

Christiane Geiser

Gefühle. Der Umgang mit Emotionen in der Klientenzentrierten Körperpsychotherapie.

in: : Georg Schönbächler, Peter Schulthess (Hg.): Der Emotionsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen. Collegium Helveticum Heft 6, Zürich: Collegium Helveticum 2009, S. 23-32

Nicht um Vollständigkeit gehe es oder um die Bedeutung der verschiedenen therapeutischen Schulen, heisst es in der Ausschreibung zu dieser Veranstaltungsreihe, sondern um einen möglichst breiten Überblick über die Konzepte von Emotion.

Ich will versuchen, mich in der zur Verfügung stehenden Zeit an den Fragen zu orientieren, die dieser Reihe zugrunde liegen, sie ein wenig umgruppieren und das so tun, dass die Art und Weise, wie wir in unserem Verfahren an Themen herangehen und wie wir Fragen stellen, deutlich wird.

Welches Menschenbild steht im Zentrum der Therapierichtung?

Die klientenzentrierte Körperpsychotherapie (unser Institut heisst „GFK“, so benannt nach den Anfangsbuchstaben der Hauptrichtungen **G**esprächspsychotherapie – **F**ocusing – **K**örperpsychotherapie) gehört zu den **humanistischen Verfahren** wie die Gestalttherapie, von der Sie schon gehört haben¹, wie einige der Körperpsychotherapie-Verfahren und wie auch die personenzentrierte Psychotherapie, von der Sie später in dieser Reihe noch hören werden.

Die klientenzentrierte Körperpsychotherapie ist ein prozess- und beziehungsorientiertes Verfahren, das dialogisch mit verbalen und körperlichen Begleitformen arbeitet. Relationalität, also die Vorstellung, dass Denken, Handeln und Fühlen in Beziehungen stattfinden, ist die wichtigste Grundannahme unseres Denkens. Ein immer wieder auffindbarer Anknüpfungspunkt ist der Bezug zum inneren Erleben mit all seinen Facetten. Häufig beschäftigen uns die Unterschiede zwischen generellen und individuellen Ausformungen des Lebendigen. Wir sind interessiert an Musterbildungen und deren möglichen Neukonfigurationen im Rahmen einer Beziehung von „Person zu Person“². Theoretisch fragen wir oft, im Sinne des Konstruktivismus, nach Hintergrundannahmen und Metamodellen, die der Art und Weise, über Menschen und ihr Erleben und Leben in der Welt nachzudenken, zugrunde liegen.

Bevor ich nun zu Frage 2 komme (Was für eine Bedeutung haben die Emotionen im Verständnis der psychischen Störung?), möchte ich eine weitere Frage hinzufügen und eine der im Fragenkatalog weiter unten fungierenden nach oben verschieben:

¹ zur Definition und zum Menschenbild der Humanistischen Therapieformen siehe Geiser, 1998

² wie es Carl. R. Rogers in seinen späten Schriften nennt.

Was für ein Verständnis von Emotionen haben wir überhaupt?

Emotionen/Gefühle sind in unserer Theoriebildung nicht atomistisch zu verstehende „Dinge“ oder „Entitäten“ in Menschen. Emotionen sind für uns auch nicht diejenigen „Primäraffekte“, von denen behauptet wird, dass es sie in vielen Kulturen auf eine ähnliche Art und Weise gäbe, von aussen erkennbar, eventuell sogar angeboren. Emotionen sind unserer Meinung nach auch keine rein inneren Angelegenheiten eines Menschen (z.B. des Klienten).

Wir finden es sinnvoller, den Begriff „**Gefühlsprozesse**“ zu verwenden. In einem noch grösseren Begriffskontext gesehen, geht es um Erlebensprozesse in Situationen/Beziehungen, an denen auch Gefühle ihren Anteil haben.

Gefühlsprozesse sind keine vom Kontext, den historischen und gegenwärtigen Beziehungszusammenhängen und der Gesamtkomplexität menschlichen (Er)Lebens isolierbare oder abstrahierbare Einheiten. Sie sind Teil einer Organisation, eines Versuchs, Geschehnisse zu regulieren oder auf sie zu antworten. Sie sind nicht kontextunabhängig, obwohl es oft so scheinen mag. Sie schlummern nicht in Individuen.

Wir verstehen es eher so, dass intersubjektive Felder Gefühlsprozesse formen, ermöglichen, verunmöglichen, gestalten. Das erklärt auch, warum im Verlauf einer therapeutischen Begegnung emotionales Leben neu geformt werden kann, wieso sich in der Kontaktgestaltung unvollständige Zyklen schliessen, notwendige Fragen und Antworten sich im Dialog ereignen und angehaltene Prozesse vorwärts getragen werden können.³

Welche (erkenntnistheoretische) Rolle spielen die Emotionen des Therapeuten?

In klientenzentrierten Verfahren ist der Therapeut kein Experte für die richtige Deutung, Lösung oder Behandlung der Probleme des Klienten. Alles Expertentum richtet sich auf Empathie und Akzeptanz dem Erleben des Klienten gegenüber, auf die Aufrichtigkeit in Bezug auf den gemeinsamen Beziehungsprozess und auf die Präsenz im gegenwärtigen Moment. Das wird mit jedem Klienten neu wieder zu erstellen versucht⁴. Die Therapeutin ist als Professionelle, aber auch als Person anwesend, mitdenkend, mitschwingend⁵, emotional verfügbar, als körperliche Dialogpartnerin zur Stelle, wenn es um die Verkörperung von Beziehungserfahrungen geht.

Selbstverständlich soll in unserem Verfahren die Therapeutin emotional reagieren, sie darf gar nicht gefühlsneutral sein. Passiert das, ist das eher ein Anzeichen dafür, dass in der Beziehung des Klienten zu sich selber oder zur Therapeutin eine spezielle Färbung in den Vordergrund tritt, die diese emotionale Taubheit erstellt.

Wir meinen aber nicht, dass z.B. Ärger, der bei der Therapeutin auftaucht, automatisch bedeutet, dass die Klientin ärgerlich ist resp. dass sie es eigentlich wäre, wenn sie es zulassen könnte oder dass wir quasi stellvertretend für sie ihren Ärger fühlen. Die Therapeutin versucht

³ Die Vorstellung des Vorwärtstragens von Prozessen („carrying forward“) entstammt der Experiencing-Theorie Gene Gendlins, eines amerikanischen Philosophen/Psychotherapeuten und Mitarbeiters von Rogers.

⁴ "Mir scheint, dass wir in Zukunft unser Leben und unsere Erziehung auf die Annahme gründen müssen, dass es ebenso viele Wirklichkeiten wie Menschen gibt, und dass wir dies zuallererst akzeptieren müssen, bevor wir weitergehen", Rogers 1980.

⁵ Daniel Stern nennt diese Resonanz „attunement“ und Gene Gendlin „experiential response“

im Beziehungskontext (oder spätestens in der Supervision!) zu verstehen, was dieser Ärger bedeuten könnte. Dazu braucht sie eine Schulung im Anfragen ihres eigenen Erlebensprozesses („Was an der ganzen Situation ist es denn, das mich jetzt ärgerlich macht?“). Ausserdem weiss sie aus Erfahrung, dass manchmal besonders heftige wiederkehrende Gefühle beim Klienten, dessen Mehrdimensionalität im Erleben wahrnehmbar zusammenbricht, eine deutliche energetische Resonanz bei der Therapeutin bewirken können. Das sagt dann aber nur etwas aus über die Heftigkeit der Beziehungsresonanz und nichts über die Emotion selber! Ein „Gefühlseinbruch“ einer anderen Person kann an eigenen „einbruchsgefährdeten“⁶ emotionalen Bereichen ziehen. Solche Gefühle sollen in der Regel (weder beim Therapeuten noch beim Klienten) handlungsleitend sein. Sie können aber ein wichtiges gemeinsames Lernfeld sein und dem Klienten eine „korrigierende Beziehungserfahrung“ ermöglichen.

Die emotionale Resonanz der TherapeutIn ist also wichtig im Sinne einer Prozess- und Beziehungsdiagnostik.

Um so arbeiten zu können, darf die Therapeutin in ihre eigenen Gefühlsprozesse nicht mehr ganz eingebunden sein, sonst kann sie nicht davon zurücktreten. Sie muss lernen, welche Gefühle ihr selber leicht zugänglich sind und welche nicht. Sie muss wissen, wie sie auf Gefühle anderer in ihrer Gegenwart reagiert. In Bezug auf die KlientInnen heisst das: welche Gefühle sie willkommen heissen kann, welche sie vielleicht sogar gern begleitet, vor welchen sie sich eher fürchtet oder welche ihr lästig/unangenehm sind. Das alles kann Konsequenzen für die Auswahl ihrer Prozessinterventionen haben.

Sich auf diese Art und Weise als Person in die therapeutische Beziehung zu begeben, ist eine professionelle und menschliche Herausforderung. C.R. Rogers hat immer vertreten, dass die erste Bedingung zum Zuhören Mut sei, weil auch die Zuhörenden verändert werden!⁷

2.) Was für eine Bedeutung haben die Emotionen im Verständnis der psychischen Störung?

Das ist eine interessante Frage. Allerlei Annahmen sind darin verborgen.

- Der **Störungsbegriff**: es wird von „psychischen Störungen“ ausgegangen, und das ist eine folgenreiche Formulierung, die zwar üblich ist in der Psychiatrie und Psychologie, mit der aber auch etwas in die Welt gesetzt wird. Wer den Störungsbegriff benutzt, kreiert eine bestimmte Sicht der Wirklichkeit und beschreibt nicht einfach Fakten; die Vergabe einer Diagnose hat Konsequenzen. Denn: Wer hat die Definitionsmacht? Wer entscheidet, was „gestört“ ist? PatientInnen, die sich so fühlen? Die Umgebung? Die medizinische Fachwelt? Wer sagt das zum wem? Gestört ist ein Bewertungsbegriff („Du bist sooo gestört!“ oder „das ist ja vielleicht gestört!“ sagen die Jugendlichen heute) und ein medizinischer Begriff: etwas im organischen Zusammenhang ist gestört oder ein einzelnes Organ.

⁶ Zum Begriff „Einbruch“ und der Theoriebildung über strukturgebundene Prozesse/Charakterstrukturen siehe die Artikel von Chr. Geiser unter www.gfk-institut.ch/artikel und die populärwissenschaftlichen Bücher von Sabine Unger 2007 und Othmar Loser-Kalbermatten 2008

⁷ Ähnliche Gedanken finden wir heute auch in der neueren intersubjektiven/relationalen Psychoanalyse (Donna Orange, 2004)

Gestört ist aber eigentlich ein relationaler Begriff: gestört in Bezug worauf? In Vergleich mit? In Beziehung zu?

Gibt es darüber hinaus „Störungen“, die rein psychisch sind? Auch das ist eine Annahme, die nicht mehr aufrechtzuerhalten ist. Mit dem heutigen psycho-bio-sozio-öko-kulturellen Blickwinkel gesehen, gibt es keinen Teilbereich des Menschen (in seiner Umgebung), der als allein „verursachend“ angesehen werden kann.

Wir haben uns entschieden, den Störungsbegriff nicht zu verwenden. Wir ersetzen ihn durch Begriffe wie „strukturegebundenes“ oder „musterhaftes“ Verhalten oder wir beschreiben Schwierigkeiten einer Person in ihrem relationalen Kontext.

- Die Frage nach der „psychischen“ Störung ist auch noch in einer anderen Hinsicht interessant. Sie ist auf die **Pathogenese** gerichtet. Es wird nicht gefragt nach der Bedeutung der Gefühle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit! Das wäre ein **salutogenetischer** Ansatz.⁸ Gefühle könnten doch belebend, kreativ, nährend, gesundheitsfördernd sein. Diese Sicht könnte unser Denken umorientieren, und das sagt schon etwas aus über die Macht unserer Annahmen, unserer Glaubenssysteme. Für KlientInnen ist die Frage, ob sie sich gesünder fühlen wollen nach der Therapie oder wo in ihrem Leben sie es geschafft haben, trotz allem gesund zu bleiben, ein anderer Blickwinkel als das Erforschen der kranken Anteile und der Gefühle im Zusammenhang mit einer Störung. Wir finden es wichtig, auch diesen Blickwinkel zu verwenden.
- Weitergeführt werden könnte dieser Denkanfang dann in **Annahmen über unseren Beruf**, die Psychotherapie: wozu soll sie dienen? Zum Heilen? Zum Behandeln von Symptomen? Zur Entwicklung von menschlichem Lernen, zum Ausweiten von Wahrnehmung und Erleben? Das sind interessante, auch gesundheitspolitisch wichtige Fragen.

Wir sehen, dass das Erfinden/Konstruieren von Begriffen/Theorien und Modellen immer mit einer Folgenabschätzung Hand in Hand gehen muss.

Nun also: was kann „gestört“ sein an den Emotionen? Ich frage lieber:

Mit welchen Anliegen bezüglich ihrer emotionalen Welt kommen KlientInnen in Therapie?

Viele unserer KlientInnen beginnen die Therapie, weil ihre Gefühle in Bezug auf ein Ereignis durcheinander geraten sind, weil sie von bestimmten Emotionen nicht mehr loskommen, weil sie zuviel oder zuwenig oder zuwenig „angemessene“ Gefühle zeigen können, weil sie nicht wissen, welchen ihrer meist heftigen Gefühlen sie vertrauen sollen und welche für sie handlungsleitend sein könnten, oder weil sie geschickt werden, meistens von frustrierten BeziehungspartnerInnen, da sie keine Gefühle hätten oder sie nicht zeigen könnten. Sie ahnen oder wissen um eine emotionale Einseitigkeit oder Unverbundenheit, sie (oder ihre Umgebung) klagen über stereotypes gefühlsmässiges In-der-Welt-Sein, sie empfinden sich als emotional nicht fähig zu kommunizieren, als gefühlsleer oder als gefühlsüberschwemmt.

Emotionen, wie andere Anteile eines Erlebensprozesses auch (Gedanken, Körpersymptome etc.), können stereotyp werden, in der Terminologie Gene Gendlins heissen sie dann „strukturegebunden“. Sie können wie in einer Plattenrille hängen bleiben, nichts Neues mehr

⁸ s. Antanowsky 1997

kreieren, sie sind dann nicht mehr im Kontakt, nicht mehr verbunden mit dem unmittelbaren gegenwärtigen Erleben und werden nicht mehr „vorwärts getragen“, das heisst: sie verändern sich nicht.

Ich versuche, das mit Beispielen aus der Praxis zu illustrieren. In komplexen Situationen Muster sehen zu können, ist ein entscheidender Schritt in der Therapie. Diese Muster oder Musteranordnungen können uns wie „Eigenschaften“ der Menschen erscheinen, sind aber einseitig gewordene strukturgebundene Interaktionserfahrungen, die dann in der therapeutischen Begegnung gemeinsam neu gestaltet werden können.

- **Einseitige Emotionen:** es gibt Menschen, die jeden Erregungsanstieg (arousal) als Angst wahrnehmen, auf die sie dann entsprechend reagieren. Kommt ein Kind fünf Minuten zu spät aus der Schule heim, sehen sie es schon auf der Intensivstation des Krankenhauses und rufen dort an. Bemerkten sie Schimmel am Brot, haben sie schon Panik, sie hätten ihre Familie vergiftet und müssen sich bei der Giftzentrale vergewissern, dass das nicht so ist. Ihnen fehlt das Differenzieren von Erregung: was ist „nur“ Aufregung? Was ist z.B. Lampenfieber? Was ist Verliebt-Sein, Kribbeln, sich ein bisschen flatterig fühlen vor der Prüfung oder vor einem wichtigen Treffen? Sie haben also einerseits für jede physiologisch gesteigerte Erregung nur eine einzige innere Gefühlsantwort, die der Angst. Andererseits haben sie sonst im Spektrum der Gefühle bemerkenswert wenige Ausprägungen. Vielen von ihnen ist Aggression nahezu unbekannt, oder manchmal auch Traurigkeit. Im Kontakt bemerken wir häufig ein Flackern in den Augen, eine latente Daueranspannung („es könnte etwas Schlimmes passieren!“), andererseits am anderen Pol eine gewisse Tendenz, Dinge zu beschönigen, eine auffällige Abwesenheit von Angst z.B. in ihrem Berufsalltag als Gassenarbeiterin oder Schwester auf der Intensivstation, eine Tendenz zum „Heile-Welt-Denken“ , zum Untenbehalten der Erregung.⁹
- **Überlagerte Emotionen:** Wir kennen das im Umgang mit manchen Menschen, dass sie bei der geringsten Erschütterung der Beziehung, des Vertrauens um sich schlagen, laut und heftig werden, in nie und immer-Aussagen fallen, die Beziehung aufkünden, andere verbal und sich selber oft auch körperlich verletzen. Es ist, als ob diese heftige Wut direkt unter der Oberfläche der sowieso schon bis aufs äusserste angespannten Menschen sitzt und bei der geringsten Berührung explodiert. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass unterhalb/innerhalb dieser Wut eigentlich Angst sitzt, Vernichtungsangst, (bevor ich selber umkomme, wehre ich mich und fege die anderen vom Platz!). Wir anderen können die Wucht dieser Ladung nur mit Wissen und Übersetzungsarbeit aushalten und uns dann adäquat verhalten, z.B. nicht weggehen, nicht selber Angst bekommen. Am anderen Pol können diese Menschen bisweilen kritiklos freundlich sein, um das Vertrauen in Menschen nicht zu gefährden.
- **Zu wenig/fast keine Emotionen.** Das ist zum Beispiel bei den ganz erstarrten Menschen (den in der Fachsprache „Depressiven“) oder auch bei „psychosomatisch“ reagierenden Menschen der Fall. Sie erzählen mit versteineter Miene, wie schrecklich alles ist und dass es sinnlos ist, dass sie auf der Welt bleiben. Bei ihnen ist buchstäblich jegliches Gefühlsleben erstarrt. Wenn wir sie berühren, spüren wir keine Pulsation, im Dialog keine Resonanz auf uns. Was zu Beginn einer solchen Entwicklung sich noch anfühlt wie schreckliche Verzweiflung auf engstem Raum, die sich rasend schnell im Kreis dreht, wird später dann zur leblosen Erstarrung. Wenn

⁹ Viele dieser strukturgebundenen Gefühlsprozesse bewegen sich tendenziell hin zu einem von zwei entgegengesetzten Polen mit einem auffällig vakanten Erlebensbereich im Mittelfeld dazwischen.

diese Menschen wieder eine Emotion spüren (Kummer oder Wut oder traurig sein können über einen Verlust, über nicht gelebtes Leben), dann kommt eine emotionale Entwicklung wieder in Gang.

Bei den so genannt psychosomatischen PatientInnen, deren Zahl in unseren Praxen steigt, ist der Prozess schwieriger zu verstehen. Landläufig wird immer gemeint, der Patient habe keine Gefühle¹⁰ und klage immer nur über Symptome. Die Sachlage ist aber komplexer, weil offenbar Erregungsmuster sich im Gesamtorganismus immer zuerst als Schmerz oder in somatischen Symptomen äussern und nicht als seelisches Unglück. Dort sind innere emotionale Leerstellen, fehlende Erlebensprozesse. Das emotionale Leben ist somatisch, nonverbal, undifferenziert und vage. Wohin sind all die Emotionen, die Kinder noch zur Verfügung haben, verschwunden?

Ein weiteres Beispiel von scheinbar nicht vorhandenen Emotionen finden wir bei Menschen nach Schockerlebnissen oder grossem Schreck. Alle lebendigen Reaktionen sind eingefroren, die Seele habe sich in Sicherheit gebracht, wie manche dann später berichten.

- Vor allem **VIEL**: die Betonung liegt auf der Quantität: Je mehr Emotionen, je intensiver sie sind, umso besser. Es kommt nicht drauf an, welche Gefühle (welche Lebensformen überhaupt) da sind, Hauptsache: viel davon und intensiv! Diese Menschen erkennen kleine gewöhnliche Emotionen nicht als „lebendig“, sie haben keinen Wert, keine Bedeutung.
- **Bewertung der Gefühle**: Das sind Menschen, die Bedenken haben, Gefühle überhaupt zu erlauben, zu zeigen, auszudrücken. Sie meinen, wenn sie einmal anfangen würde zu weinen, wütend zu werden, Angst zu zeigen, dann würde es nie mehr aufhören. Es gäbe dann einen nie endenden Tränensee oder sie würden alles kurz und klein schlagen oder vor Angst nie mehr aufhören zu zittern. Sie haben kein Gefühl für einen Gefühlszyklus, der beginnt, anschwillt, einen Höhepunkt erreicht und dann wieder abflaut. Oder sie haben Angst davor, in Gegenwart eines anderen Menschen die Kontrolle zu verlieren und ihre Gefühle zu zeigen. Wie das aussehen würde! Das Make-up zerläuft, so würden sie nachher durch die Strassen gehen müssen! So gesehen werden! Andere würden sie ganz sicher wegen ihrer Schwäche verurteilen! Hier mischt sich eine Bewertungsangst, eine innere Annahme mit der Vorstellung, Gefühle zu haben/zu zeigen.
- Manche werden auch **geschickt**, von fast resignierten Frauen/Partnern: die/der zeige überhaupt keine Gefühle, das müsse er/sie lernen, sonst könne die Beziehung nicht weitergehen! Die Betroffenen wehren sich heftig oder hilflos: sie würden doch immer an die andere Person denken, würde ihr Fahrrad reparieren, für sie einkaufen, an die gemeinsame Zukunft denken... ob das denn keine Gefühle seien? Was es denn sei, was fehle?

Ich will es bei diesen Beispielen aus dem Praxisalltag bewenden lassen. Sie zeigen hoffentlich, wie vielfältig die Gefühlsanliegen der KlientInnen sein können.

¹⁰ In der psychoanalytischen Fachsprache wird das „Alexithymie“ genannt

Welche Rolle spielen die Emotionen im therapeutischen Geschehen?

Mir kommt wichtig vor, dass wir als TherapeutInnen unsere eigenen Hintergrundannahmen, was Gefühle und den Umgang damit angeht, kennen lernen, überprüfen und evtl. erweitern, denn sie färben unsere Vorstellungen, wohin denn die Therapie führen soll, was für Ziele zu erreichen sind, was „gesund“ ist – und was unsere Rolle in der therapeutischen Begegnung ist! Interessant und anspruchsvoll wird es dann, wenn unsere KlientInnen andere Konzepte über Gefühle haben als wir!

Meinen wir z.B.

- dass es gut“ ist, möglichst viele unterschiedliche Gefühle zur Verfügung zu haben? Alle? Gibt es gute und schlechte, angenehme und unangenehme Gefühle?
- dass es gut ist, Gefühle auch auszudrücken? Immer?
- dass es verdrängte/abgespaltene/projizierbare Gefühle gibt?
- dass man Gefühle hin und herschieben, behalten oder ausdrücken, entladen kann, dann seien sie weg, bis sie wieder neu auftauchen?
- dass es der Job des Klienten ist, das emotionale Leben in sich drin wieder regulieren zu lernen, seine Lernaufgabe sozusagen?
- dass es eine medikamentöse Beeinflussung der Gefühle braucht? (Wann und bei welchen Gefühlen würde eine ärztliche Psychotherapeutin Medikamente verordnen? Weil sie meint, es täte dem Klienten gut? Weil sie eine bestimmte Art und Weise der Gefühlsgestaltung resp. Gefühlsdichte nicht aushält?)

Einige Anmerkungen:

Ich weiss nicht, woher die Idee kommt, die auch heute noch in vielen Richtungen und auch im so genannt gesunden Menschenverstand vorherrscht, dass es so etwas wie einen Stau gebe, wenn Gefühle nicht ausgedrückt werden. Als ich vor Jahrzehnten in der Körperpsychotherapie sozialisiert wurde, war das noch die offizielle Lehrmeinung. Gefühle endlich haben zu dürfen, dem Bauch zu folgen und nicht dem Kopf, (auch so ein Konstrukt!), das war Trend. Kathartische Entladung stand hoch im Kurs, je „lauter und nasser“ eine Gruppe verlief, desto höher stieg der Marktwert des Gruppenleiters, und man machte mit, so gut es eben ging. Ich vergesse es einem meiner ersten Ausbilder nie, dass er in einem Workshop inmitten schreiender, auf den Boden trommelnder und schluchzender Menschen doch auch zu mir kam, die als einzige regungslos und stumm mit geschlossenen Augen auf der Matte lag, und sagte: „Du siehst aus wie Ophelia. – was ist es, das dich so still macht?“ - ein „Moment of Now“, wie Stern das nennen würde, eine Begegnung, an die ich mich immer noch erinnere. Sie weckte natürlich im weiteren Verlauf deutliche Gefühle, aber es waren geteilte Gefühle in einer Beziehung, nicht nur ein Aus- und Abregieren. Solche gemeinsamen emotionalen Momente ändern auf einer tiefen Ebene das implizite Beziehungswissen, es entstehen neue Form von Bezogenheit und Kontakt.

Efran/Efran/Lukens schreiben dazu: „Viele Therapeutinnen handeln noch so, als glaubten sie, dass Menschen Gefühle, wie etwa Wut, „enthalten“ - mehr oder weniger so wie ein Dampfkessel heisses Wasser enthält. Sie möchten die Person „kochen“, um ihren Gefühlen „Luft zu machen“, damit sich kein Druck aufbaut und eine äussere oder innere Explosion auslöst. Die Dampfkessel-Metapher ist zwar weit verbreitet, aber unglücklich. Sie stimmt weder gut mit der menschlichen Physiologie überein, noch bietet sie eine verlässliche Anleitung für klinische Praxis. Gefühle sind keine gelagerten Mengen, noch verschwinden

sie, wenn sie „entladen“ werden.“ Allerdings, so die Autoren, enthalte diese Vorstellung ein Körnchen Wahrheit, nämlich dass man sich tatsächlich nach solch einer Entladung besser fühlt. Aber es könnte ja auch sein, dass das so ist, weil eine Blockierung verschwunden ist, etwas weitergegangen ist, weil es Änderungen im sozialen Miteinander gibt nach so einem Ausbruch. „Anders gesagt, die Handlungsimplicationen der Katharsis sind entscheidend - nicht die verausgabte Energie oder ob jemand etwas „los geworden“ ist oder nicht“.¹¹

Hören wir in dieser Annahme nicht auch eine spezifisch männliche Vorstellung heraus darüber, was mit einer Substanz passiert, die nicht rausgelassen wird? Wenn man keine Sexualität hat oder wenn man nicht genügend weint, nicht genügend zornig ist, die Gefühle nicht entlädt, werde man krank oder neurotisch, heisst es dann. Aus Metaphern, z.B. über den „Strom“ des Erlebens im Körper, werden mit der Zeit konkrete Substanzen, die im Körper strömen, Plasma z.B. oder auch Energie. Das halten wir für heikel, es verführt zu einem Denken in Entitäten.

Zudem ist die Vorstellung, dass energetische Zustände in einer Person drin sind und sich dort verändern lassen, ohne die jeweilige Beziehungssituation mit einzubeziehen, ein Kennzeichen einer Ein-Personen-Psychologie. In unserem Verfahren meinen wir, dass energetische Prozesse und Gefühle immer ein Teil einer Gesamtinteraktion sind.

Gefühle und ihr Ausdruck müssen auch nicht immer heftig sein. Das ist nur *eine* Möglichkeit, wie inneres Erleben sich formen und ausdrücken kann. Gene Gendlin definiert einen Unterschied zwischen einer Emotion („sheer emotion“) und einem so genannten „Felt Sense“¹². Der Felt Sense ist weiter gefasst, er entsteht in uns, körperlich wahrnehmbar, wenn wir uns in Bezug auf ein Thema, eine Frage oder auch auf einen Gefühlsprozess die Frage stellen „Was ist „all that“? Was entsteht in mir, wenn ich an dieses Ganze denke, an die Gesamtsituation, an alles, was ich damit verbinde?“ Typischerweise ist der Felt Sense anfänglich nur undeutlich körperlich spürbar, kann sich aber, wenn wir unsere Aufmerksamkeit darauf richten, verdeutlichen und in verschiedenen Modalitäten ausfalten (in Bildern, Wörtern, Gefühlen...). So kann Neues entstehen, Noch-nicht-Gedachtes, Noch-nicht-Gefühltes, das am Rand des Bekannten entsteht und oft auch den engen spezifischen Rahmen einer Emotion überschreitet. So können mehr und andere Facetten einer Situation und ihrer Bedeutung im Erleben eines Menschen entstehen.

Wenn wir Gendlins Überlegungen zum Felt Sense bezüglich einer Situation auf die Arbeit mit Gefühlen in der Therapie anwenden, kann eine Testfrage eigentlich immer die sein, ob Gefühle einen Prozess weitertragen (beim Klienten, beim Therapeuten, zwischen ihnen) oder nicht. Wird das Erleben in einem Gefühlsprozess weiter, klarer, lebendiger? Entsteht ein „Mehr“? Oder eröffnen die Emotionen nichts Neues, bleibt das Erleben gleich oder ähnlich, entstehen Empfindungen der Schaltheit, der Sinnlosigkeit, der Repetition?

Wie wird mit Emotionen im therapeutischen Setting umgegangen?

Immer noch (vielleicht ändert sich das in der nächsten Generation?) treffen wir Menschen an, die in ihrer Biographie emotional stark besetzte Situationen erlebt haben, in denen es ihnen aber nicht möglich war, diese Gefühle zu spüren und/oder auszudrücken und in denen niemand da war (durchaus im Sinne einer „Resonanzstörung“), der die Gefühle entgegengenommen, bezeugt hätte oder der tröstend und mitfühlend zur Seite gestanden wäre.

¹¹ Efran/Lukens/Lukens, 1992, S. 215ff.

¹² Gendlin 1990

Für diese Menschen ist es im Sinne eines „completing“ (Vervollständigens einer angehaltenen Bewegung) sehr hilfreich, diese Gefühle nachträglich erleben und zeigen zu können, in einer Beziehung eingebettet zu sein, in der angemessen reagiert wird. Auch gefühlsmässig aufgeladene, aber unvollständige Interaktionen können stellvertretend ausgeweitet und anders erlebt werden.

Wir begleiten ja als Therapeutin einen Klienten, der zaghaft beginnt, ein Gefühl zu ahnen, der einen kleinen Erregungsanstieg, ein wenig feuchte Augen, beginnende kleine Bewegungen oder eine andere Atmung hat, anders als jemanden, der schon zum zehnten Mal in Tränen aufgelöst die Praxis betritt. Es gibt verschiedene Arten zu weinen, und nicht immer ist sofort klar, welche Art von Emotion da zum Ausdruck kommt. Man kann wütend weinen, hilflos, verzweifelt, traurig, Tränen entstehen aus Berührt-Sein, aus Erschütterung, aus Sentimentalität. Und es gibt im Zusammensein mit Klientinnen sehr unterschiedliche Reaktionen unsererseits, wenn jemand zu weinen beginnt: es kann so etwas wie Erlösung auch in meinem Körper geben: endlich! Endlich schmilzt da etwas Gefrorenes, eine kleine Fallbewegung findet statt, wenn jemand sich einem Gefühlsausdruck überlassen kann, etwas in uns sinkt mit, ah ja, sehr gut, jetzt wird etwas besser, das ist adäquat. Manchmal spüren wir selber einen Ansatz zu Tränen, weil uns etwas mit-bewegt, wir mit-fühlen. Dann gibt es auf der anderen Seite aber auch Tränen, die uns ratlos machen, die uns aufzufordern scheinen, sofort etwas zutun, in die Nähe zu gehen, zu trösten, etwas besser zu machen – und auf der anderen Seite uns festnageln auf unsrem Sitz, uns innerlich hilflos machen, sodass wir im selben Patt sitzen. Und dann gibt es die Tränenausbrüche, denen wir selber emotionslos und manchmal sogar entnervt oder gelangweilt gegenüber sitzen, ach nein, nicht schon wieder. Da braucht es dann Auseinandersetzung, Neu-Suchen, ein neues Abstimmen in der Beziehung.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass dieses Vervollständigen und Vorwärtstragen angehaltener Erlebensprozesse nicht wieder musterhaft erstarrt. Wiederholung bringt nicht immer Wachstum mit sich.

Genauso wichtig ist es, das Auftauchen **differenzierterer Gefühle** in den Kontexten der KlientInnen zu begleiten. Die Beschäftigung mit „reinen“ Gefühlen (Angst, Zorn, Trauer...) ist in der Therapie ohnehin die Ausnahme. Die meisten emotionalen Zustände/Prozesse, denen wir begegnen, sind komplexer und untrennbar mit Situationen, Gedanken, Empfindungen und Beziehungserinnerungen verknüpft. Menschen befürchten etwas, fühlen sich schuldig oder haben ein schlechtes Gewissen, sie sorgen sich oder fühlen sich unverstanden, sind neidisch, stolz oder gekränkt, sie sind voller Sehnsucht oder verbittert, sie ringen mit chronifizierten Einstellungen: sich immer ein bisschen ohnmächtig fühlen, immer ein bisschen beleidigt sein, ständig alles problematisch sehen.

Das als „**Focusing**“ von Gene Gendlin entwickelte Verfahren, sich auf den so genannten „Felt Sense“ zu beziehen und neue Bedeutungen zu finden, die der Komplexität des Gesamterlebens gerecht werden, hat sich für die Ausweitung des inneren Erlebens als sehr hilfreich erwiesen. Gefühle haben manchmal unklare Ränder, die zu ihrer Erforschung einladen. Wir können einen kleinen Focusingprozess machen, indem wir z.B. fragen: „Was an diesem Gefühl ist für mich das Wichtigste? Was würde es als nächsten Schritt brauchen?“ – und der Klient dieses Frage innerlich aufmerksam und abwartend aufnimmt und zu ihr eine Resonanz entstehen lässt, die ein „carrying forward“ ermöglicht („ah, das Wichtigste ist, dass ich dieses Gefühl ausdrücken darf, ohne abgewertet zu werden“ oder „dass dieses Gefühl einen Zeugen hat“ oder „dass es eigentlich um mehr geht, aber ich nur diese Art des Ausdrucks kenne“ etc.).

Körpertherapie: Die Arbeit mit Gefühlen in der Psychotherapie ist, finden wir, immer körperlich, da alle Gefühle mit einem deutlichen Körpererleben, mit jeweils deutlich veränderten körperlichen Konfigurationen einhergehen. Und doch kann es für KlientInnen überraschend sein, wenn sie feststellen, dass das Erleben oder Ausdrücken-Können bestimmter Gefühle nur in bestimmten Konfigurationen möglich ist und in anderen nicht. Ausserdem sind sie oft erstaunt darüber, wie sehr die Atmung mit den Emotionen zusammenhängt. Die meisten von uns wissen noch, dass wir es als Kinder gelernt haben, durch Anspannung der Muskeln in der Kehle und im Zwerchfell und durch Luftanhalten Gefühle abzustellen, durch flaches Atmen Gefühle kleinzuhalten. Wir kennen auch alle die Euphorie, die uns körperlich nach grossen Kraftanstrengungen und forcierter Atmung durchspülen kann. Also können wir in der Therapie mit Haltung, Atmung und Bewegung experimentieren und gewohnheitsmässige Konfigurationen um andere, unvertraute erweitern und damit den Zugang zu bisher nicht gespürten emotionalen Qualitäten eröffnen. Wir haben erfahren, wie wesentlich es sein kann, einmal andere Konfigurationen kennen zu lernen, einmal in einem kräftigen autonomen Prozess gewesen zu sein mit allerlei Emotionen, die oft „grundlos“ sind, das ändert vieles im Selbstbild, bahnt neue Möglichkeiten und die Optionen, das noch einmal tun zu können, vielleicht diese Art energetischer Ladung zu stärken oder auszubauen. Es ist oft eindrücklich zu erleben, wenn so ein blasser, scheuer Mensch auf einmal vibriert vor Lebendigkeit, sein Tonus, seine Hautfarbe, seine muskuläre Spannung anders sind, seine Augen leuchten, er warme Hände hat, in Kontakt mit seiner Kraft ist und eine greifbare Ausstrahlung von Vitalität um sich herum hat. Und das ist etwas anders, als wenn jemand erhitzt ist und sich gut fühlt nach einem Lauf oder nach dem Fensterputzen, es ist nicht nur etwas in der Person drin, im System drin, sondern es ist im ZWISCHEN entstanden, im Dialog mit einem anderen Menschen: Gerangel, Haut an Haut, Schulterbewegungen ausprobieren, Hände oder Füße gegen Widerstand, jemand unterstützt, ermutigt, zieht ein bisschen „an den Rändern“, gibt Vertrauen, sich hineinfallen zu lassen, ist mit seiner eigenen Lebendigkeit da, nimmt das Neue in Empfang und freut sich daran, bewegt sich mit ...

Mit **Berührung** zu arbeiten, wie wir das in unserem Verfahren tun, hat immer einen emotionalen Effekt. Gemeinsam in einem körperlichen Dialog Gefühle zu „berühren“, ihnen zu folgen, sie miteinander deutlicher zu verkörpern, ist oft sehr eindrücklich. Blockierte oder schlichtweg nicht vorhandene Handlungsdialoge können neu probiert werden (jemanden herholen, jemanden wegstossen, sich anlehnen und gehalten werden, in der Kraftentfaltung Unterstützung bekommen etc.).

Um körperlich so arbeiten zu können, lernen unsere TherapeutInnen in ihrer Ausbildung ein Konzept über **Bindungsqualitäten kennen**: Es kann uns helfen, die unterschiedliche „Gestimmtheit“ um einen emotionalen Ausdruck herum resp. in einer emotionalen Beziehungsanfrage besser zu verstehen und zu beantworten. Wir gehen davon aus, dass Bindungen sozusagen Unterkapitel von Beziehung sind, speziell gestaltete Formen von Miteinandersein. Diese Bindung findet immer ZWISCHEN zwei oder mehreren Menschen statt, eine gelungene Bindungsqualität entsteht in diesem Zwischen. Oft hängt die Passung zwischen Therapeut und Klient vom richtigen Erfassen des inneren Alters der Emotion resp. des Gesamtkontextes ab.

In Bezug auf Emotionen macht es z.B. einen Unterschied, ob jemand eine „junge“ Art von emotionalem Ausdruck hat (toben, stampfen, ganzkörperliche Beteiligung) oder eine „ältere“ Variante (gerichteter Zorn, expliziter Vorwurf). Die Beantwortung eines Tobsuchtsanfalls durch Erklärungen, Sachfragen, rationales Auseinandernehmen führt nicht zu einer Qualität von Bindung, das wissen wir alle noch aus der Zeit, als unsere Kinder klein waren. In der Nähe bleiben, aushalten, warten können und nachher die Bindungsart wechseln, wenn die

Person sich beruhigt hat, hat grössere Chancen, dass sich die Episode erledigt und die wütende Person „ankommt“ mit ihrer Art Emotionalität. Auf eine zornige persönliche Anfrage hingegen gehört eine deutliche Antwort, da reicht abwarten, bis sich der andere beruhigt, nicht. Gefühle werden mit zunehmender Differenzierung spezifischer, gerichteter, können Teilbereiche betreffen und müssen auch so beantwortet werden.

Wir denken also:

- Dass Gefühle nur in einem interaktiven/intersubjektiven/relationalen Ansatz zu verstehen sind.
- Dass es deshalb Wissen und Schulung braucht, um in relationaler Art und Weise zu denken, sich zu bewegen, um die eigene Resonanz therapeutisch nutzen zu können.
- Störungsspezifisches Denken reicht nicht aus. Es braucht ein beziehungs-mässiges Instrumentarium und eine salutogenetische Vorstellung von Gefühlsverläufen.

Zusammenfassend können wir uns noch einmal fragen:

Wenn Veränderung eines der wichtigen Ziele in der Psychotherapie ist: was heisst das denn für den Bereich der Gefühle?

- Einseitigkeiten können aufgehoben werden, ein festgefahrenes und starr gewordenes gefühlsmässiges Reagieren und Agieren kann weicher, differenzierter, flexibler werden, andere Färbungen bekommen. Die Person erhält Wahlmöglichkeiten in emotionalen Prozessverläufen. Angehaltene Zyklen können geschlossen werden.
- Die Verknüpfung mit anderen Modalitäten und Seinsformen wird deutlicher. Gefühle sind wieder verbundener, zusammenhängender mit Gedanken, Sätzen, Bildern, Bewegungen, körperlichen Empfindungen, mit der Atmung. Allzu stereotype Muster können „ent-lernt“ werden.
- Gefühlsprozesse können in ihren interaktiven Funktionen und Beziehungskontexten wieder verankert, verstanden und im gemeinsamen Tun erlebt werden.
- Drüber hinaus kann durch die Verschiebung der Aufmerksamkeit auf das „Mehr“ des inneren Erlebens (auf den Felt Sense) eine Emotion als Teil einer Sequenz erkannt und erlebt werden. Andere Facetten des Erlebens, die zum grösseren Feld, zum Ganzen, zum „all this“ einer Situation gehören, können ebenfalls (im Sinne des „carrying forward“) aufgefaltet und weitergeführt werden.

„Jedes menschliche Erleben trägt implizit eine mögliche weiterführende Bewegung in sich.“, schreibt Gendlin, „niemals ist das menschliche Erleben vollendet. (...) Jedes Erleben kann vorwärtsgetragen werden“.¹³ Das kann uns, auch im Umgang mit Gefühlen in der Psychotherapie, als Leitlinie dienen.

¹³ Gendlin 1998, S. 30f.

Literatur:

Antonovsky, Aaron, 1997, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag

Efran/Lukens/Lukens, 1992, Sprache, Struktur und Wandel. Bedeutungsrahmen der Psychotherapie, verlag modernes lernen, systemische Studien Band 7

Christiane Geiser, 1995, Die Bindungsarten: eine klientenzentrierte Übertragungstheorie, www.gfk-institut.ch/artikel

Geiser, Christiane, 1998, Die Perspektive der Humanistischen Psychologie www.gfk-institut.ch/artikel/

Geiser, Christiane, 2000, Focusing und der Bohmsche Dialog – eine gesellschaftspolitische Vision, www.gfk-institut.ch/artikel/

Gendlin, E.T., 1968, The Experiential Response. Reprinted from „Use of Interpretation in Treatment“, http://www.focusing.org/fot/experiential_response.asp

Gendlin, E.T., 1998, Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode, Pfeiffer leben lernen

Gendlin, E.T. (1991). On Emotion in Therapy. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), Emotion, Psychotherapy and Change, pp. 255-279. New York & London: Guilford.

Gendlin, E.T. / Wiltschko, J., 1999, Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Pfeiffer leben lernen

Gindl, Barbara, 2002, Die Resonanz der Seele, Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung, Junfermann

Greenberg, L.S. / Rice, L.N. / Elliott, R., 2003, Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie, Junfermann

Daniel Hell, 2003, Seelenhunger. Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben, Hans Huber

Hendricks-Gendlin, Mary, 2002, "Ein Felt Sense ist mehr als nur ein Gefühl" in: Person, Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung, facultas Universitätsverlag, 6.Jahrgang 2/2002

Keleman, Stanley, 1992, Verkörperte Gefühle. Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen, Kösel

Kiesow, Rainer Maria / Korte, Martin (hg.) , 2005, EGB. Emotionales Gesetzbuch. Dekalog der Gefühle. Böhlau Verlag

Lieb, Hans, 1998, „Persönlichkeitsstörung“. Zur Kritik eines widersinnigen Konzepts. Dgvt-Verlag

Losler-Kalbermatten, Othmar, 2008, Kommunikationskompetenz. Mitarbeiter erkennen und wirksam führen. Orell Füssli Management

Orange, Donna M., 2004, Emotionales Verständnis und Intersubjektivität. Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie, Brandes & Apsel

Purton., Campbell, 2004, Person-Centred Therapy. The Focusing-Oriented Approach. Palgrave

Rogers, Carl./Rosenberg, Rachel; 1980, Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Klett-Cotta

Stern, Daniel, 2005, Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag, Brandes & Apsel

Unger, Sabine (2007), Der Beziehungscode. Charakterstrukturen erkennen, Muster verändern, Beziehungen verbessern. Knaur