

Regina Novy, MSc

Sommerakademie 3.7.2010, WSO

Die therapeutische Beziehung in der Osteopathie

Was können wir von der Tiefenpsychologie lernen?

Ich möchte mich in diesem Vortrag mit der therapeutischen Beziehung in der Osteopathie auseinandersetzen und diese in einem tiefenpsychologischen Kontext betrachten.

Da jede therapeutische Beziehung auf der Begegnung zwischen zwei Menschen basiert, will ich mich zuerst mit der Entwicklung der Beziehungsfähigkeit auseinandersetzen.

Da wir in einer osteopathischen Behandlung auf körperlicher Ebene mit den PatientInnen in Kontakt treten, lohnt es sich, auch die entwicklungspsychologischen und tiefenpsychologischen Erkenntnisse über das Körpererleben in die Betrachtung miteinzubeziehen.

Weiters möchte ich die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie dahingehend analysieren, ob sich aus ihren strukturellen Merkmalen Handlungsmöglichkeiten für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Osteopathie ableiten lassen.

1.

### **Tiefenpsychologische Grundlagen: Bindungstheorie**

Die Bindungstheorie ist ein theoretischer Ansatz im Rahmen der Tiefenpsychologie, der von **John Bowlby (1896-1972)** Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelt wurde (*Fonagy, 2006, S 11*).

Die Bindungstheorie bezieht sich darauf, dass die Beziehungserfahrungen, die ein Mensch mit seiner ersten Bezugsperson (meistens die Mutter) macht, prägend auf das Beziehungsverhalten in seinem weiteren Leben wirken. Das

heißt, dass Störungen in der frühen Interaktion später Beziehungsstörungen bewirken können.

Eine der Kernaussagen der Bindungstheorie von Bowlby ist die Erkenntnis, dass **sichere frühkindliche Bindung zu einem generalisierten Gefühl von Kompetenz und Selbstwert führt und man auch davon ausgehen kann, dass eine sichere Bindung sich vorteilhaft auf eine Reihe kognitiver und sozialer Fähigkeiten - wie zum Beispiel Empathiefähigkeit- auswirkt.**

Die Bindungstheorie steht auch in Zusammenhang mit den Erkenntnissen vom Psychoanalytiker **D.W. Winnicott (1896-1971)** der die Ursprünge des Selbst in der Mutter- Kind Beziehung sieht.

Seiner Ansicht nach entwickelt sich das Kind aus der Einheit von Mutter und Säugling. Eine gesunde Entwicklung des Kindes kann dann stattfinden, wenn die Mutter über die Fähigkeit des adäquaten **„Haltens“ (Holding) und „Behandelns“ (Handling)** verfügt. Die „einfühlsame Pflege“ durch die Bezugsperson in den ersten Lebensmonaten begünstigt diese Erfahrungen von „Gehaltenwerden“. Durch diese sensomotorischen Erfahrungen kann sich das Kind zunehmend als Einheit wahrnehmen und lernt zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“ zu unterscheiden. Dadurch werden Objektbeziehungen möglich (Winnicott 1984).

**Wilfried Ruprecht Bion (1897-1979)** ergänzt diese Sichtweise, wonach die primäre Bezugsperson (Mutter) durch empathisches Wahrnehmen des Kindes dem Kind das Gefühl von Gehaltenwerden vermittelt und prägt den Begriff des **Containment (Container/Behälter)**.

Nach Bion (1962) beruht gelungenes Containment auf der **Fähigkeit der Mutter, das Kind psychisch zu halten**. Sie reagiert auf körperliche, fürsorgliche Weise auf das Kind. **Sie zeigt, dass sie die mentale Befindlichkeit**

**des Kindes wahrgenommen hat und spiegelt gleichzeitig, dass sie die Situation bewältigt.**

Bion beschreibt auch, dass emotionale Erfahrungen Vorläufer der Gedanken sind. **Das Erfassen, Zuordnen und Benennen von Gefühlszuständen im Selbst und im Anderen sind Voraussetzungen für die Entstehung und Entwicklung des Denkprozesses („präsymbolische Kommunikation“).**

Als „Container“ versteht man also den psychischer Zustand von Aufnahmebereitschaft gegenüber allen Emotionen des Kindes. Die Gefühle des Kindes werden in sich selbst (in der Mutter) aufbewahrt und mit adäquater Reaktion beantwortet. Dadurch werden für das Kind Gefühle benennbar. Gefühle werden verstanden, Gedanken bekommen Bedeutung und Kohärenz. Der Säugling lernt, zwischen Physischem und Psychischem zu unterscheiden. Die Grenzen zwischen Innen und Außen, Selbst und Nicht-Selbst können dadurch wahrgenommen werden (Bion 1962).

**Containment ist ein aktiver Prozess des In-sich-Aufnehmens, Bewahrens, Verstehens, Benennens, Transformierens (Container: „thinking breast“). Es ist kein passives Verstehen, kein bloßes Halten, sondern eine dynamische, prozesshafte Beziehung.**

Für die Entwicklung eines gesunden Bindungsverhaltens ist demnach die Fürsorge und das Pflegeverhalten der Bezugsperson ausschlaggebend.

Ein unsicheres Bindungssystem zeichnet sich durch Misstrauen, Zorn, Angst und Furcht aus.

**Peter Fonagy und Mary Target** haben die Bindungstheorie von Bowlby weiterentwickelt und um den Aspekt der **Selbstregulation** erweitert.

Darunter versteht man die **Fähigkeit, die eigenen psychischen Zustände zu steuern und adäquat mit anderen in Kontakt zu treten.** Die Fähigkeit der Selbstregulation ist Voraussetzung für selbstbestimmtes und verantwortungsvolles Handeln.

**Unsere Fähigkeit, emotional ungewöhnliche Situationen deuten zu können, steht ebenfalls im Zusammenhang mit den frühkindlichen Bindungsbeziehungen.** Die Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit zu regulieren und bewusst auf bestimmte Reize zu richten, entwickelt sich auch aus frühen Bindungserlebnissen. Daraus entsteht die Fähigkeit einer bewussten Kontrolle des Verhaltens. **Das impliziert auch die Fähigkeit, sich in andere hinein zu versetzen und sich gleichzeitig aber nicht vom Leiden anderer überwältigen zu lassen.**

Das bedeutet, dass die **Fähigkeit, mit anderen Menschen adäquat in Kontakt treten zu können und die Gefühle anderer wahrnehmen zu können, eng verknüpft ist mit den eigenen frühkindlichen Bindungserfahrungen und der gelungenen Entwicklung der Selbstregulation.** Ist diese nicht ausreichend entwickelt, kann das mangelhafte Empathie oder das Verschmelzen mit den Gefühlen anderer zur Folge haben.

Fontagy und Target (2004) beschäftigen sich im Zusammenhang mit der Selbstregulation auch mit der Funktion der **Mentalisierung.**

Darunter versteht man das Heranreifen mentaler Strukturen, die es ermöglichen, die Bedeutung einer Handlung im interpersonellen Kontext zu verstehen (*Fonagy & Target, 2004, S 120*). Man kann die Mentalisierung als Kernaspekt menschlicher Sozialfunktion verstehen. Das Zusammenleben der Menschen ist bestimmt von dieser Fähigkeit. **Die Mentalisierung ermöglicht es dem Individuum, die eigenen Gefühle zu verstehen und anderen mitzuteilen.**

Der Prototyp dieser Mitteilungsfähigkeit ist die **Sprache.** Voraussetzung dafür ist es aber, dass **das Individuum die eigenen psychischen Zustände versteht.** Sie müssen eine **Bedeutung** haben, um kommuniziert werden zu können. Dieses **Verstehen der eigenen psychischen Zustände ist eng verbunden mit der Fähigkeit der Selbstregulation.**

Die Fähigkeit, über die eigenen Befindlichkeiten nachdenken zu können, nennt man die **Reflexive Funktion.**

Darunter versteht man die Fähigkeit, sich der eigenen Gefühle und der Gefühle anderer gewahr zu sein, eigene psychische Erlebnisse benennen und als sinnvoll erleben zu können und Einstellungen, Pläne, Absichten anderer erkennen zu können. (Fonagy & Target, 2004, S120)

### **Osteopathische Relevanz**

Die Erkenntnisse aus der Bindungstheorie sind die Grundlage für jede therapeutische Beziehung – also auch die Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin in einer osteopathischen Behandlung.

Dabei ist es wichtig zu betonen, dass es dabei sowohl um das **Beziehungsverhalten der Patientin als auch um das Beziehungsverhalten der Osteopathin** geht. Sowohl Patientin als auch **Osteopathin** haben aufgrund ihrer persönlichen Bindungserfahrungen **bestimmte Beziehungsstile** entwickelt. Von Seiten der OsteopathInnen ist es aufgrund der Erkenntnisse der Bindungstheorie **wichtig, das eigene Bindungsverhalten reflektiert zu haben und im therapeutischen Prozess zwischen eigenem Beziehungsstil und dem Beziehungsstil der PatientInnen unterscheiden zu können.**

Es ist auch besonders wichtig, zwischen Beziehung und Bindung unterscheiden zu können. Eine therapeutische Beziehung kann Bindungselemente beinhalten, sobald es von Seiten der PatientInnen zur Regression kommt.

**Unter Regression versteht man das Zurückgehen auf frühkindliches Beziehungsverhalten und eine frühkindliche Form der Konfliktbewältigung.**

Die osteopathische Behandlung fördert schon allein durch das therapeutische Setting (die Patientin liegt und wird von der Osteopathin berührt) die Regression der PatientInnen. Umso größer ist dadurch die Verantwortung der OsteopathInnen, den PatientInnen ein empathisches einfühlsames Verhalten (Holding) entgegenzubringen, ein sicherer Behälter für alle Gefühle der

PatientInnen zu sein (Containment). **Es liegt in der Verantwortung der OsteopathInnen, die psychischen und körperlichen Grenzen der PatientInnen zu respektieren und die eigenen (Bindungs-)Anteile in dieser therapeutischen Beziehung zu reflektieren.**

Die Beziehung zwischen Patientin und Osteopathin wird dann problematisch, wenn die Osteopathin die regressive Position der Patientin nicht bewusst reflektiert und der Patientin kein ausreichendes Containment bietet, beziehungsweise die Patientin aus der regressiven Situation nicht „hinausbegleitet“. Dann kann es bei der Patientin zur **Wiederholung negativer frühkindlicher Bindungserlebnisse** kommen .

Eine therapeutische Beziehung wird auch dann „pathologisch“, wenn es von Seiten der Osteopathin zu Bindungsverhalten kommt. Das heißt, **wenn die Osteopathin Verschmelzung, also die frühkindliche Form von Beziehung, sucht.**

Auch die Erkenntnisse über **Mentalisierung und reflexive Funktion** sind für die osteopathische Behandlung relevant. Man geht in der Bindungstheorie davon aus, dass die reflexive Funktion, also die Fähigkeit über die eigenen Gefühle nachzudenken, die Basis für Beziehung ist und dass die Sprache als Prototyp der Mentalisierung die zwischenmenschliche Kommunikation erst ermöglicht. Das ist auch für die osteopathische Behandlung bedeutsam. **Die Sprache kann aufgrund ihrer mentalisierenden Funktion bei einer körperorientierten Therapie wie der Osteopathie hilfreich sein, um therapeutische Prozesse zu kommunizieren und kann somit bei den PatientInnen angstregulierend und selbstregulierend wirken. Sie kann die PatientInnen aus der Regression hinausbegleiten und helfen, das auf körperlicher Ebene Erlebte zu verarbeiten und zu integrieren. Wenn PatientInnen in diesem Prozess von der behandelnden Osteopathin nicht begleitet werden, kann das Erlebte auf einer frühkindlichen Ebene verarbeitet werden D.h. an die Osteopathin kann die unbewusste, kindliche**

**Erwartung gestellt werden, wie eine Mutter die Verantwortung für den Körper, die Krankheit zu übernehmen. Das Begleiten aus der Regression ermöglicht reifere Verarbeitungsstrategien von Seiten der PatientInnen und fördert die Eigenverantwortlichkeit der PatientInnen.**

Wichtig ist aber festzustellen, dass **dieser Eigenverantwortung eine – der spezifischen Situation in einer osteopathische Behandlung innewohnende - Regression vorausgeht, in der die OsteopathInnen sehr wohl Verantwortung für ihre PatientInnen tragen.**

**Insofern ist ein Berufen auf die Eigenverantwortung der PatientInnen nur bedingt möglich und gilt es die Verantwortlichkeit von seiten der OsteopathInnen zu reflektieren.**

## **2. Entwicklung und Störanfälligkeit des Körpererlebens**

Um der Differenziertheit einer Behandlung auf körperlicher Ebene gerecht zu werden, möchte ich mich nun mit der Entwicklung und Störanfälligkeit des Körpererlebens auseinandersetzen.

Dafür müssen wir zu den Wurzeln des Körpererlebens, die **sensomotorische Entwicklung des Säuglings**, zurückgehen.

Die ersten Lebensmonate eines Kindes sind geprägt von der sensomotorischen Entwicklung. Die Verarbeitung von Sinneseindrücken von außen und die Verarbeitung von Signalen aus dem eigenen Körper prägen das Erleben des Säuglings (*Inhelder/Piaget, 1986, S14ff*). **Das Körpererleben ist in der ersten Lebensphase gleichzusetzen mit dem Selbst-Erleben.** Körperliche Missempfindungen wie Hunger und Schmerz prägen die psychische Befindlichkeit des Säuglings. Erst im Laufe der psychischen Entwicklung lernt das Baby Körperempfindungen und Gefühle zu trennen, **es lernt mit der Zeit, Empfindungen aus dem Körper von psychischer Befindlichkeit zu**

**unterscheiden.** Dieser Entwicklungsschritt geht einher mit der Fähigkeit, die **Innenwelt von der Außenwelt zu unterscheiden** (Hoffer, 1950, S 57ff). Das Kind kann in den ersten Lebensmonaten noch nicht zwischen sich und der Umgebung unterscheiden, es lebt in einem Zustand des Verschmolzenseins mit der Umgebung. Die **Differenzierung zwischen Ich und Nicht-Ich** gelingt erst, wenn das Kind bereits ein **klares, kohärentes Bild vom eigenen Körper** entwickelt hat und die eigenen **Körpergrenzen** wahrzunehmen gelernt hat. Der Psychologe Paul **Schilder** hat als Erster eine fundierte Körperschemaforschung mit dem Konzept des Körperbildes verknüpft (Schilder 1923).

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist also bestimmt von neurologischen und psychischen Faktoren.

In diesem Zusammenhang verdient der **Aspekt der Körpergrenze** besondere Beachtung.

Das Gefühl der körperlichen Abgegrenztheit setzt sich aus einem körperlichen und einem seelischen Grenzgefühl zusammen.

*„Die Demarkierung der Grenze muss sowohl zum Körperinneren wie auch zur Außenwelt vollzogen werden.“ (Du Bois, 1990, S 14)*

Bei psychotischen Erkrankungen zum Beispiel ist sowohl das innere als auch das äußere Demarkationsgefühl gestört. Dadurch kommt es zu Schwierigkeiten in der Abgrenzung gegenüber der Umwelt, aber auch zu Schwierigkeiten, eigene physische von psychischen Empfindungen zu unterscheiden.

Der Bereich der **Ich-Demarkation**, die Fähigkeit sich selbst als von der Umwelt abgegrenzt wahrnehmen zu können, verdient in der osteopathischen Arbeit besondere Beachtung. Auch ohne manifeste psychische Störungen kann Berührung regressive Zustände - damit ist unmittelbares Körpererleben ohne „kognitive Kontrolle“ gemeint – fördern und Unsicherheit in Bezug auf die eigenen Körpergrenzen bewirken.



Körperkontakt kann dann das Gefühl erzeugen, dass jemand die Körpergrenzen verletzen will oder in sie eindringen will. Meistens wird darauf mit Angst und Abwehr reagiert. Es können bei instabilen Menschen aber auch frühkindliche Verschmelzungswünsche aktiviert werden, die zu unrealistischen Erwartungen an die OsteopathInnen und frühkindlichem Bindungsverhalten von Seiten der PatientInnen führen können.

### **Osteopathische Relevanz**

Die Erkenntnisse über die Entwicklung und Störanfälligkeit des Körpererlebens und über den Zusammenhang zwischen Körpererleben und Beziehungsverhalten sind für die Osteopathische Behandlung von Relevanz. OsteopathInnen treten in einer osteopathischen Behandlung auf körperlicher Ebene und primär non-verbal mit den PatientInnen in Beziehung. Allein das **therapeutische Setting**, in dem die Patientin liegt und die Osteopathin steht oder sitzt, **fördert regressive Körperzustände**, welche durch die Behandlung noch verstärkt werden können. Nicht nur bei psychisch labilen oder traumatisierten Menschen (auch ohne manifeste psychische Erkrankungen) kann das zu **bedrohlichen Körpergefühlen** führen.

PatientInnen können dann abwehrend wirken oder es kann bei den behandelnde OsteopathInnen das Gefühl entstehen, diese könnten sich nicht auf die Behandlung einlassen. Es ist aber wichtig zu erkennen, dass diese „Nicht-einlassen-können“ ein Schutzmechanismus der PatienInnen sein kann, um nicht von - durch die Behandlung ausgelösten – Gefühlen überschwemmt zu werden.

Es kann passieren, dass das **Gefühl des Verschmelzens** bei der Patientin Angst freisetzt, vor allem dann, wenn sie nach der Therapie in diesem Körpergefühl verbleibt und nicht mit Hilfe stabilisierender Maßnahmen aus diesem direkten Erleben herausgeführt und von der Osteopathin gestützt und begleitet wird.

**Solche Maßnahmen können zum Beispiel klare körperliche Reize wie TGO sein, die ein klares, abgegrenztes Gefühl vom eigenen Körper vermitteln oder aber auch – wie schon vorhin erwähnt – das Verbalsieren und damit Abstrahieren vom Direkt erlebten.**

**Das soll aber nicht bedeuten, dass die Interaktion auf körperlicher Ebene, wie sie in einer osteopathischen Behandlung stattfindet, nicht für sich alleine stehen kann.** Das Verbalisieren kann auch negative Auswirkungen haben und die Intensität und Unmittelbarkeit des Körpererlebens relativieren bzw. beeinträchtigen. Zu viel Verbalisieren kann Stagnation in den therapeutischen Prozess bringen und Vermeidungsstrategien der PatientInnen chronifizieren.

**Es ist aber wichtig zu verstehen, dass Abwehr – oder Sich nicht einlassen können- ein Schutzmechanismus der PatientInnen sein kann, um instabile Ich-Strukturen zu schützen. Deshalb ist es notwendig, in einer osteopathischen Behandlung das Ausmaß an Unterstützung sehr sensibel an die PatientInnen anzupassen und sich der Störanfälligkeiten der psychischen Strukturen durch körperliche Nähe bewusst zu sein.** OsteopathInnen müssen sich bewusst sein, dass die körperliche Nähe, die in einer osteopathischen Behandlung aufgebaut wird, eine Grenzverletzung für die PatientInnen darstellen **kann**, die sie in einen schutzlosen Zustand versetzt. Es liegt in der Verantwortung der OsteopathInnen, die PatientInnen aus diesem Zustand wieder hinauszubegleiten. Ich glaube, es ist **zu wenig, dabei auf die intakten psychischen Strukturen bzw. die Selbstheilungskräfte der PatientInnen zu vertrauen.** Es liegt in der Verantwortung der OsteopathInnen, den therapeutischen Rahmen so zu gestalten, dass sie die PatientInnen – im Rahmen ihrer Möglichkeiten- zuverlässig auffangen können, wenn durch die osteopathische Behandlung psychische Konflikte aktiviert werden.

**Der Aspekt der Körperwahrnehmung spielt aber auch für die OsteopathInnen eine wichtige Rolle.** Wenn wir eine therapeutische Situation als Dialog, als Wechselwirkung zwischen zwei Menschen verstehen, dann gewinnt auch die Körperwahrnehmung der OsteopathInnen an Bedeutung. Auch sie treten mit ihrer „Körpergeschichte“ in Kontakt mit den PatientInnen. Auch in der Körperlichkeit der OsteopathInnen spiegelt sich **ihre eigene persönliche Geschichte, ihr emotional geprägtes Körperbild wieder.** OsteopathInnen können zwischen Innen-, und Außenwahrnehmung wechseln. **Indem eine Osteopathin behandelt, nimmt sie mit ihrem Körper den Körper der Patientin wahr, nimmt aber gleichzeitig auch die Gefühle wahr, die durch diesen Kontakt in ihr körperlich ausgelöst werden.** Um diese Ebenen voneinander trennen zu können, gilt es immer wieder, sich der Grenzen zwischen sich selbst und der Patientin bewusst zu sein und sich zum Beispiel mit Hilfe anatomischer Bilder der Funktion der Mentalisierung , also der Außenwahrnehmung zu bedienen, um nicht mit den PatientInnen zu verschmelzen.

Das wirft auch eine wichtige Frage auf:

**Welche Strategien stehen den PatientInnen in einer Behandlung zur Verfügung, sich in der therapeutischen Situation abzugrenzen, wenn wir von ihnen erwarten, dass sie sich auf die Behandlung einlassen, also die kognitiven Strategien, ihre „Kontrollmechanismen“ über Bord werfen?**

**Provokant formuliert: Wer ist verantwortlich dafür, dass eine PatientIn sich nicht einlassen kann? Die PatientIn, weil sie „Defizite im Loslassen aufweist“ oder wir OsteopathInnen, weil wir es vielleicht noch nicht einen adäquaten Rahmen bieten können, in dem unsere PatientInnen angstfrei „loslassen“ können.**

Die Frage ist, was können wir als Osteopathinnen aus diesen Erkenntnissen lernen und für den therapeutischen Prozess in einer osteopathischen Behandlung

ableiten. Können wir diesbezüglich von angrenzende therapeutische Zugänge wie zum Beispiel der analytisch orientierten Psychotherapie lernen? Gibt es da Parallelen?

### **3. Beziehungsgestaltung in der psychoanalytischen Psychotherapie**

Die psychotherapeutische Beziehung weist klare strukturelle Merkmale wie Empathie, Compliance, Übertragung/ Gegenübertragung und Wechselseitigkeit im therapeutischen Prozess auf. Wieweit sind diese Phänomene für die Osteopathische Behandlung relevant?

Empathie und Compliance sind also zentrale Elemente der Psychotherapie, gleichsam die Basis, auf der eine therapeutische Beziehung entstehen kann. Aufbauend auf dieser Grundlage entwickeln sich die spezifischen Merkmale einer analytischen psychotherapeutischen Beziehung wie Übertragung und Gegenübertragung. Im klassischen analytischen Sinn versteht man unter **Übertragung die Re-Inszenierung eines frühkindlichen Konflikts durch die PatientInnen.** „...er[der Patient] inszeniert seine unbewussten frühen Beziehungskonflikte und seine bevorzugte Art ihrer Bewältigung.“ (Klufmann, 2001, S 308)

Diese Übertragungsangebote der PatientInnen können die TherapeutInnen an ihrem Gegenübertragungserleben ablesen. Das bedeutet, dass die PatientInnen in den TherapeutInnen Gefühle wie Beunruhigung, Verwirrtheit, Bedrohung oder Besorgnis aktivieren.

**Bauer (2005)** bezeichnet die Gegenübertragungsreaktion der TherapeutInnen als Resonanz. **Er beschreibt die Resonanz als Gegenstand der Behandlung und als Behandlungsmethode.**

„ Ein guter Psychotherapeut nimmt nicht nur das wahr, was der Patient vernünftigerweise sagen kann, sondern muss im Interesse des Patienten auch die intuitiven Signale und Botschaften berücksichtigen, die dieser aussendet. Dazu

*gehört nicht nur die Beachtung verschiedener körpersprachlicher Zeichen, sondern zusätzlich auch die Wahrnehmung von Resonanzen, die der Patient im Laufe der Behandlung im Therapeuten immer wieder aufs neue auslöst. Diese Resonanzen äußern sich beim Therapeuten in der Regel als spontan auftretende Gedanken, manchmal, wenngleich erheblich seltener, auch als körperliche Empfindungen.“(Bauer,2005, S 137)*

Bauer beschreibt zwei wichtige Elemente der psychotherapeutischen Arbeitsmethode:

Einerseits das intuitive Verstehen der Stimmungen und Gedanken, über welche die PatientInnen selbst Bescheid wissen und über die sie berichten können und andererseits das ergänzende Verstehen derjenigen Sequenzen des Handelns und Empfindens, welche die PatientInnen, meist auf Grund tief sitzender Angst, nicht fühlen, nicht denken und nicht aussprechen können.

**Das bedeutet, dass die Intuition die Grundlage für Gegenübertragungsphänomene der TherapeutInnen ist.** (Die Spiegelneurone bilden dafür die neurobiologische Basis)

**Bettighofer (2004)** beschreibt die Übertragungs-, und **Gegenübertragungsphänomene** im Gegensatz zur klassischen analytischen Theorie als **Wechselwirkung zwischen Therapeutin und Patientin**. Während in der klassischen psychoanalytischen Theorie der Analytiker das Subjekt und der Patient das Objekt ist und die gegenseitige interaktionelle Beeinflussung nicht reflektiert wird, spricht Bettighofer von einem **interaktionellen Feld, das auch den Analytiker beeinflusst** (Bettighofer, 2004, S 22). Die AnalytikerInnen sind also nicht nur Beobachter, Container und Deuter, sondern wird auch durch die Interaktion mit den PatientInnen beeinflusst. Bettighofer **plädiert also dafür, dass auch in der Analyse die tatsächliche Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin reflektiert wird. Dabei spielen auch die**

**Werthaltungen und Konzepte der TherapeutInnen eine entscheidende Rolle.** Deren eigene Lebenssituation und Lebenserfahrungen prägen die Interventionen und Deutungen (Bettighofer, 2004, S 28).

Bettighofer setzt sich in diesem Zusammenhang auch mit der scheinbar neutralen Haltung der AnalytikerInnen auseinander. *„In einer mitmenschlichen Kommunikation wie der analytischen Situation ist es nicht möglich, sich persönlich herauszuhalten und nicht zu kommunizieren( Wazlawik et al 1967) wie es bereits betont wurde. Auch Nicht – Kommunikation ist ein kommunikativer Akt, der vom anderen wahrgenommen und interpretiert wird. Die Negation einer Handlung , also ein Nicht- Handeln gibt es nicht, denn schon die reine Anwesenheit des Therapeuten ist eine kommunikative Handlung“.*( Bettighofer, 2004, S 53).

Er beschreibt die therapeutische Beziehung als zirkulären Prozess, in dem die AnalytikerInnen nicht mehr als unabhängige BeobachterInnen ihrer PatientInnen gesehen werden können. Vielmehr sind ein Analytiker oder eine Analytikerin mit ihrer Persönlichkeit und ihren Erfahrungen in der therapeutischen Situation gegenwärtig und **ihr Handeln ist von der Interaktion mit den PatientInnen geprägt.** Bettighofer sieht das **nicht als mangelnde therapeutische Abstinenz, sondern als logische Konsequenz der Erkenntnis, dass Nicht- Kommunikation und ein Nicht- Handeln unmöglich ist.**

Es wird also in der modernen Psychotherapieforschung zunehmend die **Neutralität und Abstinenz der AnalytikerInnen zugunsten einer interaktionellen Sichtweise der psychotherapeutischen Beziehung in Frage gestellt.** Dabei wird auch die tatsächliche Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin reflektiert.

In diesem Zusammenhang ist auch die Bedeutung des persönlichen, weltanschaulichen, religiöse und sozialen Hintergrunds der TherapeutInnen zu

betrachten. Wie oben ausgeführt tritt ein Therapeut oder eine Therapeutin mit der eigenen Geschichte, Weltanschauung und mit dem eigenen Menschenbild in Kontakt mit den PatientInnen. Wenn wir also davon ausgehen, dass die Neutralität als Therapeutin nur bedingt möglich ist, gilt es immer wieder die eigenen Werte und Anschauungen im Kontakt mit den PatientInnen zu reflektieren.

### **Osteopathische Relevanz**

Die spezifischen Merkmale einer psychotherapeutischen Beziehung - Empathie, Compliance, Übertragung und Gegenübertragung - haben meiner Meinung nach auch Bedeutung für die osteopathische Behandlung. Der empathische Zugang zu den PatientInnen und die Compliance der PatientInnen sind die Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung auch in der osteopathischen Behandlung. Aber auch die **Phänomene von Übertragung und Gegenübertragung spielen in der osteopathischen Behandlung, wie in jeder therapeutischen Beziehung, eine bedeutende Rolle.** Vor allem die **Resonanzen auf körperlicher Ebene** sind für die osteopathische Behandlung von besonderer Bedeutung.

Auch der Aspekt der Interaktion zwischen Osteopathin und Patientin - also die Wechselwirkung von Übertragung und Gegenübertragung und das gleichzeitige Vorhandensein beider Phänomene – ist eine beachtenswerte Erkenntnis für die Osteopathie. OsteopathInnen versuchen möglichst neutral auf die PatientInnen zuzugehen, die Signale, die sie von deren Körper wahrnehmen wertfrei in sich aufzunehmen und stellen sich mit ihren Händen gleichsam als neutraler Regulator zur Verfügung. Oft wird in der Osteopathie die Wichtigkeit dieser neutralen Grundhaltung der OsteopathInnen gegenüber den PatientInnen betont. Diese Einstellung ist mit der freischwebenden Aufmerksamkeit und neutralen Grundhaltung im psychoanalytischen Sinne vergleichbar. Wenn wir diese

Interaktion jedoch vor dem Hintergrund der vorhin erwähnten interaktiven Komponente der Therapie sehen, so bekommt die **Neutralität und Abstinenz der OsteopathInnen eine andere Bedeutung**. Dann muss auch in der Osteopathie reflektiert werden, dass die **Wahrnehmung der Patientin bereits ein Produkt der Interaktion mit ihr ist und dass die Patientin nicht losgelöst von der Beziehung, die sich zwischen Osteopathin und Patientin im Behandlungsraum entwickelt hat, wahrgenommen werden kann**. Die Interaktion mit der Patientin findet in der Osteopathie auf verbaler Ebene und auf körperlicher Ebene statt. Das macht den **Umgang mit Übertragungs-, und Gegenübertragungsphänomenen noch komplizierter** und erfordert von der Osteopathin besondere Achtsamkeit und Behutsamkeit gegenüber der Patientin sowie **besondere Reflexionsbereitschaft und Reflexionsfähigkeit der eigenen Motive und Interventionen**. Da die Übertragungs-, und Gegenübertragungsphänomene in einer körperorientierten Behandlung wie der Osteopathie zu einem beachtlichen Teil auf körperlicher Ebene ablaufen, bedarf es auch der **Reflexionsfähigkeit auf körperlicher Ebene**, das heißt, dass der **Körperwahrnehmung der Osteopathin als Indikator der Gegenübertragungsreaktionen** eine wichtige Bedeutung zukommt. OsteopathInnen müssen also sowohl die durch die Patientin ausgelösten, vom Körper abstrahierten Gefühle wie Ärger, Wut, Trauer, als auch deren konkrete körperliche Entsprechungen wie etwa Verspannungen und Müdigkeit wahrnehmen und reflektieren können. Je differenzierter sich die Osteopathin in ihrer Körperlichkeit wahrnehmen kann, desto besser kann sie die durch die Patientin im Sinne einer Gegenübertragungsreaktion ausgelösten Körpergefühle erkennen und auch therapeutisch nutzen. Sie muss aber auch die Fähigkeit besitzen, die Interaktionsprozesse auf kognitiver Ebene zu reflektieren, das Erlebte also auf eine abstrakte Ebene zu bringen und mit der Patientin zu kommunizieren.



Und nicht zuletzt müssen wir uns auch unsere **Wertesysteme**, vor deren Hintergrund wir unseren PatientInnen begegnen, bewusst machen.

Damit meine ich Fragen wie

Was ist für uns das richtige Patientenverhalten?

Was ist für uns Gesundheit? Wie ist der Weg dorthin ?

Wie sehe ich meine Rolle/ Aufgabe als Osteopathin?

Wie sehe ich meine Verantwortlichkeit gegenüber den PatientInnen?

**Was können wir OsteopathInnen also von tiefenpsychologischen Ansätzen lernen?**

- Reflexion des eigenen Beziehungsverhaltens
- Begleiten der PatientInnen aus Regression
- Sprache als Mentalisierungsfunktion
- Achtsamkeit auf Abgrenzung der PatientInnen
- Übertragungsphänomene auf körperlicher Ebene wahrnehmen und nutzen
- Wechselseitigkeit im therapeutischen Prozess  
(auch Neutralität ist Beziehung)
- Reflexion der Machtverhältnisse  
Reflexion des eigenen Wertesystems  
Verantwortung gegenüber P Eigenverantwortlichkeit der P