

Die „Eröffnung des intersubjektiven Raumes“ – ein Behandlungsansatz für die Therapie bei Traumafolgestörungen

Bettina Stormanns

Zusammenfassung

Die Arbeit mit der *Übertragung* der Patientinnen¹ ist nach wie vor ein wesentlicher Baustein in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Im Verlauf meiner jahrelangen Tätigkeit als ärztlicher Psychotherapeutin beschäftigte mich jedoch zunehmend auch die Frage, ob bzw. wie die *Gegenübertragung* der Therapeutin konstruktiv für die Behandlung genutzt werden kann. Mit der „Eröffnung des intersubjektiven Raums“ entdeckte ich einen Behandlungsansatz, der über Verbalisierung und gemeinsame Betrachtung von Übertragung *und* Gegenübertragung heilsame Impulse in den therapeutischen Prozess einbringt. Diese Methode erwies sich insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen als sehr hilfreich. Allerdings erfordert sie eine Modifikation des klassischen Modells der therapeutischen Abstinenz hin zur Entwicklung einer therapeutischen Haltung, die auf der Basis von Wertschätzung und Respekt bewusst auch menschliche, persönliche Begegnungen auf Augenhöhe zulassen kann.

Schlüsselwörter

Übertragung, Gegenübertragung, Traumafolgestörung, intersubjektiver Raum, Eröffnung des intersubjektiven Raums

„Opening the Intersubjective Space“ –
*A Treatment Approach Particularly for the
Therapy of Patients With Post Traumatic
Stress Disorder*

Summary

Working with the *transference* of the patient has always been an important building block of depth psychology based psychotherapy. Over many years in the course of my work as a medical psychotherapist I was increasingly interested in the question, whether, and if so, how the *countertransference* of the therapist could be utilised constructively for patient treatment as well. With „Opening the Intersubjective Space“ I discovered a treatment approach that introduces salutary impulses into the therapeutic process by verbalization and joint analysis of transference *and* countertransference. This method has proven particularly successful in treating patients with post traumatic stress disorder. However, this approach requires a modification of the classical model of the-

rapeutic abstinence towards a therapeutic attitude of appreciation and respect, deliberately permitting human and personal encounters at eye level.

Keywords

Transference, countertransference, post traumatic stress disorder, intersubjective space, „Opening the Intersubjective Space“

Einleitung

Während meiner Arbeit als Psychotherapeutin stellte ich zunehmend fest, dass das Erspüren der eigenen Gegenübertragung für die Entwicklung des therapeutischen Prozesses von ganz zentraler Bedeutung ist. In Diskussionen mit Kolleginnen und in gemeinsamen Arbeitszirkeln widmete ich daher dem Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung besondere Aufmerksamkeit. Ich versuchte, die hierbei auftretenden Empfindungen möglichst konstruktiv herauszuarbeiten und nutzbar zu machen, indem ich sie mir bewusst machte, meine innere Haltung daran ausrichtete und sie im therapeutischen Prozess dann bei Gelegenheit auch verbalisierte. Dabei fiel mir auf, dass die meisten meiner Kolleginnen in der Mitteilung empfundener Gegenübertragungen im Allgemeinen zurückhaltend waren. Sie schienen sich eher an das in der klassischen Psychoanalyse verankerte Postulat der therapeutischen Abstinenz zu halten. In diesem Punkt verweist beispielsweise Ferro (2003, S. 35/36) auf Melanie Klein: „Klein selbst scheint angesichts der tiefgreifenden Implikationen ihrer Einsichten in die projektive

¹ In dem vorliegenden Artikel wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit für beide Geschlechter die weibliche Form verwendet. Sofern sich nicht aus dem Zusammenhang eine eindeutige Zuordnung ergibt, sind an diesen Stellen sowohl weibliche als auch männliche Personen gemeint.

Identifizierung ein wenig beunruhigt gewesen zu sein. Sie riet Analytikern, die eigene Gegenübertragung (...) nur sehr zurückhaltend einzusetzen, und betonte die Wichtigkeit, die der Deutung der vom Analytiker beobachteten inneren Vorgänge des Patienten zukomme.“

Aufgrund meiner eigenen Erfahrungen tendierte ich selber im Laufe der Jahre immer mehr dazu, meine Gegenübertragung in der Therapie anzusprechen, wenn ich den Eindruck hatte, dass dies dem therapeutischen Entwicklungsprozess zugutekam. Die meisten meiner Patientinnen nahmen dies auch dankbar an, weil sie es offenbar als eine Orientierungshilfe im therapeutischen Prozess erlebten. Die vorrangige Ausrichtung des therapeutischen Prozesses auf die Entwicklung der Patientin und damit die grundlegende Anforderung an jede therapeutische Beziehung – „es muss sich um eine Beziehung handeln, in der die interpersonelle Beziehung zwischen den beteiligten Personen im Dienst der Entwicklung von intrapersoneller Intelligenz und Erkenntnis beim Patienten steht“ (Fischer, 2011, S. 20) – wurden dadurch aus meiner Sicht nicht infrage gestellt. Dass der therapeutische Prozess möglicherweise auch für die intrapsychische Entwicklung der Therapeutin förderlich ist, kann hier unter die positiven Nebeneffekte dieses Berufsbildes verbucht werden: „Psychotherapeuten befinden sich in einer privilegierten Position: Sie üben den vielleicht einzigen Beruf aus, in dem tägliche Selbsterfahrung – und als solche ist die Psychotherapie mit existenziellen Themen wegen unserer immer vorhandenen eigenen Betroffenheit zu werten – und Weiterentwicklung stattfinden und dies auch noch bezahlt wird!“ (Vogel, 2012, S. 16).

Anfänglich ging ich davon aus, dass die von mir empfundene Gegenübertragung hauptsächlich durch das Erleben bzw. die Konfliktsituation der Patientin bestimmt war. Allerdings fragte ich mich dann zunehmend, warum bei mir nun offenbar andere Themen zur

Sprache kamen als bei den Therapeutinnen, bei denen die Patientinnen zuvor in Behandlung gewesen waren. Für unterschiedliche Behandlerinnen schien es unterschiedliche Schwerpunkte im Narrativ zu geben, und zwar unabhängig vom aktuellen Konfliktgeschehen. Die Schlussfolgerung lag nahe, dass dieses Phänomen etwas mit mir selber zum einen in meiner Rolle als Therapeutin, zum anderen aber auch mit meinem inneren Erleben und meinen Erfahrungen als Mensch zu tun haben musste. So gewann ich immer mehr den Eindruck, dass die Patientinnen beispielsweise ganz genau spüren, welche Bereiche ihres inneren Erlebens und ihrer Biografie auf das Wohlwollen des Gegenübers treffen, so dass sie diese Themen dann mehr oder weniger in den Vordergrund des Narrativs stellen. Natürlich ging ich nicht davon aus, dass die Patientin immer weiß, was im Inneren der Therapeutin vor sich geht. Was bzw. wie viel sie hiervon erspürt, ist sicher auch abhängig vom Grad ihrer Sensibilität und Empathie, ihrer eigenen Betroffenheit, Aufmerksamkeit, Zugewandtheit etc. Von meinen Patientinnen nicht selten geäußerte Bemerkungen wie: „Ich wüsste jetzt gerne, was in Ihnen vorgeht ...“ zeigten mir aber, dass sie sich durchaus auch die Frage nach dem inneren Erleben der Therapeutin stellten.

Schlussendlich konnte ich nicht länger davon ausgehen, dass die Patientin alleine und losgelöst die Entwicklung des therapeutischen Prozesses steuert. Diese Beobachtung ist nicht neu: „Es ist mit keinem Kunstgriff zu vermeiden, dass die Behandlung das Produkt einer gegenseitigen Beeinflussung ist, an welcher das ganze Wesen des Patienten sowohl wie das des Arztes teilhat“ (Jung, 1929, S. 76). Auch wenn sich die Therapeutin in striktes Schweigen hüllt und sich so neutral und abstinente wie möglich zu geben versucht, scheinen sensible Patientinnen doch in der Regel genau zu spüren, wie die innere Haltung des Gegenübers grundsätzlich gefärbt ist – und reagieren hierauf auch in

entsprechender Weise. Die Annahme, dass alles, was in der Therapie passiert, bei ausreichender Abstinenz der Therapeutin ausschließlich von der Patientin selber gestaltet wird, erschien mir zunehmend realitätsfern. Es bedeutete zudem, die Patientin in der Vorstellung mit einer Allmachtfantasie zu belasten, was für eine gelingende psychotherapeutische Arbeit meiner Ansicht nach nicht sinnvoll sein kann.

Für die positive Entwicklung des therapeutischen Prozesses halte ich es insgesamt für unabdingbar, dass die Therapeutin – soweit es ihr möglich ist – eine wohlwollende Haltung gegenüber der Patientin einnimmt. Stolorow, Brandchaft und Atwood (1987) sprechen hier auch von „empathisch-introspektiver Erforschung“, einer therapeutischen Haltung, die auf dem Kohut'schen Konzept der Empathie basiert, das 1959 Eingang in die Psychoanalyse fand (vgl. Jaenicke 2006, S. 35). In diesem Zusammenhang erscheint mir wichtig, dass sich die Therapeutin auch intensiv mit existenziellen Themen auseinandersetzt, um auf diese Weise negative Eigen- und Gegenübertragungen einzugrenzen. Aus meiner Sicht ist dabei insbesondere auch die immer wieder neue Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod erforderlich, um als Therapeutin eine wohlwollende innere Haltung einnehmen und möglicherweise vorhandenen eigenen sadistischen Anteilen entgegenwirken zu können. „Mary Williams sah im Sadismus, einer ausgeprägten Identifikation mit dem Angreifer, eine Identifikation mit dem Tod als dem unzerstörbaren Zerstörer...“ (Kast, 2009, S. 186). Vor allem in der Behandlung traumatisierter Menschen, die oft Todesnähe erlebt haben, halte ich die Auseinandersetzung mit dem existenziellen Phänomen des Todes für äußerst bedeutsam – auch unter dem Aspekt, schwierige Gegenübertragungsgefühle ehrlich hinterfragen zu können. „Existenzielle Themen sind wegen ihres menscheitsimmanenten Charakters dazu prädestiniert, intersubjektiv

ves Geschehen zu fördern, so dass an dieser Stelle wohl festgehalten werden kann, dass die modernen Intersubjektivitätstheorien das Geschehen in der therapeutischen Beziehung im Angesicht des Todes am besten reflektieren“ (Vogel, 2012, S. 162).

Bei meiner Arbeit stellte ich in der Folge häufig fest, dass es sowohl für die Patientin als auch für mich selbst im therapeutischen Prozess günstig war, empfundene Gegenübertragungen anzusprechen und/oder nach Übertragungsgefühlen zu fragen. Es ermöglichte eine Klärung innerhalb der therapeutischen Beziehung und förderte die konstruktive Beziehungsgestaltung auf emotionaler Ebene unter Einbeziehung auch rationaler Gesichtspunkte. Aus meiner Erfahrung mit der Übertragung und Gegenübertragung entwickelte ich ein Denkmodell für die psychotherapeutische Arbeit, das ich die Arbeit im „intersubjektiven Raum“ nannte. Ich stellte mir vor, dass dieser Behandlungsansatz aufgrund seiner spezifischen Herangehensweise besonders geeignet sei für die Behandlung von traumatisierten Patientinnen. Diese anfängliche Hypothese hat sich dann im Laufe der jahrelangen Praxis zunehmend bestätigt.

Der intersubjektive Raum

In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie entstehen während der Behandlung sowohl bei der Patientin als auch bei der Therapeutin Gefühle, die sich auf das Prozessgeschehen innerhalb der Therapie beziehen. Im Allgemeinen gehen wir hier davon aus, dass in der therapeutischen Beziehung von Seiten der Patientin eine Übertragung stattfindet und bei der Therapeutin reaktiv eine Gegenübertragung erfolgt. Die klassische psychoanalytische Vorstellung ist, dass die Patientin Gefühle auf die Therapeutin überträgt, die eigentlich einem früheren Beziehungsobjekt gelten (z.B. Vater oder Mutter), und die Therapeutin ein Gefühl in sich wahrnimmt, das

auf dieses Gefühl (die Übertragung der Patientin) im Grunde antwortet. Inzwischen ist es jedoch gängige Lehrmeinung, dass auch die Therapeutin eigene Gefühle in die therapeutische Beziehung mitbringt, die sie auf die Patientin überträgt und so eine entsprechende Gefühlsantwort bei der Patientin hervorruft. Unter diesem Blickwinkel betrachtet befinden sich Übertragung und Gegenübertragung in einem ständigen, wechselseitigen Fluss.

In der Literatur findet sich eine Reihe von Veröffentlichungen zu diesem Themenfeld. So verstehen Atwood, Orange und Stolorow (2001) in der von ihnen entwickelten Inter-subjektivitätstheorie die Therapie als einen Prozess zwischen Patient und Therapeut, der gemeinsam konstruiert und gestaltet wird. Hieran angelehnt bezeichnet Jaenicke (2006, S. 35) Inter-subjektivität als das „oszillierende psychische Feld, das durch die Wechselwirkung zwischen beiden geschaffen wird.“ Unter Bezugnahme auf Baranger (u. a. Baranger, Baranger und Mom, 1983) schreibt Ferro zum „bipersonalen Feld“: „Die Grundidee ist folgende: Patient und Analytiker erzeugen ein relationales und emotionales Feld (...), in dem sich Widerstandsnester bilden, die nur aufgelöst werden können, indem der Analytiker sie durcharbeitet“ (Ferro, 2003, S. 239).

In meiner Vorstellung vom „intersubjektiven Raum“ liegt der Bedeutungsschwerpunkt in der Entstehung von wechselseitigen Übertragungen, Gegenübertragungen und Widerständen, die den intersubjektiven Raum einnehmen und gestalten. Es handelt sich um einen lebendigen Prozess, bei dem ein fließender Austausch stattfindet und sich Übertragung und Gegenübertragung in der Regel nicht klar voneinander abgrenzen lassen. Vor allem die Unterscheidung von Gegenübertragung (Reaktion der Therapeutin auf die Übertragung der Patientin) und Eigenübertragung (emotionale Anteile der Therapeutin, die sich auf innere Anteile der Patientin beziehen) ist schwierig, zumindest während des aktuellen

Geschehens. Wenn überhaupt, so gelingt eine klare Zuordnung meist erst retrospektiv. Insgesamt gehe ich davon aus, dass es hier häufig Mischformen gibt und eine eindeutige Unterscheidung eher nur selten möglich ist.

Da, wo sich Übertragung und Gegenübertragung im gegenseitigen Austausch begegnen, liegt der „intersubjektive Raum.“ Dieser Raum bietet die Möglichkeit einer kreativen Leistung oder Schöpfung, so dass hier etwas Neues, Drittes entstehen kann. Die kreative Schöpfung, die sich in der Regel auf ein Gefühl oder den Gefühlsaustausch bezieht, kann in einer neuen Gefühlsqualität bestehen, einer neuen Idee oder Erkenntnis. Dabei ist es intersubjektiv normalerweise so, dass beide Kommunikationspartnerinnen, also Therapeutin und Patientin, an dem Neuschöpfungsprozess beteiligt sind.

Das „Eröffnen des intersubjektiven Raumes“ setzt ein hinreichendes beiderseitiges Vertrauen voraus. Meiner Ansicht nach kann hier nicht streng schematisch vorgegangen werden. Die Eröffnung ergibt sich innerhalb der Sitzung, wobei der freien, ungehinderten Darstellung der Patientin Vorrang gegeben werden sollte. Wenn ich von dem „Eröffnen des intersubjektiven Raumes“ spreche, meine ich das Verbalisieren der Gefühlsqualitäten, die mit den Übertragungen, Gegenübertragungen und Widerständen assoziiert sind.

Das „Eröffnen des intersubjektiven Raumes“ sollte von der Therapeutin vorbereitet werden, indem sie darauf hinweist, dass

- es grundsätzlich erwünscht ist, dass die Patientin innere Gefühle und Stimmungen anspricht, die sie gerade aktuell empfindet
- die Patientin innere Gefühle und Stimmungen bei der Therapeutin hinterfragen darf
- die Therapeutin darauf so ehrlich wie möglich antwortet, wenn sich diese Gefühle und Stimmungen auf das therapeutische Prozessgeschehen beziehen (ein manipulativer Charakter sollte ausgeschlossen sein)

- die Therapeutin als sogenannte Gegenübertragung empfundene Gefühle und Stimmungen mitteilen kann, wenn dies aus ihrer Sicht für eine Klärung hilfreich ist, gegebenenfalls mit der Frage, ob die Patientin damit etwas anfangen kann.

Dieser psychotherapeutische Behandlungsansatz ermöglicht die unmittelbare Arbeit an der emotionalen Qualität und den emotionalen Schwierigkeiten der therapeutischen Beziehung. Durch das Verbalisieren und Vergleichen der jeweiligen Gefühle und Stimmungen findet eine Verknüpfung mit der rationalen Ebene statt, so dass anfänglich eher diffuse Gefühlswahrnehmungen anschaulicher und konkreter werden. Auf diese Weise wird deutlich, was im Bereich der Stimmungen und Emotionen zwischen Patientin und Therapeutin passiert.

Den „intersubjektiven Raum eröffnen“

Bereits Jung und Freud sprachen bei Übertragung und Gegenübertragung von „okkulten Phänomenen“. Wenn wir heute den intersubjektiven Raum als „Raum im Verborgenen“ bezeichnen, können wir mit der „Eröffnung des intersubjektiven Raumes“ sozusagen Licht ins Dunkle bringen. Die Patientin erhält so die Möglichkeit, in ihrer jeweiligen Situation Transparenz und Klarheit zu gewinnen. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Therapeutinnen allerdings bereit sein, etwas aufzugeben. Es geht darum, bewusst und gezielt die therapeutische Abstinenz in einer bestimmten Form aufzugeben, indem die eigene Gegenübertragung offen mitgeteilt wird. Dies impliziert auch – und vielleicht vor allem – den Verzicht auf jegliche Form von Macht beziehungsweise Machtgefälle in der Therapie. Die Therapeutin tritt der Patientin auf der Basis gegenseitiger Wertschätzung und gegenseitigen Respekts sozusagen auf Augenhöhe gegenüber und bringt sich bewusst auch als Mensch und Person in den

Dialog und die therapeutische Beziehung ein. Dies schließt ein mögliches Gefälle hinsichtlich der fachlichen Kompetenz nicht aus.

Der zentrale Behandlungsansatz liegt bei dieser psychotherapeutischen Technik im Mitteilen und Hinterfragen von Gegenübertragung und Übertragung. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Mitteilung empfundener Gegenübertragungen von Seiten der Therapeutin als Mittel zur Transparenz im therapeutischen Prozess gesehen wird. Dieses therapeutische Instrument kann dazu verhelfen, einen Aspekt im intrapsychischen Konfliktgeschehen der Patientin, im Konfliktgeschehen innerhalb der therapeutischen Beziehung oder in einem Konfliktgeschehen, das sich auf beide Ebenen bezieht, zu verdeutlichen. Es dient also im Wesentlichen der Bewusstmachung von Emotionen und sonstigen unbewussten Anteilen sowie der Entwicklung des therapeutischen Prozesses und der therapeutischen Beziehung. Dies entspricht in etwa auch dem traditionellen Bild von Psychotherapie als „Mäeutik“ oder „Hebammenkunst“. „Wie die Hebamme hilft, ein Kind zur Welt zu bringen, so bringt das mäeutische Gespräch ein bis dahin unbewusstes Wissen des Gesprächspartners ans Licht“ (Fischer, 2011, S. 20).

Die Therapeutin stellt die Gefühlswahrnehmung dar, indem sie zum einen das Gefühl oder die Gefühlsmischung mitteilt, die sie selber wahrnimmt. Im Gegenzug fragt sie dann nach den Gefühlen oder der emotionalen Hauptqualität der Patientin. Beide Gefühle bzw. Gefühlsmischungen können auf diese Weise konkretisiert und miteinander verglichen werden. Die Eröffnung des intersubjektiven Raumes bietet demnach die Möglichkeit, Gefühle zu benennen, zu betrachten und aufeinander zu beziehen, und zwar in einem ständigen, lebendigen Austausch. Bei diesem Behandlungsansatz geht es nicht um starre Systeme. Das bedeutet auch, dass immer nur Ausschnitte des inter-

subjektiven Raumes gemeinsam betrachtet respektive eröffnet werden können.

„Eröffnet“ wird der intersubjektive Raum verbal, nachdem von der Therapeutin und/oder Patientin eine Stimmung oder Gefühle wahrgenommen und dann angesprochen werden. Dabei werden verschiedene Ebenen miteinander verknüpft:

a) *die emotional-intuitive Ebene mit der rationalen Ebene:* Die subjektive Stimmung, die vermutete Gefühlswahrnehmung bei der anderen und/oder die Atmosphäre im Raum werden gespürt und angesprochen. Das Verbalisieren bringt die rationale Ebene hervor und ermöglicht so eine Benennung, einen Vergleich oder eine Klärung.

b) *verschiedene emotionale Bereiche miteinander:* Indem die Therapeutin ihr Gefühl verbalisiert, nimmt die Patientin an eben dieser Emotion der Therapeutin teil. Umgekehrt ermöglichen Mitteilen und Hinterfragen der Gefühlswahrnehmungen der Patientin der Therapeutin die bewusste und aktive Teilhabe an der Emotion von der Patientin. Werden Empfindungen zur allgemeinen Atmosphäre angesprochen, kann ein Vergleich der unterschiedlichen oder ähnlichen Wahrnehmungen stattfinden.

Voraussetzungen für die „Eröffnung des intersubjektiven Raumes“ auf Seiten der Therapeutin sind:

- eine gute Selbstreflexion und genaue Wahrnehmung der eigenen Gefühlslage
- eine geübte Sensibilität für das Erspüren der Gefühlslage des Gegenübers
- die Bereitschaft, tatsächlich wahrgenommene Gefühlslagen ehrlich anzusprechen
- die Bereitschaft, Gefühle auf „Augenhöhe“ zu klären
- eine innere Haltung, die eigennützige Ziele ausschließt; das heißt, die Gegenübertragung oder eine möglicherweise empfundene Übertragung wird zum Wohl der Patientin oder zum Wohl der therapeutischen Beziehung angesprochen, wenn es

als günstig für den Entwicklungsprozess eingeschätzt wird

- Authentizität, um nicht um den Preis einer bestimmten Haltung eigene Gefühle vorzuenthalten zu müssen
- der Gesprächspartnerin, aber auch sich selbst bewusst die Möglichkeit einzuräumen, den intersubjektiven Raum zu eröffnen und wieder zu verlassen
- die Bereitschaft, eigene Gefühle und Wahrnehmungen zu verbalisieren
- die sichere Absicht, nicht manipulativ sein zu wollen.

Den „intersubjektiven Raum eröffnen“ bedeutet demnach: Schon die Wahrnehmung der eigenen Gefühle (z.B. Gegenübertragung) ermöglicht eine emotionale Distanzierung und eine Erhellung des intersubjektiven Raums. Von der Eröffnung des intersubjektiven Raumes spreche ich, wenn die Empfindung angesprochen wird und dadurch für beide, Therapeutin und Patientin klarer und transparenter wird. Mit dem Erspüren und Hinterfragen der Emotion wird die entsprechende Gefühlslage (z.B. Übertragung) benannt und der intersubjektive Raum eröffnet. Dieser Vorgang kann sowohl von der Patientin als auch von der Therapeutin eingeleitet werden. So kann beispielsweise die Patientin ein Gefühl verspüren (z.B. Übertragung auf die Therapeutin oder Gegenübertragung auf das Gefühl, das die Therapeutin ihr gegenüber hat/Übertragung der Therapeutin), dies benennen und damit den intersubjektiven Raum eröffnen. Auf diese Weise können die verschiedenen Gefühlsqualitäten dann betrachtet und miteinander verglichen werden.

Heilungsmöglichkeiten durch die „Begegnung im intersubjektiven Raum“

Die Arbeit im „intersubjektiven Raum“ ist meiner Erfahrung nach besonders für traumatisierte Patientinnen hilfreich. Denn durch diesen Behandlungsansatz können Patientinnen mit Traumfolgestörungen

- sich eine Zeit lang von ihren Gefühlen distanzieren, um sie dann gemeinsam mit der Therapeutin zu betrachten und zu klären
- durch das Teilen eines gemeinsamen psychischen bzw. emotionalen Raumes eine Zugehörigkeit erleben
- die Erfahrung machen, eine Beziehung aktiv und emotional mitzugestalten
- in einem geschützten Raum eine gemeinsame emotionale Klärung und Veränderung erfahren.

Insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Menschen halte ich es für wichtig, dass die Gegenübertragung immer wieder erspürt und bewusst gemacht wird, „denn da die Gegenübertragung des Analytikers unbewusst ist, nimmt er einen Großteil seiner eigenen Beteiligung am relationalen Feld gar nicht wahr“ (Ferro, 2003, S. 239). Gerade traumatisierte Patientinnen erleben eine zu große Abstinenz oft als verletzend, da sie Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle von einem möglicherweise sogar bedrohlichen Charakter erzeugen kann. Menschen, die Vernachlässigung, Isolation und Deprivation erfahren haben, erleben eine zu große Zurückhaltung möglicherweise als Wiederholungstrauma. So schreibt auch Jaenicke (2006, S. 181): „Das Vorhaben, unbewusstes Material durch Abstinenz zu Tage zu fördern, erweist sich dann möglicherweise als neuerliche Traumatisierung.“ Eine solche Retraumatisierung kann sogar als Akt der Gewalt erlebt werden. Hier halte ich die innere Haltung der Therapeutin für entscheidend. Ist sie überwiegend wohlwollend, wird meiner Ansicht nach auch die Zurückhaltung besser ertragen.

Wiederholungstraumata können im Verlauf der Behandlung auftreten. Ob dies erwünscht ist, hängt meiner Meinung nach davon ab, wie im weiteren Procedere damit umgegangen wird. Ich möchte mich aber von einem bewussten Herbeiführen im Sinne einer gezielten „therapeutischen“ Intervention distanzieren. Treten unbewusste Retraumati-

sierungen in der Therapie auf, so halte ich es für einen wesentlichen Faktor des Heilungsgeschehens, diese transparent zu machen.

Die Heilungserfahrung, die dieser Behandlungsansatz ermöglicht, liegt insbesondere für Patientinnen mit Traumafolgestörungen darin, eine Distanz zu den mit den traumatischen Erlebnissen verknüpften Emotionen zu gewinnen, indem sie diese Gefühle gegenüber der Therapeutin verbalisieren und auf diese Weise den intersubjektiven Raum eröffnen. Dies kann beispielsweise zu einer deutlichen Reduktion von Ohnmacht gegenüber diesen unangenehmen Sensationen führen. Auch die Gefühle, die die Therapeutin verspürt, können von ihr in den intersubjektiven Raum geholt und dann gemeinsam betrachtet und erlebt werden. Durch den Vergleich unterschiedlicher Gefühlsqualitäten ist es möglich, Erfahrungen wie „sich unverstanden fühlen“ oder traumatische Gefühle nicht nur distanziert anzuschauen, sondern auch zu korrigieren. Das Erleben des gemeinsamen Raumes schafft das Gefühl von Zugehörigkeit, wobei im „intersubjektiven Raum“ Bindungen geknüpft und gelöst sowie verändert werden können. Eine Neuorientierung wird möglich durch Akzeptanz der jeweils wahrgenommenen Gefühle, auf Seiten der Patientin wie auch der Therapeutin, im Hinblick auf ein aktuelles Geschehen oder eine zurückliegende Erfahrung. Durch den Dialog mit der Therapeutin kann die Patientin zudem mehr Sicherheit in der Wahrnehmung und im Umgang mit den eigenen Gefühlen gewinnen.

Das folgende fiktive Beispiel soll verdeutlichen, was bei der „Eröffnung des intersubjektiven Raums“ geschehen kann.

Die Therapeutin verspürt in sich eine Unruhe, während die Patientin ihre Geschichte erzählt. Sie nimmt dieses Gefühl wahr und entscheidet sich, ihre Gegenübertragung anzusprechen und damit den intersubjektiven Raum zu eröffnen. Sie könnte beispielsweise sagen, sie habe in sich eine gewisse Unruhe

bemerkt, und die Patientin fragen, ob dies vielleicht etwas mit ihrem aktuellen inneren Erleben zu tun hat.

Im Folgenden sind unterschiedliche Verläufe denkbar:

1. Die Patientin bestätigt, dass sie ebenfalls eine Unruhe in sich verspüre, die sich beispielsweise auf eine aktuelle schwierige und schambesetzte Situation bezieht. Für einen traumatisierten Menschen könnte dies bedeuten, dass sie sich hier von der Therapeutin richtig wahrgenommen und mit ihren schwierigen Gefühlen nicht alleine gelassen fühlt.
2. Die Patientin erwidert, sie nehme diese Unruhe selber nicht wahr, wisse aber, dass sie in einem zurückliegenden ähnlichen Geschehen schon einmal mit einem vergleichbaren Gefühl reagiert habe. Dies könnte bedeuten, dass die Therapeutin etwas erspürt, was der Patientin emotional noch nicht zugänglich ist, sich unbewusst aber bereits andeutet. Auch diese Möglichkeit kann benannt werden, sollte jedoch nicht als einzige, unabdingbare Wahrheit betrachtet werden. Weist die Patientin diese Deutung von sich, ist es nicht konstruktiv, darauf zu bestehen. Nicht in jedem Fall ist davon auszugehen, dass es sich bei einer solchen Zurückweisung um einen Widerstand handelt, sondern es sollten auch alternative Deutungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden, die sich an diesem Punkt noch der Kenntnis und dem Vorstellungsvermögen beider Gesprächspartnerinnen entziehen.
3. Die Patientin gibt an, dass sie die von der Therapeutin beschriebene Unruhe nicht verspüre. Wenn sich eine solche Situation dann häufiger wiederholt, könnte im intersubjektiven Raum weiter geklärt werden, dass die Therapeutin dieses Phänomen anspricht. Sie könnte zum Beispiel sagen, dass es jetzt schon oft vorgekommen sei, dass Gefühle im gemeinsamen Prozess unterschiedlich wahrgenommen würden. Die traumatisierte Patientin erlebt hier möglicherweise schon eine Orientierungshilfe durch die damit einhergehende Verdeutlichung der Beziehungsgestaltung. Die Therapeutin könnte dann beispielsweise fragen, ob dieses Phänomen zu der Erfahrung der Patientin passe, dass die Menschen zum Beispiel in ihrer Ursprungsfamilie eher aneinander vorbeigelebt haben und insgesamt wenig Mitgefühl bestand. Dem könnte die Patientin dann gegebenenfalls zustimmen und dabei Anteilnahme an ihren erlebten Beziehungs- und Bindungsschwierigkeiten erfahren. Auch wenn sie dieser Deutung nicht zustimmen kann, erlebt die Patientin doch Interesse an ihrer Person und der Art, wie sie eine Beziehung mitgestaltet. Schon das kann für sie emotional ein positives Korrektiv darstellen.
4. Die Patientin erinnert sich daran, dass eine nahe Bezugsperson in ihrer Ursprungsfamilie, beispielsweise die Mutter, sehr oft mit Unruhe reagiert hat, wenn sie bestimmte Themen bei ihr ansprach. In diesem Fall hätte sich bei der Therapeutin eine „klassische“ Gegenübertragungsreaktion auf die Übertragung der Patientin ausgebildet, die dann im therapeutischen Prozess entsprechend angesprochen und transparent gemacht werden kann.
5. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit, dass die von der Therapeutin erlebte und thematisierte Unruhe wenig oder überhaupt nichts mit dem inneren Erleben der Patientin zu tun hat. So könnte es zum Beispiel sein, dass die Patientin mit schwierigen Themen durchaus gelassen umgehen kann, während dies der Therapeutin emotionale Schwierigkeiten bereitet. Dies braucht sie der Patientin dann nicht explizit mitzuteilen, aber sie sollte diese Möglichkeit zumindest ernsthaft für sich in Betracht ziehen. In diesem Fall könnte es sogar so sein, dass die Patientin sagt, sie fände es merkwürdig, dass die Therapeutin immer wieder eine Unruhe in sich wahrnehme. Sie könnte sogar die

Frage stellen, ob dies vielleicht eher etwas mit ihr zu tun haben könnte. Auf eine solche Äußerung der Patientin kann die Therapeutin dann antworten, dass sie darüber erst einmal nachdenken wolle. Durch eine solche Reaktion kann sich der traumatisierte Mensch ernst genommen und in der Folge auch sicher fühlen. Wenn die Therapeutin beim Nachdenken tatsächlich zu dem Schluss kommt, dass ihre Gefühle etwas mit dem eigenen Erleben in einem persönlichen Sinne zu tun haben, sollte sie sich in der Folge gezielt um diesen Punkt in ihrem Leben kümmern. Sie wird dann wahrscheinlich nicht mehr explizit mit der Patientin darüber sprechen und sie so vor einer Grenzüberschreitung bzw. unnötigen psychischen Belastung schützen.

6. Möglicherweise kommt die Therapeutin aber auch zu dem Schluss, dass es sich tatsächlich um ihre eigenen Gefühle handelt, die sich jedoch auf den therapeutischen Prozess beziehen. Sie könnte dies ansprechen und zum Beispiel sagen, die Unruhe käme vielleicht daher, dass die Patientin in ähnlichen Situationen zuvor aggressiv reagiert habe und sie sich selber damit unwohl fühle. Hier könnte sich ein lebhafter Austausch anschließen, wenn die Patientin entsprechend reagiert. Auch in diesem Fall wird sie sich in der Beziehung als aktiv und mitgestaltend erleben – und nicht als ohnmächtig, wie vielleicht bisher in vergleichbaren Situationen. Allein das kann schon eine sehr hilfreiche Erfahrung sein. Die traumatisierte Patientin hat hier die Möglichkeit, sowohl ihre unbewussten als auch bewussten Anteile in der Beziehungsgestaltung zu erkennen und auszudrücken, ohne dass dies zum Abbruch der Beziehung führt. Ganz im Gegenteil macht sie hier die positive Erfahrung, dass die Beziehung ein Verbalisieren von schwierigen Gefühlen aushält.

Dieses fiktive Beispiel verdeutlicht, wie der intersubjektive Raum in der therapeutischen

Arbeit konstruktiv genutzt werden kann. Entscheidend ist es meiner Meinung nach, ob die Therapeutin in der Lage ist, die eigene Kränkbarkeit sowie erlebte Kränkungen zu hinterfragen und zu überwinden, um einen möglichst konstruktiven gestalterischen Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung im intersubjektiven Geschehen zu erreichen. Sie sollte hier die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung auch von ihrer Seite aus mitgestaltet werden, und der Patientin zudem die Möglichkeit einräumen, sie darauf hinzuweisen.

Die Entscheidung, eine empfundene Gegen- oder Eigenübertragung zu einem gegebenen Zeitpunkt anzusprechen, hängt nicht davon ab, ob ich sicher zwischen Gegenübertragung und Eigenübertragung unterscheiden kann. Das oben genannte Beispiel zeigt, dass dies möglicherweise erst gemeinsam herausgefunden werden kann, nachdem der intersubjektive Raum eröffnet wurde. Ich treffe meine Entscheidung auch, indem ich mögliche zukünftige Entwicklungen im Dialog gedanklich antizipiere. Bei der Mitteilung einer „Unruhe“ als relativ neutraler Gefühlsqualität gehe ich eher von einer unproblematischen, sogar konstruktiven Dialogentwicklung aus. Die oben genannten Beispiele sollten dies verdeutlichen.

Wenn ich es selber für zu manipulativ halte, teile ich meine Gegenübertragung oder Eigenübertragung nicht mit. Hierzu folgendes Beispiel. Eine schwangere Patientin, die von ihrem Freund und ihrer Familie im ersten Drittel der Schwangerschaft teilweise recht aggressiv und manipulativ zu einem Schwangerschaftsabbruch gedrängt wurde (der Freund drohte, sie zu verlassen, wenn sie nicht abtreibe), erzeugte bei mir in ihrer weinenden Verzweiflung ein Gefühl, welches ich gedanklich mit dem Satz verknüpfte: „Dieses Kind kriegen wir hier aber noch, Freundchen!“ Ich teilte der Patientin diesen Gedanken zwar nicht mit, gehe aber dennoch davon aus, dass

sie mein Gefühl gespürt hat. Im Übrigen trug sie das Kind aus. In diesem Fall könnte es sich bei meinem Gefühl um eine Gegenübertragung handeln, entsprechend dem unbewussten Wunsch der Patientin nach einer haltgebenden Großmutter. Sicher lagen aber auf meiner Seite auch Eigenübertragungsanteile vor, der verlassenen Frau nämlich beistehen und ihr und dem Kind das Gefühl geben zu wollen, in dieser neuen Mutter-Kind-Situation willkommen zu sein.

In der Regel wäge ich die Mitteilung einer Gegenübertragung nach vorherigem Durchspielen der möglichen Konsequenzen im therapeutischen Dialog gedanklich ab. Daneben gibt es aber sicher auch Mitteilungen, die eher einer intuitiven Regung entspringen. Sollten hiernach Spannungen oder Missverständnisse auftreten, gehe ich davon aus, dass auch dies durch Eröffnung des intersubjektiven Raumes geklärt werden kann. Manchmal hält die therapeutische Beziehung eine solche Situation sogar ohne weitere Klärung oder Eröffnung des intersubjektiven Raumes aus.

„In Psychotraumatologie und Traumatherapie gilt folgende ‚Philosophie‘: Nicht der Betroffene ist verrückt, sondern die Situation, die er erleben musste“ (Fischer, 2011, S. 85). Durch die Eröffnung des intersubjektiven Raumes bekommt die Patientin Einblicke in ein prozesshaftes Geschehen, das erklärbar wird; dadurch kann das Gefühl von „Verrücktsein“ oder die Angst „verrückt zu werden“ gemindert oder sogar aufgelöst werden. Nicht jede empfundene Schwierigkeit kann daher als Widerstand gedeutet werden. Bei der Vielseitigkeit und Vielschichtigkeit des Menschen gerade im seelischen und emotionalen Bereich gibt es erfahrungsgemäß viele Gesichtspunkte, die zu einem gegebenen Zeitpunkt noch nicht genügend bekannt oder bewusst gemacht worden sind. Dies sollte jedoch keine übermäßigen Berührungängste oder übertriebene Vorsicht auf Seiten der Therapeutin auslösen. Das Wissen um die Vielfalt der Deutungsmöglichkeiten

kann vielleicht sogar zu einer entspannteren Herangehensweise an den therapeutischen Prozess führen, der ja immer noch von zwei Menschen gestaltet wird.

Wird das Erspüren der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle regelmäßig geübt und in der Therapie angewendet, lässt sich mit der Zeit oft schon im Vorfeld an der emotionalen Qualität der Wahrnehmung ablesen, ob sich das Gefühl subjektiv herausgebildet hat, ob es eher vom Gegenüber ausgeht, ob es sich um eine Mischung handelt, was meiner Erfahrung nach relativ häufig der Fall ist – oder sich sogar frei zwischen den Gesprächspartnerinnen manifestiert als ein quasi eigenständiges Drittes.

In diesem Zusammenhang erinnere ich mich an eine Patientin, die von ihrem Großvater in der Kindheit sexuell missbraucht worden war und dies in der Therapie auch frühzeitig ansprach. Das Geschehen war im Verlauf der Behandlung immer wieder punktuell Thema, doch erst etwa in der achtzigsten Stunde sprach die Patientin eingehender über diesen traumatischen Lebensabschnitt. Plötzlich verspürte ich im Raum ein Gefühl von schwer greifbarer Unheimlichkeit und bekam sogar eine Gänsehaut. Ich benannte der Patientin gegenüber diese Empfindung und fragte sie, wie sie selbst sich gerade fühle. Sie bestätigte meine Wahrnehmung und sagte, es sei ihr ebenfalls gerade irgendwie unheimlich geworden. Ich verspürte den dringenden Wunsch, das Fenster zu öffnen, und äußerte dies gegenüber der Patientin, fragte sie danach, ob das auch in ihrem Sinne sei. Sie stimmte mir zu und so öffnete ich das Fenster, was zu unserer beiderseitigen Entlastung beitrug. Später konnten wir darüber sprechen, dass dieses Phänomen wohl am ehesten dem Gefühl der ständigen Bedrohung entsprach, das im Hause der Großeltern für sie selbst spürbar, jedoch für die Umgebung nicht greifbar gewesen war. So war dieses bedrohliche Gefühl in den intersubjektiven Raum getreten als etwas Drittes, das zunächst nicht

erkannt, dann jedoch erspürt werden konnte. Indem ich als Therapeutin meine Wahrnehmung verbalisierte, konnte das Gefühl in den intersubjektiven Raum geholt, benannt und in gemeinsamer vergleichender Betrachtung gedeutet sowie schließlich in seiner Bedrohlichkeit auch relativiert werden.

Literatur

- Atwood, G. E.; Orange, D. M.; Stolorow, R. D. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt a. M.: Brandes und Apsel.
- Baranger, M.; Baranger, W.; Mom, J. (1993): Process and non-process in analytic work. *Int J Psychoanal* 64 (1), 1–15.
- Ferro A. (2003): Das bipersonale Feld. Konstruktivismus und Feldtheorie in der Kinderanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fischer, G. (2011): Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Jung, C. G. (1929): Die Probleme der modernen Psychotherapie. In: *Praxis der Psychotherapie*. C. G.

- Jung, *Gesammelte Werke* Bd. 16. 4. Aufl. 1984. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter.
- Kast, V. (2003): *Abschied von der Opferrolle*. Freiburg: Herder.
- Jaenicke C. (2006): *Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stolorow, R. D.; Brandchaft, B.; Atwood, G. E. (1987): *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Vogel, R. T. (2012): *Todesthemen in der Psychotherapie. Ein integratives Handbuch zur Arbeit mit Sterben, Tod und Trauer*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bettina Stormanns

Ärztin und
Psychotherapeutin
Praxis für Psychotherapie
Alte Kirchstraße 14
52379 Langerwehe
Tel. 02423/104880

E-Mail:
bettina.stormanns@t-online.de



www.asanger.de

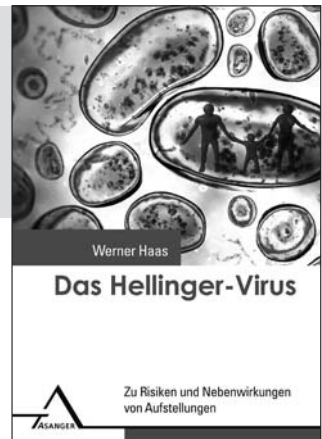
Werner Haas

Das Hellinger-Virus.

Zu Risiken und Nebenwirkungen von Aufstellungen.

2. Aufl. 2009, 170 S., 24.50 €, ISBN 978-3-89334-538-0

Dieses Buch für Therapeuten, Berater und Hilfesuchende auf dem Psychomarkt entzaubert das Familienstellen, beleuchtet seine ideologischen Hintergründe und zeigt die Gefahren auf – aber auch seine unfreiwillig komischen Seiten. Gleichzeitig ist diese längst fällige Abrechnung ein kurzweiliger Streifzug durch die Psychologie des Allzumenschlichen und ein leidenschaftliches Plädoyer für mehr Vernunft bei der Lebensbewältigung.



„Ein beeindruckend klares, mutiges und auch erschreckendes Dokument für allerlei Obskunitäten, Absurditäten und pseudo-wissenschaftlichen Schwachsinn mit magischen Ritualen.“ (Aktuell 2009)