gemeinsamer Unbewußtheit beruhenden Beziehung.»

Diese Art von unbewusstem In-Beziehung-Treten, die Jung auch mit dem Begriff von *rapport* bezeichnet, stellt eine Art von Bezogenheit dar, die heute wohl als Grundlage für eine sich entwickelnde Arbeitsbeziehung (*working alliance*) angesehen werden würde. Dabei erscheint es uns wichtig, dass diese Bezogenheit zwischen Therapeut/in und Patient/in gegeben sein muss, aber auch zwischen den bewussten und unbewussten Anteilen des/der Therapeuten/in (analog zur Ich-Selbst-Achse bei Jung).

### Therapeutisches In-Beziehung-Sein

Das Affektsystem ist auf das Engste mit der Art und Weise, wie wir zwischenmenschliche Beziehungen (und auch die Beziehung zum eigenen Unbewussten) gestalten, verbunden und somit von zentralem Interesse in psychotherapeutischen Behandlungen. Krause (vgl. 1990) unterscheidet fünf Affektkomponenten, von denen er die ersten drei als unbewusst annimmt. Die vierte beschreibt er als «bewusste Wahrnehmung der körperlichen Komponenten» und die fünfte als «Benennung und Bewertung der Wahrnehmung, der auslösenden Situation sowie eine

Zuordnung zum Selbst- bzw. Objektbereich». Ein Fehlen dieser Komponenten bringt er mit psychopathologischen Veränderungen im Affektsystem in Verbindung. Das repetitive Bewusstmachen fehlender Aspekte, das Anreichern mit Bedeutung und die Zuordnung zum Selbst- bzw. Objektbereich stellen somit wesentliche Elemente in der Behandlung von psychisch gestörten Menschen dar. Dies trägt sich idealerweise in der therapeutischen Beziehung unter genauer Beobachtung der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik zu (vgl. Parth et al., 2019; Übersicht in Parth et al., 2017). Eine Studie an der MedUni Wien, in der mimische Mikroexpressionen in Zusammenhang mit konfrontativen Interventionen aufseiten des/der Therapeuten/in genau untersucht wurden (Datz et al., 2019), versucht, genau dies zu beschreiben. Gelingt es dem/der Therapeut/in, sich auf einen negativen Affekt (vor allem Verachtung, aber auch Neid und Ekel – bestimmt über das Emotion Facial Action Coding System (EmFACS) – einzulassen und ihn auf eine konfrontierende bzw. interpretative Art und Weise zu benennen bzw. zu deuten, ging die *working alliance* zwischen Patient/in und Therapeut/in gestärkt aus dieser Intervention hervor, was anzunehmenderweise zu einem stabileren Rahmen führt, in dem therapeutischen Interventionen stattfinden können.

Bewusstmachen, Benennen und (in weiterer Folge) Deuten lassen sich als zentrale und wichtige Elemente in therapeutischen Interventionen beschreiben und auch empirisch belegen. Der/die Therapeut/in nimmt etwas (in den meisten Fällen Unbewusstes) auf und gibt es dem/der Patienten/in in einer Art und Weise zurück, sodass diese/r es verstehen, begreifen und in einen Kontext setzen kann. Dies kann durch das repetitive Durcharbeiten (vgl. Eubanks et al., 2018) zu einer Modifikation von problematischen Beziehungserfahrungen führen.

### Psychodynamische theoretische Konzepte und Psychopathologie

Die eben genannte Studie stellt somit (nicht die einzige, aber) eine wichtige empirische Bestätigung der Relevanz zahlreicher, bereits länger vorhandener Konzepte dar, die sich mit der unbewussten (bzw. bewusst zu machenden) Interaktion zwischen Patienten/in und Therapeuten/in auseinandersetzen. Die folgenden Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sollen vielmehr ein Versuch sein, sich ein und demselben Thema aus unterschiedlichen Perspektiven bzw. Richtungen anzunähern und somit eine Grundlage für die individuelle Praxis zu bieten: 1) Jungs (vgl. 1944; Edinger, 1990) Vorstellungen von Therapie/Analyse als alchemistisches Gefäß, in dem alchemistische Reaktionen zwischen den ursprünglichen Elementen – gleichbedeutend mit seelischer Wandlung und Veränderung – stattfinden können. 2) Jungs (vgl. 1944) Konzept der *participation mystique* (die er von Lévy-Bruhl übernommen und erweitert hatte), das einen Zustand mit einer abgesenkten Bewusstseinsschwelle beschreibt, in dem eine Trennung zwischen dem Subjekt und Objekt (noch) nicht möglich ist. Diese erinnert an 3) Kleins (vgl.

1962/2011) Vorstellung der projektiven Identifikation, bei der Anteile des Subjekts abgespalten, in das Objekt projiziert und dort wahrgenommen werden, ohne dass sich die Beteiligten dieser Abwehrreaktion bewusst sind. 4) Bions (vgl. 1965/2016) Alpha-Funktion, die ermöglicht, dass «unverdaute» Beta-Elemente des/der Patienten/in durch die Mutter bzw. den/die Therapeuten/in verarbeitet und an diese/n zurückgegeben werden können, sodass sich in der weiteren Folge auch bei dem/der Patienten/in eine eigene Alpha-Funktion herausbilden kann. In Hinblick auf das folgende Fallbeispiel erscheint ausserdem sinnvoll, auf 5) Ogden einzugehen, der in *Frühe Formen des Erlebens* (1989/1995, S. 70) einen autistisch-berührenden Modus definiert, den er als früheste Form der Erfahrungsbildung annimmt. Die vorherrschende Angst in diesem Modus ist die Angst vor Desintegration, die ein Gefühl des «Leckens, Sichauflösens, Verschwindens oder Fallens in einen formlosen, unbegrenzten Raum zur Folge hat».

Bei einer Fixierung in diesem von Ogden beschriebenen Modus bzw. bei einer entsprechenden Regression kann es – als extreme Form der Abwehr – zu einer Ausbildung eines *autistischen Panzers* kommen. Diese Notfallmassnahme der Psyche unterbindet im Extremfall jedweden Kontakt mit der Aussenwelt, die als gefährlich empfunden wird. Alles, was aussen ist, erzeugt prinzipiell das Gefühl, dem Subjekt nicht gut zu tun, und muss somit im Aussen bleiben. Gleichzeitig wird das Subjekt versuchen, unbewusste innere Repräsentationen, die bei einer Aktivierung des entsprechenden Komplexes ebenfalls das Gefühl erzeugen, dem Subjekt nicht gut zu tun, loszuwerden, zu projizieren oder komplett zu verwerfen. Der Leitaffekt bei diesem Vorgang ist der Ekel. In diesem Zusammenhang steht auch Freuds Konzept des Todestriebs, der im Verborgenen (im Unbewussten) wirkt, Beziehungen sabotiert, angreift, zerstört und dessen (vom Bewusstsein sicht- und erfahrbare) Funktion die von Green (vgl. 2001) beschriebene Desobjektalisierungsfunktion ist. Diese wirkt ebenfalls auf eine (komplette) Abkehr von Beziehung und dem Aussen hin und bedroht in letzter Konsequenz nicht nur die individuelle Beziehung mit einem Objekt, sondern auch die Beziehungsfähigkeit und die Besetzung des Objekts selbst (vgl. auch Löffler-Stastka, 2009).

Prinzipiell deutet eine psychopathologische Störung im Affektsystem auf frühkindliche Störungen mit der primären Bezugsperson hin (Fuchshuber et al., 2024a, b). Dies verwundert nicht, da eine nicht pathologische Entwicklung nur in der grösstenteils unbewussten Dynamik in der Dyade mit einer ausreichend guten primären Bezugsperson (vgl. *the good enough mother* in Winnicott, 1971/2018) vorstellbar scheint. Ist dies nicht der Fall, kommt es zu einer Repräsentation problematischer Beziehungserfahrungen im Unbewussten bzw. zu einer Abspeicherung im prozeduralen Gedächtnis. Ohne dem bewussten Erleben zugänglich zu sein, wird dadurch das weitere Beziehungsverhalten des Subjekts bestimmt. Dies kann sich in einer Abkehr von Beziehung im Sinne von Ogdens (vgl. 1989/1995) autistischem Modus äussern oder es treten primitive Abwehrreaktionen wie Spaltung, Verleugnung, Verneinung und Verwerfung auf, was an Klein (vgl.

1962/2011) und die paranoid-schizoide Position oder auch an Jung (vgl. 1944) und die *participation mystique* erinnert. Um der vernichtenden Angst zu entkommen, kann es weiter zur Ausbildung von entsprechenden psychischen Strukturen kommen, mit denen das Subjekt (im Unterschied zu psychotischen Strukturen) einen gewissen Realitätsbezug aufrechterhalten kann, in dem jedoch vieles verschoben bzw. emotional falsch verbunden erscheint. Dabei müssen die betroffenen Subjekte grosse Anteile ihres seelischen Innenlebens nach aussen projizieren und formen kontinuierlich ihre Lebensumstände zur Verdeutlichung ihres Leidens um. Auf diese Art und Weise lassen sie ihr Umfeld bzw. die Realität selbst unter ihnen leiden (vgl. Rössler-Schüle et al., 2007, S. 411), da sie nicht in der Lage sind, selbstständig mit ihren seelischen Konflikten umzugehen bzw. diese auszuhalten.

### Fallbeispiel

In den folgenden Momentaufnahmen aus einem Therapieprozess geht es nicht darum, den gesamten Therapieverlauf zu beschreiben bzw. die komplexen Störungen des Patienten vollständig zu erfassen (dies würde auch den Rahmen dieses Textes sprengen); vielmehr soll zunächst die Wichtigkeit des Erkennens und Bewusstmachens unterschiedlichster unbewusster Kommunikationsvorgänge bzw. affektiver Erfahrungen zwischen dem Therapeuten und dem Patienten verdeutlicht werden. Gleichzeitig soll ein weiterer Fokus auf die Beschreibung der intrapsychischen Austauschprozesse zwischen den bewussten und unbewussten Anteilen des Therapeuten gelegt werden. Dies soll verdeutlichen, dass diesen Austauschprozessen eine enorme Wichtigkeit zukommt, da sie einer bewussten therapeutischen Intervention vorgelagert sind und diese erst ermöglichen.

Im Fallbeispiel (EK-Votum 2153/2015; vgl. Datz et al., 2019) geht es um Frankie, einen 22-jährigen Mann, der zu Beginn der Therapie mit allen Aspekten in seinem Leben überfordert ist und sich in einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode befindet. Es fällt ihm schwer, die alltäglichsten Sachen zu erledigen, und er schafft es oft nicht, tagsüber das Bett zu verlassen. Sein Studium hat er abgebrochen, geht keiner Beschäftigung nach und lebt zusammen mit seiner Mutter. Er bezeichnet sich als perspektivlos. Als Frankie bei mir vorstellig wird, hat er schon eine lange Geschichte von Jugendpsychiatrieaufenthalten und zahlreichen abgebrochenen Therapieversuchen hinter sich, die zu keiner nachhaltigen Verbesserung seines Zustands geführt haben. Er meint in einer der ersten Therapiestunden, dass er es noch einmal probieren wolle, aber wenig Hoffnung habe, dass sich sein Zustand überhaupt verbessern könnte. Trotz der verbalisierten Hoffnungslosigkeit beginnen Frankie und seine Geschichte mich zu interessieren.

Nach einigen Stunden in einem sitzenden Setting und einer eingehenden Probatorik einigen wir uns auf ein Setting im Liegen mit einer Frequenz von zweimal in der Woche. Mir erscheint dieses Setting aufgrund

der komplexen Symptomatik und der sich herauskristallisierenden frühkindlichen Störungen notwendig, um eine nachhaltige Verbesserung erzielen zu können. Die notwendige Stabilität des Patienten ist gegeben, darüber hinaus handelt es sich dabei um eine Jungianische Analyse/Therapie, in der mehr Gestaltungsspielraum in Bezug auf den Rahmen möglich ist als in einer klassischen Psychoanalyse. Darüber hinaus hat auch Frankie ein gewisses Interesse an der Couch. Er meint, dass es ihm im Liegen wohl leichter falle, über schambehaftete Inhalte sprechen zu können, was in vorherigen Therapien im sitzenden Setting oft schwierig gewesen war. Auch wenn eine hochfrequente Therapie/Analyse ebenfalls indiziert gewesen wäre, ist das gewählte Setting ein notwendiger, aber ausreichend guter Kompromiss zwischen Notwendigkeit und Finanzierbarkeit.

In der *dritten Stunde* ist das Setting noch nicht geklärt, wir sitzen gegenüber. Frankie erzählt und ich bemerke, dass ich gedanklich abdrifte. Ich befürchte, den roten Faden zu verlieren, und fühle mich unwohl. Ich denke (ohne zu wissen warum) daran, dass mir Frankie zu Beginn der Stunde die Hand gegeben hat und ich mich dabei ebenfalls unwohl gefühlt habe. Ein leichter Schauer überkommt mich und ein Anflug von Ekel. Ich bemerke, dass Frankie sich ebenfalls unwohl in seinem Sessel zu fühlen scheint. Er trägt ein langärmeliges Shirt, zupft die ganze Zeit an den Ärmeln und rutscht sichtlich nervös auf dem Sessel hin und her. Während ich weiterhin Frankie inhaltlich nicht folgen kann, taucht die Frage, ob er der Therapie entkommen will, aus meinem Unbewussten auf. Ich bemerke, gedanklich versunken, wie sich Frankie weiterhin die Unterarme kratzt und streicht. Die Vorstellung, dass sich unter seinem Shirt Pusteln und offene Stellen befinden könnten, drängt sich mir auf, so als wäre die Grenze zwischen dem Innen und dem Aussen nicht intakt. Ich versuche, den Anschluss an das, was Frankie sagt, wiederzugewinnen. Dabei werde ich aber wieder abgelenkt und mir fällt auf, dass er seine Hände in die Ärmel seines Shirts zurückzieht, bis sie nicht mehr sichtbar sind. Der Gedanke an Ogden bzw. autistische Barrieren oder Panzer, die es dem Subjekt ermöglichen, als gefährlich empfundene Beziehungsangebote abzuwehren, taucht in mir auf. Gleichzeitig frage ich mich, woher diese Gefühle von Ekel kommen und was sie bedeuten könnten. Ich verspüre den Drang, mich selbst ebenfalls zu kratzen und im Sessel etwas zurückzuweichen, und ich vernehme eine Distanz, so als würde ich mich von Frankie wegbewegen oder sogar weggedrückt werden. Im Wirrwarr meiner Gedankenwelt taucht auch noch Klein und die projektive Identifikation auf, woraufhin ich versuche, die Botschaft dieser dem Patienten anscheinend unbewussten affektiven Erfahrung zu ergründen. Ich überlege, wovor sich der Patient so ekelt bzw. was er loswerden will oder ob der von mir wahrgenommene Ekel eine Abwehr meiner Versuche, Beziehung herzustellen, sein könnte. Während die Inhalte der bewussten, verbalen Kommunikation zwischen mir und Frankie in den Hintergrund getreten sind, wird mir klar, dass es wichtig ist, genau diese Dynamik anzusprechen. Gleichzeitig fällt mir eine Bemerkung ein, die

Frankie in der ersten Stunde gemacht hatte. Ohne dass ich mich an den Inhalt der Bemerkung erinnern kann, steigt in mir die Vorstellung auf, dass es in der Kindheit oder Jugend von Frankie Übergriffe, eventuell sexueller Natur, gegeben haben könnte. Dies würde wohl zu meinen Empfindungen von Ekel in der Gegenübertragung passen, wie dies ja oft in der Arbeit mit Patient/innen vorkommt, die sexuelle Gewalt erfahren haben. Ich beschliesse, bei meinem Versuch, die gegenwärtige Dynamik zu explorieren, äussert vorsichtig zu sein und auf keinen Fall zu deuten (was in der dritten Stunde prinzipiell verfrüht gewesen wäre).

Ich sage: «Mir ist aufgefallen, dass Sie sich kratzen und es wirkt so auf mich, als würden Sie sich gerade nicht besonders wohl fühlen.» Frankie wirkt zunächst irritiert auf mich, antwortet dann aber nach kurzer Pause: «Ja, ich mag es nicht, auf so Sesseln zu sitzen, wo andere gesessen sind.» Ich antworte: «Ich kann mir vorstellen, dass das schwierig ist.» Frankie antwortet: «Ja, wenn ich rausgehe, habe ich immer langärmelige Shirts an, dann muss ich nichts berühren, und wenn ich Türen aufmachen muss, dann mache ich das immer mit meinem Shirt.» Ich sage: «Ich kann mir vorstellen, dass Sie das sehr einschränkt.» Frankie sagt nach einer kurzen Pause: «Ich habe das Gefühl auch in den Therapien zuvor gehabt, aber ich habe nie darüber nachgedacht.»

Im weiteren Verlauf dieser Stunde stellt sich heraus, dass Frankie den Ekel als affektive Erfahrung und sein zwanghaftes Verhalten in Bezug auf Kleidung und andere alltägliche Rituale nie in Verbindung mit seinen psychischen Problemen gesehen hatte. Genauso wenig war diese affektive Erfahrung jemals in den vorherigen Therapien aufgegriffen worden. Es zeigt sich hier, dass die affektive Erfahrung (vgl. Steimer-Krause, 1996) zwar vorhanden, aber teilweise unbewusst ist, ohne Bedeutung und nicht dem Subjekt- bzw. Objekt zugeordnet. Er wird vielmehr analog zur projektiven Identifikation (vgl. Klein, 1962/2011) oder der *participation mystique* (vgl. Jung, 1944) unbewusst in die andere Person hineinprojiziert. In diesem Fall ist dies der Ekel, der anscheinend mit frühen Grenzüberschreitungen und dem Gefühl, etwas loswerden zu müssen bzw. auf Distanz gehen zu müssen, verbunden ist. Der Ekel erscheint als Schutz bzw. Abwehr eines als gefährlich empfundenen Beziehungsangebots. Dies sind in der dritten Stunde allerdings nur Vermutungen, aber wir hatten uns durch das Benennen und vorsichtige Herantasten an diese affektive Erfahrung auf den Weg gemacht, die dahinter verborgenen Beziehungserfahrungen im Laufe des weiteren Therapieprozesses mehr und mehr zu ergründen, zugänglich zu machen und durch ein repetitives Durcharbeiten zu modifizieren.

Am Ende der dritten Stunde habe ich das Gefühl, dass diese Stunde eine gute gewesen war. Obwohl mir im Praxiskontext die Möglichkeiten fehlen, die *working alliance* (vgl. Datz et al., 2019) empirisch zu bestimmen, kommt es mir dennoch vor, als ob diese gestärkt aus der Stunde hervorgegangen ist. Dies ist möglich geworden durch ein vorsichtiges Benennen einer dem Patienten unbewussten affektiven Erfahrung, die er auch in mich

hineinprojiziert hatte. Obwohl das Benennen die «sichtbare» Intervention meinerseits bzw. des Therapeuten ist, erscheint es mir jedoch ebenfalls wichtig, zu betonen und zu zeigen, dass diese Intervention am Ende intensiver intrapsychischer Austauschprozesse zwischen den bewussten und unbewussten Anteilen des Therapeuten steht – den unbewussten, aus dem scheinbar verwirrend und chaotisch immer wieder Gedanken und Vorstellungen emporsteigen, und den bewussten, die versuchen, Sinn und Zusammenhang darin zu ergründen.

In der 22. *Stunde* wird mehr und mehr klar, dass die anfängliche Euphorie verfliegen ist und dass es zu Beginn der Therapie zu einer Idealisierung aufseiten von Frankie gekommen war. Aber auch ich hatte mich (zumindest teilweise) in diese Spaltung hineinziehen lassen und hatte mir in der Rolle des «guten» Therapeuten gut gefallen, obwohl ich gleichzeitig eine negative – gedanklich und bewusst wenig greifbare – dumpfe Vorahnung gehabt hatte, dass sich der therapeutische Prozess wohl doch nicht so linear wie erhofft gestalten würde. Nun ist die Euphorie verschwunden und die Idealisierung ist der therapeutischen Realität gewichen. Frankie liegt in der 22. Stunde wie ein Häufchen Elend auf der Couch und beklagt sich – teilweise weinerlich, dann wieder zornig – darüber, dass auch diese Therapie nichts bringen würde, dass er keine Hoffnung auf Verbesserung habe und dass alles keinen Sinn mache. Die Erinnerung an das vorher schon beschriebene dumpfe Gefühl kommt in mir hoch und ich muss erfahren, wie ich und der begonnene therapeutische Prozess in diesem Moment eine massive Entwertung erleben. Aus Idealisierung war Abwertung und aus dem «guten» war nun der «böse» Therapeut, der nicht recht machen kann, geworden.

Ich fühle mich den unterschiedlichen und äusserst unangenehmen Affekten des Patienten, die mich überfluten, ausgeliefert. Soweit ich das in dem Moment noch unterscheiden kann, handelt es sich dabei um eine (Ver-) Mischung aus Ekel, Zorn, Ohnmacht, Verzweiflung und Verachtung (vgl. Baenninger-Huber & Peham, 2009; Datz et al., 2019). Ich fühle mich in dieser Stunde überfordert, hilflos, ohnmächtig und es gelingt mir nur schwer, mein inneres Chaos zu ordnen. Ich verspüre eine immer grösser werdende Angst, aber auch eine Wut darüber, in diesen Strudel von ungezügelter Affekten hineingezogen zu werden. Es drängt sich mir die Vorstellung auf, ich könnte dem Patienten sagen, er solle sich «zusammenreißen» und dass es wohl tatsächlich keinen Sinn mache, die Therapie fortzusetzen, wenn jetzt auf einmal alles so schlimm sei. Auch emotional und physisch will ich mich vom Patienten distanzieren und kämpfe damit, die Affekte, die in der Gegenübertragungssituation in mir aufsteigen, auszuhalten bzw. zu containen. Ich ringe mit meiner Fassung und habe Schwierigkeiten, nicht selbst ins Agieren zu fallen, indem ich die in mich projizierten Affekte an Frankie mit gleicher Vehemenz zurückzugebe. Mit meiner Frustration wachsen gleichzeitig meine Ungeduld und mein Zorn und ich versuche, mich mit affirmativen Interventionen wie «Das hört sich sehr schwierig an» oder «Es fällt ihnen schwer, gerade überhaupt etwas Positives an der

Therapie und an mir sehen zu können» durch die Stunde zu retten und Zeit zu gewinnen. Ich bin erleichtert, als die Stunde endet, obwohl Frankie ebenfalls frustriert die Praxis verlässt. Ich bin nun allein mit meinen oder den mir übergestülpten Gefühlen von Fassungslosigkeit (Wie kann er die Therapie und mich nur so entwerten?), Wut (Dann soll er doch zum nächsten Therapeuten gehen!) und Kränkung (Ich dachte doch, die Therapie läuft gut!). Wenn ich an die nächste Stunde denke, verspüre ich ein flaes Gefühl in der Magengegend und empfinde eine Befürchtung, dass Frankie nicht kommen bzw. die Therapie überhaupt abbrechen würde.

Frankie hat mich seit dieser Stunde beschäftigt und ich bin die Anspannung nicht losgeworden. Ich warte auf ihn zur 23. *Stunde* und bin nicht überrascht, dass er sich verspätet – anscheinend suche nicht nur ich die Distanz. Ich bin überfordert und kämpfe mit dem Gedanken, dass es mir recht wäre, wenn der Patient die Therapie beenden sollte. Gleichzeitig muss ich an eine andere Patientin mit einer Borderline-PS-Diagnose denken, die die Therapie tatsächlich abgebrochen hatte, und versuche, mir die damaligen Begebenheiten in Erinnerung zu rufen. Diese hatte erwartet, dass ich ihr jederzeit zur Verfügung zu stehen hatte, sobald es ihr schlecht ging. In derartigen Situationen und wenn in der Therapie etwas nicht so voranschritt, wie sie sich es vorgestellt hatte, begann die Patientin heftig zu agieren. Ich war damals nicht in der Lage gewesen, ihre überflutenden Affekte zu halten bzw. den therapeutischen Rahmen so zu gestalten, dass es der Patientin möglich gewesen wäre, mit den Frustrationen umzugehen, die sich ergaben, wenn sie nicht über mich bzw. die Therapie bestimmen konnte. Während ich weiterhin auf Frankie warte, taucht in mir der Gedanke an die Desobjektalisierungsfunktion (vgl. Green, 2001) auf und ich frage mich, ob gerade der im Verborgenen wirkende und von der Libido entmischte Todestrieb spürbar wird, indem er die Besetzung vom Objekt (Abkehr von der Welt, Rückzug, Entwertung etc.) prinzipiell abzuziehen droht und meine Beziehung zum Patienten aufzulösen scheint. Ich empfinde Angst, eine innere Unruhe und mir ist unwohl. Im Fluss meiner Gedanken taucht wieder die Patientin auf, die die Therapie abgebrochen hatte. Eine damalige Supervisionsstunde und ein Satz meiner Supervisorin («Die Patientin beginnt zu agieren, sobald sich etwas nicht genau nach ihren Vorstellungen entwickelt.») erscheint ebenfalls in meiner inneren Gedankenwelt.

Ich werde von der Türklingel aus meinen Gedanken gerissen und Frankie erscheint mit 15-minütiger Verspätung. Interessanterweise bin ich etwas zuversichtlicher (was mich in dem Moment selbst überrascht), dennoch bin ich angespannt. Frankie ist in einer ähnlichen Stimmung wie in der 22. Stunde, beginnt zu lamentieren und sich zu beschweren. Überrascht über meinen eigenen Mut und meine eigene Spontanität sage ich bzw. höre mich nach einiger Zeit sagen: «Das ist jetzt sicher schwer, wenn Sie merken, dass Sie mich nicht dazu bringen, genauso zu fühlen wie Sie oder genauso verzweifelt zu sein.» Frankie hält kurz inne und erwidert fast trotzig: «Aber es ist

doch so, ich schaffe es einfach nicht und die Therapie bringt auch nichts.» Er will weiter ausholen, aber ich füge hinzu: «Wenn ich nicht genau Ihrer Meinung bin, fühlt es sich so an, als würden ich und die Therapie Sie im Stich lassen.» Frankie antwortet nichts und es kommt zu einer zunächst angespannten Stimmung, doch als er und ich fast gemeinsam tief ausatmen, kommt es mir vor, als hätte sich etwas bei uns beiden gelöst. Ich spüre ein Gefühl von Erleichterung und Empathie und Frankie sagt, dass er spürt, wie ihm die Tränen über die Wange hinunterlaufen. Nach einer kurzen Pause sage ich: «Ich kann mir vorstellen, dass es erleichternd ist, wenn man merkt, dass jemand da sein kann, ohne dass er genau gleich denken und fühlen muss.» In dem Moment verspüre ich intuitiv, dass wir einen (momentanen) emotionalen Kontakt herstellen konnten (vgl. Eubanks et al., 2018), der weder von Idealisierung noch Entwertung bestimmt war. Dabei hat es sich um eine für Frankie neue Erfahrung gehandelt, in der Unterschied und Distanz eine gegenseitige Bezogenheit erst ermöglichen und nicht von vornherein ausschliessen. Dies löste in Frankie zwar heftige Ängste aus, diese konnten aber gehalten und im weiteren Verlauf der Therapie weiterentwickelt werden.

In der Retrospektive fällt auf, dass Frankies Drang nach Verschmelzung ein Ausdruck seiner Versuche war, mich (und andere) zu kontrollieren, um irgendwie mit der vernichtenden Angst umgehen zu können, die diese Art von Kontrollverlust auszulösen vermag – Distanz und Unterschied erscheinen vernichtend. In dieser Stunde (und in vielen anderen) befanden wir uns – je nach Sichtweise – in einem ungewollten und nur teilweise bewussten Zustand der *participation mystique* (vgl. Jung, 1944) oder in der paranoid-schizoiden Position (vgl. Klein, 1962/2011). Dabei gibt es keine Objekt Konstanz, die innere Landschaft wird von Teilobjekten bestimmt. Hand in Hand damit gehen massive Affekte wie Wut und Angst und primitive Abwehrmechanismen wie z. B. Entwertung, Verneinung, Verleugnung, Verwerfung und Spaltung. Gleichzeitig ist dies dennoch ein Kommunikationsversuch des Patienten und eine Handlungsaufforderung an mich; Frankie versucht mir ein unverdautes und nicht begreifbares Beta-Element (vgl. Bion, 1965/2016) zukommen zu lassen, damit ich es ihm «verdaut» und psychisch verfügbar zurückgeben kann. Aus Jungianischer Perspektive erinnern diese Vorgänge an die alchemistischen Reaktionen im alchemistischen Gefäß (in diesem Fall die *separatio*), das laut Jung den physischen und psychischen Raum, in dem Therapie stattfindet, symbolisiert und in dem Wandlung bzw. Entwicklung stattfinden können (vgl. Jung, 1944; Edinger, 1990). In Hinblick auf den Bogen zwischen der 22. und der 23. Stunde zeigt sich ausserdem, dass der therapeutische Prozess über die momentane Therapieeinheit hinaus andauert – bedingt durch den Austausch zwischen den bewussten und unbewussten Anteilen beider beteiligten Personen. Dies ist auch durch empirische Forschung, die gezeigt hat, dass psychoanalytische/tiefenpsychologische Krankenbehandlungen über das Ende der Behandlung hinaus weiterwirken, belegt (vgl. Zimmermann et al., 2015; De Maat et al., 2009).

## Schlussbemerkung

Der Fokus des Textes und des Fallbeispiels liegt auf zwei Aspekten: Zunächst erscheint es interessant, sich mit dem beschriebenen Fallbeispiel genauer zu befassen und zu ergründen, welche Rolle die bewusste und unbewusste Kommunikation vor allem affektiver Inhalte zwischen Therapeuten und Patienten spielt. In diesem Zusammenhang wurde auf passende theoretische Konzepte aus unterschiedlichen Richtungen Bezug genommen und auch auf empirische Forschung, die diese Annahmen bestätigen, verwiesen. Gleichzeitig sollten intrapsychische Austauschprozesse zwischen den bewussten und unbewussten Anteilen des Therapeuten genauer beschrieben werden. Dabei wurde versucht zu zeigen, dass die Psyche des Therapeuten genau der wichtige Ort ist, wo in der Kommunikation mit sich selbst Theorie, Empirie, Erfahrung und die momentane therapeutische Situation aufeinandertreffen, sich verdichten und sich gegenseitig durchdringen und bedingen. Dabei gilt es als Therapeut/in, dieser oft verwirrend und chaotisch erscheinenden Dynamik – vor allem in Bezug zur momentanen Übertragungs- und Gegenübertragungssituation – eine besondere Aufmerksamkeit und Offenheit zukommen zu lassen, um therapeutisch sinnvolle Interventionen setzen zu können. Ein weiteres und letztes Mal drängt sich für diesen Prozess Jungs Metapher eines alchemistischen Reaktionsgefäßes für den therapeutischen Prozess auf, in dem durch unterschiedlichste Vorgänge etwas Neues entstehen kann, was gleichzeitig mehr ist als die Summe seiner Teile.

## Literatur

- Baenninger-Huber, E. & Peham, D. (2009). Issues, Opportunities and Challenges in Facial Expression Research (Summary [on Round Table]). In *Current and Future Perspectives in Facial Expression Research: Topics and Methodological Questions. Proceedings of the International Meeting at the Institute of Psychology, University of Innsbruck/Austria, 28–29 September 2007* (S. 99–114). Innsbruck UP.
- Bion, W. R. (1965/2016). *Transformationen*. Psychosozial-Verlag.
- Datz, F. et al. (2019). Interpretation and Working through Contemptuous Facial Micro-Expressions Benefits the Patient-Therapist Relationship. *Int J Environ Res Public Health*, 16(24), 4901. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244901>
- De Maat, S. et al. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*, 17(1), 1–23.
- Edinger, E. F. (1990). *Der Weg der Seele. Der psychotherapeutische Prozeß im Spiegel der Alchemie*. Kösel.
- Eubanks, C. F. et al. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Fuchshuber, J. et al. (2024a). Do Childhood Memories Influence the Therapeutic Relationship? An Empirical Bayesian Sem Approach. *Psychiatria Danubina*, 36, 224–234.
- Fuchshuber, J. et al. (2024b). Investigating the network ties between affect, attachment, and psychopathology. *J Affect Disord*, 367, 263–273.
- Green, A. (2001). Todestrieb, negativer Narzißmus, Desobjektalisierungsfunktion. *Psyche*, 55(9/10), 869–877.
- Jung, C. G. (1944). Psychologie und Alchemie. In *GW 12*. Patmos.

- Jung, C.G. (1946). Die Psychologie der Übertragung. In *GW 16* (S. 353–539). Patmos.
- Holzweber, C. et al. (2024). *Die Stimme als Klang der Psyche. Veränderung von prosodischen Merkmalen bei depressiven Patient:innen in Langzeittherapien*. Masterthese. Med. Univ. Wien.
- Klein, M. (1962/2011). *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Klett-Cotta.
- Krause, R. (1990). Psychodynamik der Emotionsstörungen. In K. Scherer (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (Psychologie der Emotionen, Bd. C/IV/3, S. 630–705). Hogrefe.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Fischmann, T. (2006). Research Subcommittee for conceptual research of the International psychoanalytical association. What is conceptual research in psychoanalysis? *Int J Psychoanal*, 87(5), 1355–1386. <https://doi.org/10.1516/73mu-e53n-d1ee-1q8l>
- Löffler-Stastka, H. (2009) Affektlose Zustände? *Forum Psychoanal*, 25, 237–254. <https://doi.org/10.1007/s00451-009-0005-0>
- Ogden, T.H. (1989/1995). *Frühe Formen des Erlebens*. Psychosozial-Verlag.
- Parth, K. et al. (2017). Transference and countertransference: A review. *Bull Menninger Clin*, 81, 167–211.
- Parth, K. et al. (2019). Capturing the Unconscious-The «Psychoanalytic Core Competency Q-Sort». An Innovative Tool Investigating Psychodynamic Therapeutic Skills. *Int J Environ Res Public Health*, 16(23), 4700. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234700>
- Philippot, P. et al. (2003). *Nonverbal Behavior in Clinical Settings*. Oxford UP.
- Rössler-Schüle, H. et al. (2007). Zur Indikation von psychoanalytischen Behandlungen bei Persönlichkeitsstörungen. *Wien Med Wochenschr*, 157, 402–412.
- Steimer-Krause, E. (1996). *Übertragung, Affekt und Beziehung: Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten*. Lang.
- Winnicott, D.W. (1971/2018). *Vom Spiel zur Realität*. Klett-Cotta.
- Zimmermann, J. et al. (2015). Is it all about the higher dose? Why psychoanalytic psychotherapy is an effective treatment for major depression. *Clin Psychol Psychother*, 22, 469–487. <https://doi.org/10.1002/cpp.1917>

### Non-verbal, unconscious communication and affect in the psychotherapeutic treatment of patients

**Abstract:** In the present article or case study, the question is posed regarding the role and significance of non-verbal and unconscious communication within the context of psychotherapeutic treatment. On the one hand, the communication between the therapist and the patient will be examined more closely; on the other hand, the numerous intrapsychic exchange processes within the therapist's psyche, which do and must precede meaningful therapeutic intervention, will also be considered. Relevant references to suitable theoretical concepts and empirical research will also be provided. The importance of raising awareness of unconscious inter- and intrapsychic exchange processes is to be highlighted, as well as the role played by the affect system and its potential psychopathological deficits in working with mentally ill individuals. If unconscious affective experiences can be made accessible to conscious perception, enriched with meaning, and assigned to the subject or object domain, this can, through repetitive working through, lead to a modification of unconsciously represented relational experiences, ultimately resulting in a lasting alleviation of suffering.

**Keywords:** unconscious/non-verbal communication, affect, transference/countertransference, early childhood disorders, unconscious relationship representation

### Comunicazione non verbale, inconscia e affetti nel trattamento psicoterapeutico dei pazienti

**Riassunto:** In questo articolo o studio di caso si pone la questione del ruolo e del significato della comunicazione non verbale e inconscia nel contesto del trattamento psicoterapeutico. Da un lato, verrà esaminata più da vicino la comunicazione tra terapeuta e paziente, dall'altro i numerosi processi di scambio intrapsichico nella psiche del terapeuta, che sono e devono essere a monte di un intervento terapeutico significativo. Vengono inoltre citati i corrispondenti riferimenti bibliografici a concetti teorici e ricerche empiriche adeguate. Verrà sottolineata l'importanza di una maggiore consapevolezza dei processi di scambio inter- e intrapsichici inconsci, nonché il ruolo del sistema degli affetti e dei suoi deficit potenzialmente psicopatologici nel lavoro con i malati di mente. Se è possibile rendere accessibili alla percezione cosciente le esperienze affettive inconse, arricchirle di significato e assegnarle all'area del soggetto o dell'oggetto, ciò può portare a una modifica delle esperienze relazionali inconsciamente rappresentate attraverso un lavoro ripetitivo e quindi a un miglioramento duraturo della sofferenza.

**Parole chiave:** comunicazione inconscia/non verbale, affetti, transfert/controtransfert, disturbi della prima infanzia, studio di caso di rappresentazione della relazione inconscia

### Biografische Notiz

Mag. *Christian Wachter* ist Psychotherapeut, Analytiker nach C.G. Jung (ÖGAP) in freier Praxis Wien und Schriftführer der Tiefenpsychologisch-Psychoanalytischen Dachgesellschaft (tpd).

Univ. Prof. Priv. Doz. Dr. med. univ. *Henriette Löffler-Stastka* ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin (WPV/IPA), Lehrtherapeutin (Psychoanalytische Orientierte Psychotherapie) und TFP-Lehrtherapeutin. Sie ist Universitätsprofessorin an der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, Curriculumdirektorin für Universitätslehrgänge | Postgraduelle Programme, Vorsitzende der Sektion Psychotherapie der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik (ÖGPP), Vorsitzende der Tiefenpsychologisch-Psychoanalytischen Dachgesellschaft (tpd) und Leiterin des Universitätslehrganges für Psychotherapieforschung.

### Kontakt

info@psychotherapie-wachter.at