



**Regina Novy, MSc, DO**  
Physiotherapeutin und Osteopathin  
mit Schwerpunkt Psychosomatik,  
geboren 1965 in Wien

---

Setzte sich schon während ihrer Tätigkeit als Physiotherapeutin an der Universitätsklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie in Wien intensiv mit tiefenpsychologischen Konzepten auseinander und entwickelte in Zusammenarbeit mit PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen körpertherapeutische Behandlungskonzepte für Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen. Um den interdisziplinären Dialog mit Psychologie, Psychotherapie, Soziologie und Philosophie voranzubringen, gründete sie 2012 zusammen mit Gabriela Langer die Denkwerkstatt Forum Osteopathie. Sie lehrt im Masterstudium Osteopathie an der Donauuniversität Krems und veranstaltet Postgraduate Kurse für OsteopathInnen zum Thema „Osteopathie und Psyche“. Veröffentlichungen in osteopathischen Fachzeitschriften.

# Berühren und berührt werden

---

*Was berühren wir, wenn wir einen  
Menschen behandeln?*

*Regina Novy*

## Eine Fallgeschichte

Ein Patient, der mit Multipler Sklerose lebt, leidet unter Magenschmerzen und vermutet einen Zusammenhang mit seiner emotionalen Belastung, weil er merkt, dass sein Vater, der immer eine Stütze für ihn war, zunehmend desorientiert, depressiv und verloren wirkt. Er bittet mich, in der osteopathischen Behandlung „auch seinen Magen anzuschauen“. Ich nehme Kontakt mit seinem Brustbein auf und es fühlt sich so an, als ob es schmelzen und meine Hand tief in den Brustkorb hineinsinken würde. Darunter fühlt es sich zäh an. Ich verstärke den Kontakt mit dieser Zähigkeit, der Patient atmet stoßweise ein, der Brustkorb bebt und er beginnt zu schluchzen. Ich bleibe in Kontakt, spüre, dass etwas beginnt sich zu lösen, dass sich die Spannung unter meiner Hand verändert, dass aus dieser zähen Struktur eine weichere, großflächigere Struktur wird, die sich elastischer anfühlt und sich im Atemrhythmus leicht zu bewegen oder eher zu vibrieren scheint. Ich glaube zu fühlen, wie meine Hände ein Gefäß für die Gefühle des Patienten bilden, versuche, nicht mitzufühlen, nicht mitzuleiden, sondern ein stabiler Behälter zu sein, in dem diese Gefühle gut und sicher aufgehoben sind. Nach einiger Zeit frage ich den Patienten, ob er Worte für diese Gefühle hat, die das Zwerchfell so eingeschnürt haben und nun frei geworden sind. Er sagt, es war das kurze und heftige Erschrecken über den schlechten Gesundheitszustand seines Vaters, das er in der Begegnung mit diesem wahrgenommen hatte,

das aber gleich wieder weg war und das jetzt mit der Berührung meiner Hände schlagartig wieder auftauchte.

Nach der Behandlung kann der Patient, der aufgrund seiner neurologischen Erkrankung stark gehbehindert ist, eine Gehstrecke zurücklegen, die er schon seit Wochen nicht mehr bewältigen konnte.

Was war passiert? Wurden die Selbstheilungskräfte mobilisiert? Stand dem Körper die vorher im blockierten psychischen Schmerz gebundene Energie nun zur Verfügung? Oder hatte die Spannung im Zwerchfell die Aufrichtung so stark beeinträchtigt, dass er sich nur mit großer Kraftanstrengung gegen die Schwerkraft aufrichten konnte und war diese Aufrichtung nach der Entspannung des Zwerchfells nun wieder leichter möglich? Oder hat das Erleben des *Gehaltenwerdens* die Selbstwahrnehmung verbessert und Selbstwirksamkeit ermöglicht?

### **Was berühren wir, wenn wir einen Menschen behandeln?**

Um uns dieser Frage anzunähern, will ich fünf Thesen aufstellen:

1. These: Berühren bedeutet, die Grenzen zu einem anderen Menschen aufzuheben und sich mit ihm auf eine frühkindliche Ebene der Begegnung zu begeben.

Berühren bedeutet, die Grenzen von jemand anderem in Frage zu stellen. Wir nehmen Kontakt auf und stellen dadurch die Grenze zwischen Ich und Du in Frage, d. h., wir begeben uns mit einem anderen Menschen auf eine frühkindliche Ebene der Verschmelzung, der Nicht-Unterscheidung von Innen und Außen und beschwören damit auch eine Ebene von – unerfüllbaren – Wünschen nach Verschmelzung und Einswerdung, die uns allen innewohnen. Aufgrund ihrer speziellen Qualität sind wir in der Berührung gleichzeitig Wahrnehmende und Ausführende. Das heißt, auch in uns wird diese sehnsuchtsvolle Ebene berührt. In der Berührung provozieren wir also mit unseren Patientinnen und Patienten eine Ebene von Verheißung, von Sehnsucht, von etwas, wofür es keine Worte gibt? Aus der Entwicklungspsychologie und Tiefenpsychologie wissen wir, dass der Weg der Individuation über das Wahrnehmen der *Abgegrenztheit* ge-

genüber der Außenwelt stattfindet.<sup>1</sup> Indem wir über die Berührung an diese Grenze gehen, erleichtern oder „erzwingen“ wir im Patienten eine Regression auf diese frühkindliche Ebene, die noch vor dem Spracherwerb liegt, also vor der Möglichkeit, Gefühle zu benennen. Wir schaffen dadurch eine asymmetrische Situation: Auf der einen Seite eine „erwachsene“, in Kontrolle befindliche, behandelnde Person und auf der anderen Seite ein durch die Behandlung „in eine Kindposition gezwungener“ Mensch.

Wie kann man mit dieser Situation verantwortungsvoll umgehen? Wie kann man auf dieser regressiven Ebene verantwortungsvoll arbeiten?

Ein wichtiger Aspekt scheint mir zu sein, die regressiv Situation nicht „auszunützen“ und die Patientin oder den Patienten zu manipulieren. Die über Berührung herbeigeführte Regression macht manipulierbar, empfänglich für „Wahrheiten“, die von außen kommen.

Es gilt also, den Menschen, der sich in unsere Hände begeben hat, darin zu unterstützen, in der gegenwärtigen Situation präsent zu sein und nicht in die Regression und damit vielleicht in frühkindliche, traumatische Situationen abzudriften. Dafür kann die Sprache ein hilfreiches Mittel sein, indem Berührungen verbal begleitet werden oder das, was gegenwärtig passiert, benannt wird.

2. These: Die Berührung, die wir ausüben, berührt uns selbst. Wir sind zugleich Berührende und Berührte. Was sie in uns berührt, hängt von unseren persönlichen (Körper-)Erfahrungen ab. Diese gilt es zu reflektieren.

Unser Körper ist unser Mittel zur Kommunikation mit der Welt<sup>2</sup>, er ist die Substanz unserer persönlichen Geschichte. Wir berühren jemanden und stellen damit auch eine Verbindung von unseren Händen zu unseren Emotionen her und damit auch zu unseren inneren Bildern von Spannungen und Gefühlen, zu unserem Körpergedächtnis.<sup>3</sup>

---

1 Vgl. Winnicott, DW (1984): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung. Frankfurt/Main: Fischer.

2 Vgl. Merleau-Ponty, M (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.

3 Vgl. Fuchs T (2011): Leibgedächtnis und Leibgeschichte. *Focusing Journal*, 27, DAF.

Ich berühre, spüre Spannungen im Gewebe des Menschen, den ich behandle, und nehme gleichzeitig wahr, was das in mir *anschwingen* lässt. Ich bin also in einer *geteilten Aufmerksamkeit* gleichzeitig bei mir und bei meinem Gegenüber. Ich erlebe mit dieser Person gemeinsam eine Situation, wir befinden uns in einem gemeinsamen Erlebensraum und das macht es schwer, die eigenen Gefühle von ihren zu unterscheiden: „...der Andere wird am eigenen Leib gespürt“.<sup>4</sup>

Können wir unsere eigenen Gefühle von dem trennen, was wir von unseren Patientinnen und Patienten wahrzunehmen glauben?

Sie können in mir Gefühle zum Schwingen bringen, die etwas mit meiner eigenen Geschichte zu tun haben. Wenn das passiert, sind meine emotionalen Reaktionen im Sinne einer Gegenreaktion oft heftig und impulsiv und es empfiehlt sich, diese zu beobachten und „in ein Körbchen zu legen“<sup>5</sup>, d. h. sie wahrzunehmen, aber nicht die Situation bestimmen zu lassen. Gleichzeitig gilt es aber, in Resonanz mit dem Gegenüber zu sein, sich eben *anschwingen* zu lassen von dem, was gerade da ist und sich entwickeln will. Das geschieht in einem Resonanzraum, der geprägt ist von Gegenwärtigkeit, Präsenz, dem *Da-Sein*, dem Sich-zur-Verfügung-Stellen und der Bereitschaft, einen Prozess zuzulassen, der sich entwickeln will. Als Osteopathin oder Osteopath befinde ich mich also in Resonanz mit dem Patienten oder der Patientin, in welcher das spürbar ist, was noch nicht gesagt werden kann. Ich bin also in einer Balance zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung, die geprägt ist von der Fähigkeit, zwischen Offensein, Sich-berühren-Lassen und Abgrenzung zu pendeln.<sup>6</sup>

---

4 **Gugutzer, R (2012):** Verkörperung des Sozialen. Neophänomenologische Grundlagen und soziale Analysen. Bielefeld: transcript Verlag, S. 35.

5 Johannes Wiltshcko, Gründer des Deutschen Ausbildungsinstituts für Focusing und Focusing-Therapie (DAF), nutzt in der Ausbildung dieses treffende Bild, um den Vorgang zu veranschaulichen.

6 Vgl. **Gendlin, ET & Wiltshcko, J (1999):** Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, und: **Bauer, J (2006):** Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München: Heyne.

Aber was gibt mir die Sicherheit in meiner Wahrnehmung?

Wahrscheinlich kann es in dieser therapeutischen Situation keine hundertprozentige Sicherheit für meine Wahrnehmung geben, ich kann nicht mit Sicherheit trennen, ob das, was ich wahrnehme, in mir ist oder im Menschen, der von mir behandelt wird, weil wir gemeinsam in der Situation sind und die Wahrnehmung eben aus dieser Situation heraus entsteht. Ich kann nur darauf vertrauen, dass sich, wenn ich in einer absichtslosen, akzeptierenden und empathischen Haltung bin<sup>7</sup>, in der therapeutischen Situation das zeigen kann, was den Entwicklungsprozess der Patientin oder des Patienten voranträgt.

Wir berühren also Menschen und lassen uns von ihnen berühren. Von dem, was sie berichten und von dem, was wir meinen, was uns ihr Körper erzählt. Und dann? Was machen wir dann mit dem, was wir spüren?

Wir haben unsere Strategien gelernt, die fremden Gefühle nicht zu den eigenen werden zu lassen, uns nicht von den Gefühlen der Patientinnen und Patienten überfluten zu lassen, indem wir in der Wahrnehmung immer wieder in den eigenen Körper zurückgehen, während wir gleichzeitig den anderen Menschen berühren. Wir kennen auch die Strategie, aufkommende impulsive Gefühle „ins Körbchen zu legen“. Und gleichzeitig lassen wir uns berühren von dem Menschen, der uns in der therapeutischen Situation begegnet, sodass er das Gefühl haben kann, verstanden zu werden – nicht nur auf rationaler Ebene, sondern dass er spüren kann, dass auf emotionaler Ebene eine Berührtheit da ist, dass jemand *anggerührt* ist. Ist das nicht einer der Schlüssel zu einer gelungenen therapeutischen Beziehung, trotz aller professioneller Abgrenzungsstrategien?

Die Bindungstheorie spricht hier von *Containment*, von der Fähigkeit der ersten Bezugsperson, zumeist der Mutter, die Gefühle des Kindes in sich aufzunehmen und ein *Container* für diese Gefühle zu sein, damit sie für das Kind verstehbar und verdaubar werden.<sup>8</sup> Diese Dynamik lässt sich auch auf die therapeutische Situation übertragen: Hier übernimmt die Therapeutin oder der Therapeut diese Funktion.

---

7 Vgl. **Rogers, C (1973)**: Die Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta.

8 Vgl. **Bion, W (1992)**: Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Aber: Wie weit soll ich die wahrgenommenen Empfindungen, Gefühle und Spannungen eines Menschen „in mich hineinlassen“, um sie adäquat bearbeiten zu können und für diesen Menschen verdaubar zu machen? Wie viel Mitfühlen ist therapeutisch sinnvoll und notwendig? Wie tief lasse ich mich berühren? Wie kann ich meine Berührtheit dosieren? Wie kann ich vermeiden, dass auf dem Weg von der Wahrnehmung der Gefühle meiner Patientinnen und Patienten zu meinem manuellen Handeln sich meine eigenen Gefühle – in mir abgespeichertes Erlebtes – dazwischenschieben und meine manuelle Reaktion, meine Behandlung, sich damit auf meine eigenen Gefühle bezieht, meine eigenen Gefühle behandelt?

Überspitzt formuliert: Wie kann ich vermeiden, dass ich eigentlich mein Gegenüber in der therapeutischen Situation „missbrauche“, um mich selbst zu behandeln?

Wo ist die Grenze zwischen Einfühlungsvermögen und Grenzüberschreitung? Wie schütze ich mich und meine Patienten und Patientinnen vor derartigen Grenzüberschreitungen?

Um mit dieser komplexen Situation umgehen zu können und zu vermeiden, dass ich letztlich mich selbst behandle, ist es notwendig, dass ich mir dieses gemeinsamen Erlebnisraumes bewusst bin und diesem Aufmerksamkeit schenke. Das führt uns zur dritten These:

**3. These: Es braucht einen Raum zwischen Berührung und Reaktion – den Resonanzraum zwischen Patient/in und Therapeut/in, den Raum der therapeutischen Beziehung.**

Wenn wir eine Berührung (therapeutisch) wirksam werden lassen wollen, kann der Übergang vom Wahrnehmen zum therapeutischen Handeln nicht unmittelbar verlaufen, sondern dann braucht es eine Unterbrechung, einen Zwischenraum: Ich nenne ihn den therapeutischen Raum, der sich zwischen Wahrnehmung und Reaktion öffnet und eine Transformation der Wahrnehmung impliziert. Ein Innehalten, ein Benennen, ein In-Verbindung-Bringen mit der eigenen Körpergeschichte, ein Pendeln zwischen Innen und Außen, zwischen meiner Innenwahrnehmung und der Situation, in der ich mich mit dem Patienten oder der Patientin befinde.

Dieser Raum ist eine Art Übergangsraum<sup>9</sup>, der Raum, der Veränderung möglich macht und auch uns als Behandelnde verändert: Der Raum der therapeutischen Beziehung, der gleichzeitig der Resonanzraum zwischen dem Patienten oder der Patientin und mir ist. Er ist geprägt von der Wechselseitigkeit unserer Beziehung. Ich denke, dass die Neutralität der Behandelnden eine Illusion ist. Jede Behandlung hat das Potential, auch uns als Osteopathinnen und Osteopathen zu verändern, denn sie wirft Fragen in uns auf, sie bringt uns ein Stück aus dem Gleichgewicht, lässt in uns Spannungen spürbar werden. In einer Behandlung kann sich nicht nur das Selbsterleben der Patientinnen und Patienten verändern, sondern auch unser Erleben in diesem gemeinsamen Erlebensraum. Nicht das Verschmelzen und *Einswerden* in der Berührung, nicht ein „Pantheismus und eine allgemeine Vergöttlichung“<sup>10</sup> ermöglichen Veränderung, sondern das Zur-Verfügung-Stellen eines konkreten Beziehungsraumes, in dem sich etwas zeigen kann. Ein Raum, der Sicherheit bietet, der wie ein Container das Körpererleben der Patientinnen und Patienten sicher aufbewahrt und ihnen ermöglicht, dieses zu betrachten und mit Bedeutung zu versehen, indem man es benennt. In dieser sicheren therapeutischen Beziehung kann man sich dem Körpererleben angstfrei zuwenden: „Mein Therapeut bzw. meine Therapeutin kümmert sich um meinen Schmerz, nimmt ihn ernst. Ich kann über das reden, was mich berührt, was gerade mein Erleben von mir ausmacht.“ Auch wenn wir in einer osteopathischen Behandlung nur begrenzt mit Sprache arbeiten, so können wir doch den Prozess unterstützen, dass sich Empfindungen aus einer nicht benennbaren, diffusen *Körperwahrnehmung* zu benennbarem *Körpererleben* entwickeln können. Der Psychoanalytiker Fonagy spricht in diesem Zusammenhang von der Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeit, also der Fähigkeit, vom direkten Erleben zu abstrahieren, das Erlebte in Worte zu fassen, mitzuteilen und in weiterer Folge Gefühlszustände anderer verstehen zu können – die Basis für Empathie.<sup>11</sup> Um den Raum der therapeutischen Beziehung zu pflegen, bedarf es der Reflexion,

---

9 Vgl. Winnicott 1984.

10 Wüthrl, P (2012): Ankommen in der Gegenwart oder ist die Osteopathie noch zu retten? *DO - Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 1: 15-18.

11 Vgl. Fonagy, P (2006): Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.



gilt es auch selbst vom unmittelbaren Erleben Abstand zu nehmen, um sich nicht damit zu identifizieren. Dabei ist es hilfreich, tiefenpsychologische Konzepte zu Hilfe zu nehmen. Denn hier ist die Grenze der reinen Intuition erreicht, die Grenze des „Sich-vom-Gewebe-führen-Lassens“, die Grenze des „Sich-auf-sein-Gefühl-Verlassens“.

So können wir durch das Benennen, durch den Einsatz der Sprache dazu beitragen, einen Bedeutungsraum zu schaffen, der es ermöglicht, im Körper abgespeicherte, verfremdete Gefühle zu differenzieren, aus der Diffusion und vielleicht Angstbesetztheit herauszuholen und damit der Bewusstseins-ebene zugänglicher zu machen. Wenn wir ein Bewusstsein für diesen therapeutischen Raum entwickeln, der nicht mein *Körper*-raum, nicht der *Körper*raum der Patientinnen und Patienten, sondern ein gemeinsamer *Erlebensraum* ist, der von Präsenz und Gegenwärtigkeit geprägt ist, laufen wir auch nicht so stark Gefahr, unsere eigenen Gefühle in die Therapie einzubringen oder mit unserem Gegenüber zu verschmelzen. Es kann uns dann vielleicht besser gelingen, einerseits die eigenen Wünsche draußen zu lassen und andererseits die Erwartungen und Forderungen der Patientinnen und Patienten nicht zu verinnerlichen. Dieser therapeutische Raum ist jener Raum, in dem auch Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene wahrgenommen, reflektiert und vielleicht auch therapeutisch nutzbar gemacht werden können.<sup>12</sup>

In einem körpertherapeutischen Prozess können Übertragungsphänomene auch auf körperlicher Ebene ablaufen. Beklemmung, Müdigkeit, Erschöpfung, die durch einen Patienten oder eine Patientin ausgelöst werden, aber auch Gefühle wie Ärger und Ohnmacht können auf Seiten der Osteopatin oder des Osteopathen auftreten.<sup>13</sup> Es erscheint mir wichtig, sich dieser Reaktionen bewusst zu sein, und es bedarf eines hohen Maßes an Selbstreflexion, diese nicht automatisch „dem Patienten oder der Patientin in die Schuhe zu schieben“, denn sie können ja auch eine Form unserer Reaktion

---

12 Unter Übertragungsphänomenen versteht man das Reinszenieren frühkindlicher Szenarien im therapeutischen Raum seitens des Patienten oder der Patientin und die Reaktion der Therapeutin bzw. des Therapeuten darauf. Vgl. hierzu **Bettighofer, S (2004)**: Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: W. Kohlhammer.

13 Vgl. **Bauer 2006**.

sein, die mit unserer eigenen Geschichte zu tun hat. Es kann in dieser Situation hilfreich sein, diese Gefühle wahrzunehmen, ohne sie gleich „auf den Tisch zu legen“, also dem Gegenüber mitzuteilen. Alleine die Wahrnehmung der Gefühle und das Bewusstsein, dass sie da sein dürfen, kann die Intensität der Gefühle abschwächen und die Situation schon verändern. Wenn wir also der therapeutischen Beziehung einen Platz im osteopathischen Behandlungsprozess einräumen, können wir uns dem Anspruch der Osteopathie auf *Ganzheitlichkeit* annähern und heben uns damit auch von einer rein funktionellen Körpertherapie ab. Wir berücksichtigen damit den Umstand, dass wir als Menschen in eine Beziehung eingetreten sind, die es auch zu gestalten gilt und deren Gestaltung ein nicht unwesentlicher Faktor im therapeutischen Prozess sein kann.

#### 4. These: Berühren bedeutet Ausübung von Macht. Diese Machtkonstellation braucht Reflexion.

Ich denke, jede/r von uns kennt das Gefühl, über den Kontakt unserer Hände bei jemandem *den Punkt* getroffen zu haben, eine Schicht der Zwiebelschalen menschlicher Empfindungen abgelöst zu haben. Wir fühlen uns gut, wenn wir meinen, jemandem dabei geholfen zu haben, auf einer tieferen Ebene mit sich in Kontakt zu kommen. Aber schwingt da nicht auch ein Gefühl von Macht mit?<sup>14</sup> Auch Peter Wühl spricht in diesem Zusammenhang von der „*Kolonialisierung des Anderen*“ und fordert eine Ethik der Berührung ein, die die asymmetrische Ausgangssituation einer osteopathischen Behandlung reflektiert.<sup>15</sup> Gerade weil unsere Berührungen auf so subtile Weise wirken und einen Menschen auf einer Ebene ansprechen, über die er keine kognitive Kontrolle hat oder für die er angehalten wurde, die Kontrolle abzugeben, impliziert die osteopathische Behandlung ein hohes Maß an Verantwortung. Übernahme von Verantwortung für die Patientinnen und Patienten und für die therapeutische Situation wird in der Osteopathie allerdings oft – unter Berufung auf die uns allen innewohnenden Selbstheilungskräfte – offen abgelehnt.

---

14 Vgl. hierzu den Beitrag „Was macht die Macht über die Körper mit den Körpern? Über die Segnungen der demütigen Osteopathisation.“ von Peter Sommerfeld in diesem Band.

15 Vgl. **Wühl 2012**.

Ist das ethisch vertretbar? Wie viel Verantwortung tragen wir für unsere Patientinnen und Patienten und wie viel Schutz können wir ihnen bieten? Wie verorten wir unser Handeln moralisch-ethisch und von welchem Menschenbild sind wir geleitet?

## 5. These: Osteopathisches Be-Handeln ist verantwortungsvolles Handeln.

Was macht also ein verantwortungsvolles osteopathisches *Be-Handeln* aus? Reicht es, den therapeutischen Raum zur Verfügung zu stellen und den Rest den Selbstheilungskräften zu überlassen?

Wenn wir auf der Ebene der Gewebe behandeln und uns darauf einlassen, kann der Kontakt unserer Hände für die Patientinnen und Patienten eine Art Spur darstellen, die aus der Verflechtung von psychischer und physischer Spannung herausführen kann. Und das impliziert meiner Ansicht nach Verantwortung: Wir legen Hand an und bieten dem Körper einen Weg aus der Verwirrenheit an.

Aber woher kennen wir den Weg der Gewebe? Ist das Einlassen auf die Sprache des Gewebes alleine eine stabile Basis für verantwortungsvolles therapeutisches Handeln?

Kehren wir am Schluss noch einmal zum Patientenbeispiel zurück:

Meine Hände sind in Kontakt mit dem Patienten. In dem Moment, in dem meine Hand scheinbar tief in den Brustkorb hineinsinkt, spüre ich in mir eine tiefe Berührtheit. Ich erkenne das Gefühl dieser Beklemmung und Lösung in mir wieder. Ich durfte schon erleben, dass sich dieses beklemmende Gefühl auflösen kann und das ermöglicht es mir erst, ein authentischer *Container* für die Gefühle des Patienten zu sein. Ich habe bei mir erfahren, dass dieser Prozess Zeit braucht, dass es nicht hilfreich ist, eine Lösung erzwingen zu wollen, weil sich sonst in mir Widerstand dagegen aufbaut. Ich habe auch erfahren, dass es nichts bringt, wenn jemand diesen Prozess vorantreiben will, weil ich mein eigenes Tempo brauche, um die Veränderung zu integrieren.

Meine persönlichen Erfahrungen beeinflussen also mein therapeutisches Handeln. Aber: Sind meine persönlichen Erfahrungen ein legitimer Parameter für mein therapeutisches Handeln? Entsteht daraus nicht erst recht therapeutische Willkür und sind die Patientinnen und Patienten dadurch nicht hilflos der Geschichte der- oder desjenigen ausgeliefert, bei der oder dem sie (zufällig?) gelandet sind?

Hier muss ich mir als Therapeutin oder Therapeut folgende Fragen stellen: Habe ich meine eigenen Körpergefühle weitgehend entwirrt, benannt, in einen bewussten Zusammenhang mit meiner Lebensgeschichte gebracht, damit ich diese in der Behandlung auch wieder ein Stück zur Seite legen und in einem gemeinsamen Erlebensraum mit den Patientinnen und Patienten präsent sein kann? Habe ich selbst gewagt, die Komplexität und Ambivalenz meiner Gefühle genauer zu beleuchten, um nicht in vereinfachende Erklärungsmodelle psychischer Zustände zu verfallen?

Ich spüre also in der Behandlung meine eigene Betroffenheit und versuche gleichzeitig, die Gefühle, die ich beim Gegenüber wahrzunehmen glaube, nicht direkt mit meinen Gefühlen zu verknüpfen, sondern sie im therapeutischen Raum *abzulegen*. Gleichzeitig handle ich, meine Hände *be-handeln*. Sie gehen der – mir logisch erscheinenden – Richtung im Körper der Patientinnen und Patienten nach und ich versuche, ihrem Gewebe zu folgen. Dabei versuche ich in mir zu überprüfen, welchem Impuls ich jetzt nachgehe. Kommt ein starker Impuls aus mir und hat es mit meiner eigenen Geschichte zu tun oder handle ich im therapeutischen Raum – dort, wo mein Handeln möglichst von meiner eigenen Geschichte entkoppelt ist, wo mein Körperwissen, verbunden mit meinem anatomischen Wissen, wirksam wird und somit mein *Be-Handeln* aus der Unmittelbarkeit meines eigenen Erlebens herausgehoben wurde? Geht das überhaupt? Kann ich meine Wahrnehmungen von meiner Geschichte entkoppeln, von meinem eigenen Körpererleben trennen? Kann ich von meinem eigenen Körper abstinent sein, von meinen Empfindungen Abstand nehmen und gleichzeitig sensitiv *be-handeln*?

Ich kann mich bemühen, in dem Bewusstsein eines gemeinsamen Erlebensraumes im therapeutischen Raum zu *be-handeln* und die damit einhergehenden Spannungen, Uneindeutigkeiten und Widersprüche

lichkeiten auszuhalten und damit auch Beziehung zuzulassen. Entscheidend erscheint mir dabei meine therapeutische Haltung, mit der die Berührung stattfindet.<sup>16</sup> Es gilt, im Hier und Jetzt mit meinen Patientinnen und Patienten in Kontakt zu sein und zu bleiben und mein therapeutisches Handeln in Beziehung zu ihnen zu modulieren.

Eine Kollegin hat in einem Vortrag einmal gesagt, Verantwortung übernehmen hieße, Antworten für die Patientinnen und Patienten zu haben. Diese Ansicht teile ich nicht. Ich glaube vielmehr, dass verantwortungsvolles *Be-Handeln* bedeutet, Fragen zuzulassen und die Spannungen und Widersprüche auszuhalten, die sich daraus ergeben können. Ich denke es geht nicht darum, den Menschen, die sich uns anvertraut haben, Antworten zu liefern, sondern sie in einer sicheren therapeutischen Beziehung in einem Veränderungsprozess zu begleiten. Diese Sicherheit ist gewährleistet, wenn wir als Therapeutinnen und Therapeuten Verantwortung für unsere Präsenz und unsere Haltung im gemeinsamen Prozess übernehmen. Wir berühren Menschen und lassen uns von ihnen berühren und aus dieser Wechselseitigkeit, aus diesem gemeinsamen Erlebensraum heraus können wir sie dabei unterstützen, Schritte zu machen, die zu persönlichen Antworten führen können.

---

<sup>16</sup> Rogers (1973) spricht von *Absichtslosigkeit, Kongruenz und Empathie* als personenzentrierter, therapeutischer Haltung.

# Literatur

---

- Bauer, J (2006):** Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München: Heyne.
- Bettighofer, S (2004):** Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Bion, W (1992):** Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Fonagy, P (2006):** Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuchs, T (2011):** Leibgedächtnis und Leibgeschichte. *Focusing Journal*, 27, DAF.
- Gendlin, ET & Wiltshko, J (1999):** Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Gugutzer, R (2012):** Verkörperung des Sozialen. Neophänomenologische Grundlagen und soziale Analysen. Bielefeld: transcript Verlag.
- Merleau-Ponty, M (1966):** Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- Rogers, C (1973):** Die Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, DW (1984):** Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung. Frankfurt/Main: Fischer.
- Wührl, P (2012):** Ankommen in der Gegenwart oder ist die Osteopathie noch zu retten? *DO - Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 1: 15-18.