

Arbeiten mit der Resonanz des Körpers

Der Felt Sense des Therapeuten aus psychodynamischer Sicht

von Barbara Rüttner und Lutz Götzmann

Bei diesem Text handelt es sich um einen für das Focusing-Journal umgeschriebenen Artikel, der in der renommierten psychoanalytischen Zeitschrift „Psyche“ 2007 veröffentlicht wurde.

*„Feelings without further symbolization are blind (and symbols alone are empty).“
E.T. Gendlin (1978)*

Einleitende Gedanken

Gendlins Denken kreist um die Idee, dass die *Bedeutung* einer (psychischen) Situation eigentlich im Körper und nicht unbedingt mental repräsentiert ist. Damit rückt der vorbegriffliche und überhaupt präverbale Urgrund des psychischen Lebens in den Vordergrund.

„Besides logical schemes and sense perception we have to recognize that there is also a *powerful felt dimension of experience* that is prelogical, and that functions importantly in what we think, what we perceive, and how we behave“ (Gendlin, 1962, S. 1).

Aus Gendlins ungemein moderner Sicht – man denke nur an die heutige Diskussion über das „verkörperte Selbst“ – stellt der Körper eine Art Gefäß dar, welches das vollständige implizite Wissen eines Individuums aufbewahrt. Selbst die gesamte kulturelle Umwelt und unsere sprachlichen Produktionen können als „Erweiterungen des Körpers“ (Gendlin, 1994, S. 25) verstanden werden! Jedenfalls ist der menschliche Körper ein besonders fein justiertes Wahrnehmungsorgan für präverbale Erfahrungen, und zwar sowohl in Hinblick auf das Erleben des Patienten¹ wie auch des Therapeuten.

Diese Erfahrungen werden nun nach Gendlin (z.B. 1981, S. 59 ff – und in einer Vielzahl weiterer Publikationen) im *Felt Sense*

aufbewahrt, einer körperlichen Empfindung, die sich in Bezug auf eine bestimmte Situation oder einen bestimmten Aspekt des Lebens bildet:

„A felt sense is a vague, implicitly complex, physical feeling that can come in your body in regard to any situation or any aspect of life“ (Gendlin, 1991b, S. 255).

Focusing hilft nun, diese vorsprachlichen, in einer Körpererfahrung geborgenen oder gleichsam eingefalteten, verpackten Bedeutungen des *Felt Sense* in symbolische, d.h. visuelle, verbale, aber auch gestische Formen zu transformieren. Die Wechselwirkung aus gefühltem und dann auch gedachtem „Sinn“ führt zu einer Art Deblockade und setzt damit einen Prozess der psychischen Veränderung und des Wachstums in Gang.

Wie gesagt, kann sich ein Felt Sense sowohl im Erleben des Patienten, aber auch – wohl via Empathie und Identifikation, oder, wie Neurobiologen annehmen, mithilfe sog. „Spiegelneuronen“ - im Erleben des Therapeuten ausbilden. Beide Erfahrungsformen und ihre symbolischen Explikationen sind für den therapeutischen Prozess außerordentlich fruchtbar. Im Focusing reagiert der Therapeut in seiner körperlichen „Resonanz“ auf die Körpergefühle, Gefühle und Gedanken des Patienten; in der Psychoanalyse wird dieses Phänomen mit dem Begriff der „Gegenübertragung“ beschrieben.

Streng genommen versteht man unter „Gegenübertragung“ vor allem jene Reaktionen des Therapeuten, die durch eine Interaktion *außerhalb des Bewusstseins bzw. der bewussten Wahrnehmung* entstehen. In einer

¹ Der Lesbarkeit des Textes wegen wird immer nur eine Geschlechtsform verwendet. Ausser in den Fallvignetten sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

umfassenderen Konzeptualisierung sind damit - vergleichbar zu den Focusing-Auffassungen über die „Resonanz“ - *alle* Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten (vgl. Stirn, 2006) gemeint. Auf jeden Fall kann man davon ausgehen, dass ein Felt Sense, der im Erleben des Therapeuten entsteht, ein schöpferisches Produkt der Gegenübertragung bzw. der Resonanz darstellt.

Selbstverständlich ist es auch möglich, dass der Felt Sense des Therapeuten nichts mit dem präverbalen Erleben des Patienten zu tun hat, sondern vielmehr in der eigenen Geschichte und psychischen Disposition begründet liegt. Ohne dass wir auf diesen Punkt näher eingehen wollen, sollte natürlich jeder Therapeut mit seinem Seelenhaushalt genügend vertraut sein, um den eigenen Anteil an den Schöpfungen der unbewussten Kommunikation mit dem Patienten einigermaßen einschätzen zu können: „Was stammt von mir, was kommt vom Andern?“.

Im Folgenden wollen wir das „Arbeiten mit der Resonanz des Körpers“, nämlich die Verwendung des Felt Sense im Erleben des Therapeuten bzw. des Patienten aus einer überwiegend psychodynamischen Sicht vorstellen. Wir zeigen den therapeutischen Umgang mit dem sich in unserer Resonanz entfaltenden Felt Sense anhand zweier Fallvignetten und betrachten den Stellenwert und die therapeutische Bedeutung des „Felt Sense“ und der mit ihm verwandten Phänomene aus psychodynamischer Sicht.

Arbeiten mit der Resonanz – Beispiele aus der klinischen Praxis

Erste Fallvignette

Herr A., knapp 50 Jahre alt, äussert am Anfang der Stunde, er habe starke Kopfschmerzen. Er könne vor lauter Schmerz nicht denken. Ein aussichtsloses Schweigen entsteht. Auf einmal erlebt der Therapeut ein eigentümliches Gefühl in seinem Körper, das ihm – bei genauerem Hinsehen, d.h. als er seine Aufmerksamkeit auf dieses Gefühl lenkt, als etwas Heftiges und Unangenehmes, Brutales vorkommt. Es scheint etwas zu sein, das der Therapeut als eine heftige Explosion bezeichnen würde. Sie bildet sich im Bauch ab und setzt sich in den Brustkorb fort. Eine zweite Komponente dieses Körpergefühls besteht in einer Verkrustung der Körper-Aussenseite, welche der Therapeut wie eine „Betonmauer“ erlebt. „Immerhin“, denkt er sich dazu, „werde ich nicht in die Luft gesprengt“. Er fühlt sich erleichtert, kann auf einmal durchatmen.

Er fragt den Patienten, im Tonfall tastend, ins Ungewisse: „Ich meine, innen, vielleicht im Bauch oder in der Brust, scheint mir eine Explosion zu sein, darum herum aber etwas wie Beton.“ Herr A. präzisiert: „Die Explosion ist im Kopf! Es beginnt in der Brust, es explodiert im Kopf.“ Der Therapeut sagt: „Da ist noch der Beton, und er verstärkt die impulsive Sprengwirkung.“ Herr A. verknüpft mit diesem Hinweis Gefühle der Ohnmacht, der Nutzlosigkeit, - und einer unwahrscheinlichen Wut, die er nicht zeigen darf, für die er aber Gründe hat (und die sich auf Erlebnisse am letzten Wochenende beziehen).

Kommentar

Ohne Zweifel stammen die Körpergefühle, die der Therapeut erlebte, und deren verbale Übersetzungen aus der Resonanz auf den Patienten. Man weiß, dass sich präverbale Erfahrungen gerade im Körper niederschlagen können. Beispielsweise weist Jacobs darauf hin, dass sich das Körpererleben in einer therapeutischen Situation auf den Kommunikationsmodus in der frühen Mutter-Kind-Beziehung zurückführen lässt. Dabei handelt es sich um eine „Körperempathie“, die eine Art Kernzone der empathischen Einfühlung bildet (Jacobs, 1973). Wenn wir als Therapeuten in unserer Resonanz Körpergefühle erleben und versuchen, diese zu artikulieren, ringen wir gewissermassen um das verbale Artikulieren unserer subjektiven Zustände (Bollas 1997, S. 217), bis es uns gelingt, diese präverbale Erfahrung in eine symbolische und mitteilbare Welt zu übersetzen.

Auf unsere Fallvignette bezogen, heisst dies: Indem der Therapeut sein Körpererleben artikuliert, konnte der Patient dieses Erleben in einen Zusammenhang mit den Kopfschmerzen und mit den Affekten der Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wut bringen. Die „Blockade“ – also das Schweigen, das Nicht-Weiter-Wissen, wurde zum Startpunkt eines therapeutischen Prozesses. Übrigens: Genau hier, im „Stocken“, zeichnete sich ein Übergang aus explizitem Wissen und impliziten Bedeutungen ab. Indem der Therapeut seine bewussten Aufmerksamkeit auf die Innenwahrnehmung des Körpers lenkte, nahm er den Felt Sense in seinem eigenen körperlichen Resonanzraum wahr, und trug damit das Seinige dazu bei, dieses Stocken, die Blockade des Patienten zu überwinden.

Nun kann es zwar durchaus vorkommen, dass sich durch einen einmaligen Akt der Wahrnehmung und Symbolisierung eines Felt Sense eine für den weiteren Prozess wesentliche Erkenntnis zum Erleben des

Patienten ergibt, wie dies in der erwähnten Fallvignette dargestellt wurde. Meist spielt sich dieser Prozess jedoch viel unspektakulärer ab, indem der Therapeut über viele Stunden von einem eigentümlichen, noch nicht vollständig fassbaren Felt Sense-Erleben begleitet wird, bis sich daraus allmählich eine für die Situation und die Geschichte des Patienten passende Symbolisierung ergibt.

Zweite Fallvignette

Die Psychotherapie einer Frau in ihr späten Vierzigern, welche als Beraterin in einem Reisebüro arbeitete und seit ihrer Jugend unter Depressionen und Selbstwertproblemen litt, zeichnete sich in den ersten Monaten dadurch aus, dass die Therapeutin jeweils zu Beginn der Sitzungen grosse Mühe hatte, sich an die Themen der Patientin und sogar an die Patientin selber zu erinnern. Es war ihr unmöglich ein inneres Bild dieser Patientin zu formen, obwohl die Sitzungen selber jeweils durchaus kurzweilig waren. Das rasch aufscheinende lebendige Bild der Patientin verblasste jeweils, kaum hatte diese das Therapiezimmer verlassen. Durch dieses „Vergessen“ ihrer Patientin fühlte sich die Therapeutin zunehmend unangenehm berührt und in den Sitzungen verspürte sie jeweils ein Gefühl der Verwirrung über ihre „Vergesslichkeit“ und machte sich deswegen Selbstvorwürfe.

Erst nach einiger Zeit wurde der Therapeutin bewusst, dass sie sich durch ihre Schuldgefühle gegenüber der Patientin eingeengt fühlte. Sie begann nun in den Stunden bewusst auf ihren Freiraum zu achten. Indem sie sich körperlich entspannte, auf Atmung und eigene Befindlichkeit achtete, gelang die Öffnung gegenüber den auftauchenden unangenehmen Gefühlen. Durch das Zulassen der Vergesslichkeit wurde die Stimme des inneren Kritikers leiser. Zu diesem Zeitpunkt war die Therapeutin imstande ihre Aufmerksamkeit während der Sitzungen ins Innere ihres Körpers zu lenken, um dem unklaren Empfinden von Verwirrung und Vergessen nachzuspüren. In ihrer körperlichen Resonanz verspürte sie nun ein eigenartiges Schwebefühl im Kopf. Sie assoziierte für sich zu diesem Schweben ein Gefühl der Losgelöstheit von allen Bindungen und dann ein Einsamkeitsgefühl und ein Gefühl von „vergessen gehen“.

Als die Therapeutin, diese Gefühle in sich wahrnahm, nahmen ihre Schuldgefühle schlagartig ab und ein Gefühl der Erleichterung stellte sich ein. Sie erkannte, dass sie mit dem zentralen Thema ihrer Patientin in Kontakt gekommen war, bei dem es um

Vergessenwerden und Einsamkeit ging. Im weiteren Verlauf konnte die Therapeutin ihre Patientin auf diese Gefühle ansprechen, was den therapeutischen Prozess vorantrieb. So sprach die Patientin zum ersten Mal über ihre seit der Jugendzeit bestehenden passiven Todeswünsche, welche mit dem Gefühl der Loslösung aus allen Bindungen übereinstimmte.

Kommentar

In dieser Fallvignette wurden verschiedene Schritte vollzogen. Die Therapeutin fühlte jeweils zu Stundenbeginn eine unangenehme Vergesslichkeit, die sie sich nicht erklären konnte. In einem ersten Schritt schuf sie Freiraum, indem sie sich nicht mehr gegen diese unangenehmen und schuldbehafteten Gefühle wehrte, sondern sich entschied, diese zuzulassen. In diesem Moment wurde Raum geschaffen für einen neuen und frischen Zugang zum Erleben, es gelang die Aufmerksamkeit nach innen zu wenden ins Körperinnere, wo die Therapeutin ein Druckempfinden auf der Brust und ein Schwebefühl im Kopf als Felt Sense identifizierte. Diese Wahrnehmung entsprach der körperlichen Resonanz auf diese Patientin und war der Startpunkt für die weiteren Symbolisierungsschritte.

Streng genommen kann bereits die bewusste Wahrnehmung des Felt Sense als erster Symbolisierungsschritt angesehen werden. Denn wer ein Körpergefühl wahrnimmt, hält sich bereits am Übergang zu dessen weiteren Symbolisierung auf. Gendlin (1991a, S. 48) nennt diesen Übergang „Edge of Experiencing“; er liegt paradoxerweise in der Mitte des unmittelbaren Erlebens und dennoch bereits an der Grenze zu einem neuen Erleben. „In der Mitte ist die Kante“, so könnte die Formel dieser Symbolisierungs-Erfahrung heissen. Das Neue, das im Moment noch keine Wörter zur Verfügung hat, ist eine Leerstelle oder Lücke, für welche das implizite Körpergefühl bzw. der Felt Sense eine Art „Vorlage“ gibt.

Dass die Symbolisierung von Einsamkeit und Unverbundenheit zur Situation der Patientin passte, erkannte die Therapeutin an ihrer spürbaren Erleichterung und dem Wegfall der Schuldgefühle, d.h. sie erlebte einen deutlichen *Felt Shift*. Ein solcher *Felt Shift* kann sowohl im Erleben des Patienten – meistens infolge einer passenden Symbolisierung - wie auch im Erleben des Therapeuten auftreten, wenn er seine körperliche Resonanz wahrnimmt und (innerlich) formuliert. In gewisser Hinsicht dient der *Felt Shift* einer Validierung des Symbolisierungsversuchs, er ist der Garant, dass in diesem Augenblick ein lebendiger

therapeutischer Prozess stattfindet, d.h. dass eine "Fortsetzung des Erlebens" ("carrying forward") geschieht (Gendlin, 2002).

„Resonanz“ und „Felt Sense“ – eine wertvolle Kommunikationsweise innerhalb und ausserhalb der bewussten Wahrnehmung

Im Focusing definieren wir den Felt Sense als eine körperlich gespürte Resonanz auf ein bestimmtes Thema, auf einen bestimmten Erlebnishalt oder auf eine Situation. Wie gesagt: Der Felt Sense ist immer bezogen auf ein „Etwas“. Er entwickelt sich typischerweise in verschiedenen Phasen, und zwar von einer vagen, unklaren Empfindung bis hin zu einem - unter Umständen – sehr intensiven Körpererleben, in welchem ein bestimmter Sinn bzw. eine bestimmte Bedeutung enthalten ist:

„We have learned that a little-known *middle spot* which is not a first there, can come; from it one can bear to sense what could be overwhelming. Notice that a step can come where at first there is no way... It is a step of bodily carrying forward, a new energy, a new way of being and living further where before there was no way (Gendlin, 1991a).“

Wir wissen heute, dass ein Grossteil des psychischen Lebens ausserhalb der bewussten Wahrnehmung stattfindet, und dass bedeutende und wirkräftige psychische Erfahrungen im sog. „Unbewussten“, „Impliziten“ oder – wie man in den Kognitionswissenschaften sagt, im „impliziten Gedächtnis“ - gespeichert sind. Aus dieser Sicht ist der Felt Sense ein Körpererleben, das Spuren tieferer, unbewusster Erfahrungen gleichsam enthält bzw. diese Erfahrungen in Form eines Körpergefühls repräsentiert. Die Brisanz dieser Vorstellungen liegt natürlich auf der Hand, wenn es sich bei diesen Erfahrungen um solche des physischen oder sexuellen Missbrauchs oder der emotionalen Vernachlässigung handelt.

In der Psychotherapie erleben also sowohl der Patient wie auch der Therapeut zum Teil intensive Gefühle, die sich zunächst lediglich als präverbale Körperempfindungen manifestieren und erst nach und nach ihre implizite Bedeutung entfalten. Ein Teil dieser Körperempfindungen (auf Seiten des Therapeuten) können nun auf die Interaktion mit dem Patienten zurückgeführt werden. Das Besondere ist, dass wir diese Austauschprozesse normalerweise gar nicht wahrnehmen, weil sie sich unserer bewussten Aufmerksamkeit gleichsam entziehen. Wir

nehmen lediglich das Ergebnis dieser unbewussten Kommunikation wahr, das sich dann in Körpergefühlen, Emotionen, Gedanken oder sogar Handlungsimpulsen (Sandler, 1983) äussert. Freud schrieb dazu, dass wir unser eigenes Unbewusstes „dem gebenden Unbewussten“ des Patienten als eine Art „empfangendes Organ“ zur Verfügung stellen sollen (Freud S. G.W. VIII, S. 381).

Ein ähnlicher oder sogar derselbe Vorgang ist bei der „Resonanz“ zu beobachten: Der Körper des Therapeuten schwingt in der Situation, die mit dem Erleben des Patienten zu tun hat. Mit anderen Worten: Die Situation (die, wie gesagt, mit dem Erleben des Patienten zu tun hat) „schwingt“ im Körper des Therapeuten. Körper und Situation stellen somit eine „Einheit“ dar (Stumm et al., 2003, S. 270). Das Unbewusste des Therapeuten reagiert auf die unbewussten Signale des Patienten, indem es den Körper des Therapeuten in „Schwingungen“ versetzt.

Der unschätzbare Wert dieser Kommunikation liegt darin, dass auf diese Weise konfliktreiche oder auch traumatisierende Situationen aus der Vergangenheit des Patienten einer symbolisierenden und kommunizierbaren Erfahrung zugänglich werden. Das Erkennen und Wahrnehmen der Gefühle und Empfindungen, die in der Resonanz auf einen Patienten entstehen, schafft also einen direkten Zugang zu dessen Erleben! Durch das Einnehmen der Focusing-Haltung eröffnet sich somit die Möglichkeit eines kreativen Umganges mit den in der Resonanz auftretenden Körpergefühlen.

Wir kennen dieses Vorgehen gut: Durch das Etablieren eines Freiraumes, wird es dem Therapeuten möglich, einen Teil seiner Aufmerksamkeit nach innen, d.h. in seinen Körperinnenraum zu lenken und möglicherweise bestehende oder sich bildende Körpergefühle wahrzunehmen. Im Allgemeinen bewegt sich der Therapeut nun auf verschiedenen Ebenen: Er reagiert zum einen auf die unmittelbaren Äusserungen des Patienten, die Realbeziehung sichernd. Gleichzeitig achtet er auf die Bewahrung des inneren Freiraums, der es ihm ermöglicht, im Kontakt mit dem in der Resonanz auftretenden Felt Sense zu bleiben und diesen wahrzunehmen.

Aber auch ein Felt Sense kann sich auf verschiedene Weisen ausbilden: Einerseits kann ein Felt Sense im Fokus unserer bewussten Aufmerksamkeit, d.h. in der inneren Arena eines bereits geschaffenen, luftigen Freiraums entstehen. Ein Felt Sense kann sich aber auch spontan bilden, so dass die Aufmerksamkeit des Therapeuten von diesem inneren Erleben gleichsam magnetisch

angezogen wird. Der Therapeut schafft dann erst nachholend den notwendigen Freiraum, baut gewissermassen ein angemessenes Haus, um sich diesem Körpergefühl kreativ zuwenden zu können. Im Idealfall gelingt dem Therapeuten eine dauerhafte Focusing-Haltung, so dass auch sehr subtile Veränderungen des inneren körperlichen Erlebens ständig, sozusagen online, wahrgenommen werden können. Durch die Wahrnehmung des Felt Sense, dessen Symbolisierung und das Einbringen des Symbolisierten in den therapeutischen Prozess kann dieser dann im Sinne eines „*carrying forward*“ vorwärtsgebracht werden. Auf diesen Punkt möchten wir im folgenden Abschnitt näher eingehen.

Der Felt Sense und seine Symbolisierung

Wie wir wissen, haben Körpergefühle in der Resonanz sehr häufig mit Erfahrungen zu tun, die sich jenseits der Worte abspielen: Sie sind noch nicht gedacht und mit Bedeutungen versehen. Man kann somit ohne weiteres sagen, dass der Felt Sense als Mentalisierung eines Körpererlebens verstanden werden kann (vgl. Fonagy et al. 2004, S. 436 ff.). In diesem Sinne stellt der Felt Sense eine erste, vielleicht sogar die früheste Explikationsform einer unbewussten Erfahrung dar.

Beim „Felt Sense in der Resonanz des Therapeuten“ handelt es sich um „etwas“, das weder ausschliesslich zum Therapeuten noch zum Patienten gehört. Es situiert sich vielmehr in einem Übergangsraum, der beide Personen und damit beide Körper umfasst. Mit den Worten Gendlins (Gendlin, 1994, S. 60) existieren zwar zwei Personen - als „*frames of reference*“ (= innere Bezugsrahmen), aber nur *eine* Interaktion. Es gibt daher nur einen Prozess, den beide an der Interaktion beteiligten Personen konkret erleben.

Damit nimmt der Felt Sense des Therapeuten, welcher in der Resonanz auf einen Patienten trifft, eine Art psychische Brückenfunktion ein. Nach André Green (2000, S. 222), einem französischen Psychoanalytiker, wird die Gedankenkette eines Patienten dann unterbrochen, wenn dieser auf einen inneren Widerstand stösst, d.h. auf etwas im weitesten Sinne Unangenehmes, dem der Patient – bewusst oder unbewusst – ausweichen möchte. Normalerweise entstehen dann „Sprechpausen“ oder „Leerstellen“ – oder der Patient spricht über etwas ganz Belangloses weiter und schweift in einen Bereich ab, der mit dem unangenehmen Erleben nichts oder jedenfalls deutlich weniger zu tun hat.

Die Berührung mit diesem Erleben setzt sich aber häufig im Therapeuten – und zwar in Form eines Felt Sense – fort! Der Felt Sense in der Resonanz ist gleichsam ein Hinabtauchen in das Ungedachte, dessen symbolisierende Artikulation für den Patienten momentan unmöglich geworden ist. Insofern kann der Felt Sense, der sich in den „Lücken“ der mentalen Assoziationskette bildet, etwas implizieren, das dem Patienten und wahrscheinlich auch dem Therapeuten bisher nicht zugänglich gewesen war (vgl. Gendlin 1993, Wiltschko 1999).

Entsprechend weist Gendlin darauf hin, dass der Therapeut gerade seinen eigenen „eher ungemütlichen Reaktionen“ innerhalb der Interaktion mit dem Klienten besondere Aufmerksamkeit widmen sollte, da diese Reaktionen wichtige Informationen über das Geschehen in der Interaktion enthalten könnten. Auf Grund seiner eigenen psychischen Aktivität und Lebendigkeit kann nun der Therapeut seinen Felt Sense zu diesen „ungemütlichen“ Gefühlen verarbeiten, also wahrnehmen und explizieren. Wir sind gewissermassen „Brückenbauer“ und vollziehen einen psychischen Schritt, der dem Patienten in diesem Moment nicht möglich gewesen ist (Gendlin, 2002). Man könnte den Felt Sense, wie er in der Resonanz bzw. in der Gegenübertragung entsteht, auch mit einem „Briefumschlag“ vergleichen, der nur mithilfe des Therapeuten und seiner psychischen Aktivität geöffnet werden kann. An der Entzifferung des Inhalts sind jedoch beide, Therapeut und Patient, beteiligt.

Keihen wir nochmals zur ersten Fallvignette zurück, um diesen Prozess genauer zu beobachten: In der Stunde mit Herrn A., dem Patienten mit den Kopfschmerzen, bestimmte eine starke Wut die Situation. Herr A. drückte diesen Affekt einerseits mit Kopfschmerzen aus, andererseits, indem er seine präverbale Gefühle in den Therapeuten projizierte. Dieser nahm die präverbale Wut in Form eines Felt Sense wahr („etwas Heftiges, Brutales, Unangenehmes im Körper“) und erledigte dann die Arbeit der weiteren Symbolisierung. Er setzt den Felt Sense in ein zwar visuelles, aber körperlich gefühltes Bild um (Explosion, Betonkruste) und bot dem Patienten dieses – wenn auch nur halbfertige – „Mentalisierungsprodukt“ zur eigenen „Weiterverarbeitung“ an. Herr A. verknüpfte dieses Produkt mit Gefühlen (Ohnmacht, Wut) und Erinnerungen an die letzten Tage.

Abschliessend wollen wir aber doch darauf hinweisen, dass die Darstellbarkeit körperlicher Erfahrungen – wie zum Beispiel des Felt Sense – natürlich an Grenzen stösst, welche in der präverbalen Natur dieser Erfahrungen

begründet liegen. Die erste Symbolisierung hat meist etwas Tastendes und folgt eher den Gesetzen einer imaginativen Intuition als denjenigen einer rationalen, allgemein nachvollziehbaren Logik. So erscheinen Bemerkungen und Deutungen des Therapeuten, die sich aus präverbalen Resonanzerlebnissen speisen, auf den ersten Blick oft zusammenhanglos und unlogisch. Der Abstand zwischen öffentlichem *Common Sense* und *dyadischer Logik* ist dann besonders gross, wenn Erfahrungen präverbalen Körpererlebens sprachlich transformiert werden sollen. Die Deskription bewegt sich immer an jenem „Edge of Experience“, sowohl um die innere Wahrheit des Patienten wie um deren öffentliche Darstellbarkeit ringend. Wenn die Symbolisierung jedoch trifft, wird der Patient das Gefühl erhalten, dass wir ihn in einer tiefen, nahezu „körperlichen“ Weise verstanden haben.

Literatur

- Bollas, C. (1997): Der Schatten des Objekts. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Freud S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. G.W. VIII, S. 376-87.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Gendlin, E.T. (1962): Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective. Evanston (Northwestern University Press)
- Gendlin, E.T. (1991a): Thinking beyond patterns: body, language, and situations. In: B. den Ouden, M. Moen (Hg.): The presence of feeling in thought. New York (Peter Lang), 21-151.
- Gendlin E.T. (1991b): On emotion in therapy. In: J.D. Safran, L.S. Greenberg (Hg.): Emotion, psychotherapy, and change. New York/London (The Guilford Press), S. 255-279.
- Gendlin E.T. (1993): Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. Dtsch Z Philos 41, 693-706.
- Gendlin, E.T. (1994): Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg (DAF).
- Gendlin, E.T. (1981/1998): Focusing. Reinbek (Rowohlt).
- Gendlin, E.T. (2002): The experiential response. Regeln für das therapeutische Antworten. Focusing Journal, 8, 2-9.
- Green, A. (2000): Geheime Verrücktheit. Grenzfälle der psychoanalytischen Praxis. Giessen (Psychosozial-Verlag).

- Jacobs TJ (1973): Posture, gesture, and movement in the analyst: cues to interpretation and countertransference. J Am Psa Ass 21, 77-92.
- Sandler, A. (1983). Nicht-verbale Interaktion in der psychoanalytischen Therapie. Psyche Z Psychoanal 8, 701-714.
- Stirn, A. (2002). Gegenübertragung. Psychotherapeut, 47: 48-58
- Stumm G., Wiltshko J., Keil W.W. (2003). Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung. 2003. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Wiltshko, J. (1999): Focusing als Fahrzeug des Denkens. Focusing Journal 3, 2-11.

Dr. med. Barbara Rüttner

*Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Focusing-Trainerin und Focusing-Therapeutin DAF
Arbeit in eigener Praxis
Theaterstrasse 8 CH-8001 Zürich
ba.ruettner@bluewin.ch*



PD Dr. med. Lutz Götzmann

*Psychoanalytiker SGPsa / IPA
.....Psychiatrische Poliklinik
Universitätsspital Zürich
.....Haldenbachstrasse 18
CH - 8091 Zürich
lutz.goetzmann@usz.ch*

