

Vortrag an der Universität Wien im Sommersemester 2020

**ÖDAI (Österreichisches Daseinsanalytisches Institut für
Psychotherapie, Psychosomatik und Grundlagenfor-
schung) am 29.5. 2020**

(auch als Audiodatei verfügbar)

von

**Dr. med. Dr. phil. Andrea Moldzio, MBA, Alsterchaussee 3,
20149 Hamburg**

Titel:

**„Über die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Bezie-
hung“**

Abstract:

Die Bedeutsamkeit der guten therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut wird zwar immer wieder betont, jedoch bleibt dabei oft unklar, was genau eine gelungene therapeutische Beziehung ist und ob bzw. wie diese auch durch den Therapeuten herstellbar und beeinflussbar ist. In diesem Vortrag soll der Spielraum der therapeutischen Beziehung aus phänomenologischer Sicht näher beleuchtet werden und anhand praktischer Beispiele für die psychotherapeutische Praxis nutzbar gemacht werden. Der Spielraum der therapeutischen Beziehung wird als ein basaler Bestandteil des Möglichkeitsraumes von Patient und Therapeut beschrieben.

Vortrag:

In der Erforschung von Wirkfaktoren in der Psychotherapie wird immer wieder auf die tragende Funktion einer guten Beziehung zwischen

Therapeut und Patient verwiesen. Doch was ist das eigentlich? Eine gute therapeutische Beziehung? Und kann diese auch aktiv hergestellt oder zu mindestens durch den Therapeuten beeinflusst werden?

Ich möchte meinen Vortrag in 2 Abschnitte einteilen, nämlich zum einen der Frage nachgehen, wie eine Beziehung bzw. auch eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Patient differenzierter verstanden werden kann und zum 2., ob eine gute therapeutische Beziehung auch aktiv hergestellt werden kann.

Kommen wir zum Teil 1:

Im allgemeinen wird eine gute therapeutische Beziehung mit Vertrauen, emotionaler Übereinstimmung, dem Gefühl sich gut aufgehoben zu fühlen, sich verstanden zu fühlen, mit wechselseitiger Sympathie, Übereinstimmung in der Betrachtungsweise, gleiche Wellenlinie, gute Atmosphäre, ähnliche Sprache und auch einer gewissen Stressresistenz bei Belastungen und Krisen innerhalb der Therapie, verbunden. Es sind eher unspezifische Faktoren, die auch vornehmlich im Gefühl verankert sind, die Patient oder Therapeut dazu veranlassen, die therapeutische Beziehung als gut oder tragfähig zu bezeichnen. Fest steht jedoch, dass eine gute therapeutische Beziehung fast schon Garant für Entwicklungsfortschritt des Patienten sind und ohne diese kein Weiterkommen ist. Je nach Therapiemethode wird die therapeutische Beziehung in ihrer Bedeutsamkeit unterschiedlich in den Vordergrund gestellt. In der Psychoanalyse beispielsweise dient die therapeutische Beziehung im wesentlichen als Projektionsfläche für Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, aber auch andere Therapieschulen wie interpersonelle Therapie, Daseinsanalyse, Schematherapie messen der therapeutischen Beziehung eine große Bedeutung bei, während diverse verhaltenstherapeutisch orientierte Konzepte mehr Wert auf interpersonelle Verhaltensänderungen legen, dabei aber selbstverständlich nicht ohne eine gute therapeutische Bindung auskommen.

Im Folgenden möchte ich gerne die leibliche Komponente einer therapeutischen Beziehung beleuchten. Ich beziehe mich dabei auf die Neue Phänomenologie des Kieler Philosophen Hermann Schmitz, welcher meiner Ansicht nach eine sehr differenzierte Sprache für leibliche Prozesse entwickelt hat, die sich insbesondere für die Psychotherapie gut eignen.

In seiner Phänomenologie der Leiblichkeit versteht Schmitz unter „leiblich“ zum einen das, was man in der Gegend des eigenen Körper an sich spürt, aber ohne die fünf Sinne zu Hilfe zu nehmen bzw. auf das perzeptive Körperschema zurückzugreifen („eigenleibliches Spüren“), und zum anderen die leibliche Kommunikation, die über das Spüren des eigenen Leibes weit hinausreicht, um mit der Mitwelt leiblich in Kontakt zu treten. Der Leib ist nach Schmitz etwas sehr Dynamisches und nicht auf die Personengrenze beschränkt wie der Körper, sondern etwas was mittels dieser leiblichen Kommunikation über das Subjekt selbst hinausgreift.

Den Unterschied zwischen Körper und Leib definiert Schmitz wie folgt: „Wenn ich von Leib spreche, denke ich nicht an den menschlichen oder tierischen Körper, den man besichtigen oder betasten kann, sondern an das, was man in dessen Gegend von sich spürt, ohne über ein Sinnesorgan wie Auge oder Hand zu verfügen, dass man zum Zwecke dieses Spüren willkürlich einsetzen könnte.“

Die leibliche Dynamik spannt einen Bogen zwischen den beiden Endpolen der sogenannten Weite und Enge. Die Enge des Leibes wird zum Beispiel deutlich, wenn man Angst hat oder sich erschreckt. Dann fährt der Mensch ganz in sich zusammen und fühlt beispielsweise ein Engegefühl in der Brust, Zusammenschnüren der Kehle oder ein krampfhaftes Zusammenziehen des Magens. Im Schreck wird der Leib, und zwar völlig unabhängig der anatomischen Körpergrenzen als klein und kompakt gespürt. Die leibliche Weite ist das Gegenteil, sie tendiert dazu die Körpergrenzen zu überschreiten. Beispielsweise beim Versinken in den Schlaf, bei der Wollust, der Trance oder dissoziativen Phänomenen verschwimmen die eigenen Körpergrenzen mit der Umwelt. Die gesunde menschliche Leiblichkeit schwingt zwischen den Polen der Enge und der weiter je nach Disposition und Situation locker hin und her. Sie kann aber auch krankheitsbedingt,

wie beispielsweise bei der Angst oder bei der Zwangsstörung zum Engepol oder beispielsweise wie bei Manie zum Weitepol hin verschoben werden, sodass die normale Bandbreite der Schwingungsfähigkeit eingeengt ist. Dies alles beschreibt die innerleibliche Dynamik. Es gibt aber auch eine intersubjektive Leiblichkeit zwischen einzelnen Subjekten, welche die Leibgrenzen des einzelnen überschreiten.

Die innerleibliche Dynamik kann die Grenzen des Individuums mittels sogenannter leiblicher Kommunikation überschreiten. Nicht nur die innerleibliche Dynamik verläuft zwischen den Polen der Enge und Weite dialogisch, sondern auch die intersubjektive. Der Leib ist also nicht nur private Angelegenheit des einzelnen, sondern ermöglicht als sogenannter universaler Resonanzboden die Kommunikation mit anderen. Die Möglichkeit der leiblichen Kommunikation mit anderen setzt sich aber nicht einfach additiv auf den innerleiblichen Dialog auf, sondern verläuft parallel zu ihm. Der Leib als Resonanzboden ist zum einen für die innerleiblichen Regungen und Gefühle empfänglich, die das Gegenüber dann als Eindruck wahrnehmen kann. Zum anderen dient er aber auch als Resonanzboden für die leiblichen Schwingungen und Stimmungen des Anderen, die er sensibel in sich als eigenleibliches Spüren auffangen kann. D. h. also, dass der Andere in seinen Stimmungen, Gefühlen und Atmosphären am eigenen Leib wahrgenommen werden kann. Dieses Spüren des Anderen am eigenen Leib beschreibt Schmitz wie folgt: „Den verhaltenen Zorn, den Ärger, das Unbehagen eines anderen spürt ein empfänglicher Mensch nicht bloß an dessen Gesichtsausdruck oder anderen Symptomen der Gestalt und des Benehmens, sondern ebenso oder eher noch am eigenen peinlichen, befremdeten oder erschrockenen Betroffen sein; das Behagen, der entspannten Aufgeschlossenheit des anderen wird er in gewissem Maß dadurch inne, dass ihm selbst dabei das Herz aufgeht. Dem eigenen leiblichen Befinden entnimmt der Feinfühlige manchmal direkter und subtiler etwas über den Gesprächspartner als der Beobachtung des Gesichts, der Hände und der Haltung oder dem Lauschen auf die Stimme. Manchmal lässt der Eintritt oder die Anwesenheit eines Menschen in einem Raum die Atmosphäre zu Eis erstarren oder warm, locker und herzlich werden.

Gewiss liegt das auch an seinem Blick, seiner Stimme, seiner Haltung aber erst einmal spüren es die Übrigen am eigenen Leib.“

Das Spüren von Gefühlen am eigenen Leib ähnelt dem psychoanalytischen Begriff der projektiven Identifikation, geht jedoch über diesen weit hinaus. Auch kommt dieser phänomenologische Gedanke schon bei Merleau-Ponty vor, für den der Leib ein für alle anderen Gegenstände empfindlicher Gegenstand ist, der allen Tönen ihre Resonanz gibt, mit allen Farben mitschwingt und allen Worten durch die Art und Weise, wie er sie aufnimmt, ihre ursprüngliche Bedeutung verleiht.

Wir bekommen hier schon eine Vorstellung, wie sich eine therapeutische Beziehung auf der leiblichen Ebene manifestieren kann.

Das eigenleibliche Spüren geht damit in einem übergreifenden Leib über, der auch den anderen umfasst. Dadurch wird ermöglicht, dass der Andere am eigenen Leib gespürt wird. Dies wird von Schmitz als wechselseitige Einleibung bezeichnet, die noch mal in eine sogenannte antagonistische Einleibung, die auf Rivalität basiert und in eine solidarische Einleibung, wie zum Beispiel beim gemeinsam Musizieren, unterteilt wird.

In der alltäglichen Lebenserfahrung zeigt sich dieses Phänomen im eigentümlichen Berührtsein durch den Anderen. So kann die ausstrahlende Kälte oder Herzlichkeit eines Menschen von empfänglichen Personen direkt leiblich gespürt werden, indem sich z.B. alles „irgendwie zusammenkrampf“, oder man eine angenehme Entspannung oder Erleichterung fühlt. Ob man mit jemandem „auf gleicher Wellenlänge“ liegt, mit jemandem „gut kann“ oder nicht, entscheidet sich primär auf der Basis der leiblichen Kommunikation, wobei das „leibliche Urteil“ über die Person oder die Beziehung oft erst im Nachhinein verbal begründet werden kann. Diese interpersonale leibliche Kommunikation befindet sich auf einer tieferen Abstraktionsebene als, das was man üblicherweise unter dem Ausdruck „Beziehung“ versteht.

Schon das gewöhnliche Sehen geschieht mittels Einleibung, wie Schmitz am gekonnten Ausweichmanöver eines Menschen in einer

Gefahrensituation, verdeutlicht. Dabei ist das Leitsymptom der Einleibung das „Koagieren ohne merkliche Reaktionszeit“. In diesem Sinne kann auch die therapeutische Beziehung als eine Form der leiblichen Kommunikation verstanden werden, in der sich die jeweiligen Leiber einseitig oder wechselseitig, antagonistisch oder solidarisch aufeinander einschwingen. Sie können gemeinsam am Weite- oder Engepol verharren oder auch antagonistisch am Enge- oder Weitepol und auch hier mit einseitigen oder wechselseitigen Rollen. Beispielsweise kann hier der ängstliche Patient sich am Engepol befinden, während der Therapeut den Weitepol einnimmt. In einer Atmosphäre heiterer Gelassenheit zwischen Patient und Therapeut können sich auch beide gemeinsam am Weitepol finden.

Diese beschriebene wechselseitige Einleibung ist das wichtigste Phänomen leiblicher Kommunikation im Gespräch. Sie ist unser empfindlichster Fühler bei der Wahrnehmung des Anderen und dient der gemeinsamen Verhaltensabstimmung. Sie ereignet sich im Blick, im Händedruck und im nonverbalen Ausdrucksbereich als ein Wechselspiel zwischen den Dominanzrollen. Aus der Einleibung entspringt die unwillkürliche Du-Evidenz, es mit einem anderen Bewußthaber zu tun zu haben. Diese Form der Einleibung ermöglicht es, das Erleben des Anderen am eigenleiblichen Spüren abzulesen und zu verstehen. Es handelt sich hier um eine „Wahrnehmung mit verkehrten Fronten“. Dieses spezifische Verstehen ist jedoch anderer Natur als die Empathie, Projektion oder Nachahmung. Schmitz bezeichnet diesen Vorgang als „sympathetisches Verstehen“, das zeitgleich mitschwingt. Das Gespräch von Leib zu Leib ist damit ein genuiner Verständigungsmodus, der in seiner spezifischen Bedeutung in den Begriffen der verbalen und nonverbalen Kommunikation nicht adäquat miterfasst ist und deutlich über diese hinausgeht. Meiner Ansicht nach ist der innerleibliche Dialog das Fundament einer jeden Beziehung und der bedeutsamste Bestandteil der therapeutischen Beziehung. Eine gelungene leibliche Kommunikation ist Voraussetzung für eine gute therapeutische Beziehung.

Kommen wir nun zum 2. Teil meines Vortrages und damit zu der Frage, ob sich aus den Erkenntnissen der leiblichen Kommunikation zwischen Therapeut und Patient auch Möglichkeiten ergeben, eine gute therapeutische Beziehung herzustellen oder diese zu beeinflussen.

Für eine leiborientierte Therapie ist das Zusammenspiel der Leiblichkeit von Therapeut und Patient von besonderer Bedeutung. Diese übergreifenden Formen der Leiblichkeit fundieren jede Form der Beziehung zwischen Patient und Therapeut und bilden die Grundlage der Kommunikation zwischen diesen. Noch bevor überhaupt ein Wort gewechselt wird, kommunizieren bereits die Leiber miteinander. Gefühle der Enge, Bedrängnis, Angst oder Anspannung oder aber der Weite, Entspannung und Erleichterung, welche sich in der Kommunikation automatisch einstellen werden - noch bevor sie als Gefühle wahrgenommen werden - primär leiblich gespürt.

Einleibung geschieht noch vor *Einfühlung*.

Der Einbezug einer differenzierten Wahrnehmung und Beschreibung dieser leiblichen Kommunikationsebene ist unabdingbare Voraussetzung dazu, das Wesen zwischenmenschlicher Kommunikation zu verstehen. Gleichzeitig ist diese differenzierte Wahrnehmung der leiblichen Prozesse bereits für sich genommen ein wichtiges „Therapietool“ für die therapeutische Beziehung.

Einleibung kann einseitig oder wechselseitig, intern oder auch extern sein. Bei den meisten psychischen Krankheiten ist nicht nur die Beziehung zum eigenen Leib, sondern auch die Interaktion mit dem fremden Leib alteriert. Störungen in der leiblichen Kommunikation, sowohl der Einleibung als auch der Ausleibung, finden sich bei vielen psychiatrischen Krankheiten.

Falls die wechselseitige Einleibung in frustraner Weise gestört oder blockiert ist, kann es auch zu einer Verschiebung auf den eigenen Leib in Form interner Einleibung kommen. Anhand des Beispiels eines Hypochonders arbeitete Blankenburg einen Aspekt des Leibes heraus, bei dem der *Leib als Partner* an die Stelle des Weltbezuges tritt. Statt mit den

Mitmenschen zu kommunizieren, wird der Leib oder einzelne Leibinseln zum stellvertretenden Partner der Kommunikation. Eine Patientin von mir, die unter Dermatozoenwahn litt, kommunizierte in nahezu ausschließlicher Weise nur noch mit ihrem vermeintlichen Tierchen auf und unter ihrer Haut, während sie andere Personen kaum noch wahrnahm, bis sie zum Schluss überhaupt nicht mehr mit Menschen sprach. In beiden Fällen kam es zu einer pathologischen Rückwendung des Kommunikationsbedürfnisses auf den eigenen Leib im Rahmen einer internen Einleibung.

Neben dieser pathologischen Leibbezogenheit gibt es aber auch eine therapeutisch geförderte gesunde Leibbezogenheit. Auch eine Hinwendung auf den eigenen Leib kann leibtherapeutisch für eine Genesung nutzbar gemacht werden. Auch dabei kann der Leib als möglicher Gesprächspartner, den man beachtet und ernstnimmt, fungieren. Dieser Möglichkeit wird in der Gestalttherapie, konzentrativen Bewegungstherapie und in anderen körperorientierten Therapien Rechnung getragen. Eine neue Form des Umgangs mit dem Leib, jenseits seiner bloßen Instrumentalisierung bzw. dem Ausgeliefertsein an den Leib, kann aus diesen einseitigen Fixierungen herausführen und eine neue Dialogfähigkeit begründen.

Therapeutischer Ansatzpunkt bei den beschriebenen Fällen von interner Einleibung wäre, Möglichkeiten zur *externen Einleibung* durch Kommunikation mit Anderen zu fördern bzw. ein gesundes Gleichgewicht zwischen beiden herzustellen. Interne Einleibung ist nicht automatisch pathologisch. Genauso wie man mit sich selbst innere Dialoge führen kann, kann man genauso gut im Gespräch mit seiner eigenen Leiblichkeit oder einzelnen Leibesinseln sein. Schwangere Frauen oder Menschen mit Bauch- oder Beinschmerzen können in gesundheitsförderlicher Weise mit ihren jeweils prominenten Leibesinseln kommunizieren. Alle Formen besonderer Leibbeherrschung, wie z.B. bei den Fakiren, basieren auf *interner Einleibung*, die den Leib in entsprechender Weise instrumentalisieren kann. Jeder Mensch besitzt die Fähigkeit, sich seine Leiblichkeit zu vergegenwärtigen und mit ihr kommunizierend in Kontakt zu treten.

Ein „normales“ Gespräch hingegen beruht auf *wechselseitiger Einleibung*, welche meist automatisch und unreflektiert „geschieht“. Das psychoanalytische Setting beispielsweise, in dem der Analytiker hinter der Couch sitzt, verhindert gleichfalls die wechselseitige Einleibung und will dadurch eine stärkere Hinwendung auf die inneren Prozesse des Analysanden ermöglichen.

Bei primär leiblichen Störungen, wie es insbesondere bei psychosomatischen Erkrankungen der Fall ist, ist das therapeutische Gespräch als Kanal leiblicher Kommunikation von großer Bedeutung. Nicht nur die Inhalte, sondern vor allem die Gestaltverläufe von Haltung und Gebärden, die synästhetischen Charaktere der Stimme sowie die Handhabung der wechselseitigen Einleibung durch den Blick sind hierfür prägend. Dadurch können Engung und Weitung entsprechend der Störung des Patienten wohldosiert übertragen werden. Das Gespräch bekommt so den zusätzlichen Charakter einer Leibesübung. Ohne Einleibung findet kein Gespräch statt. Die leiblich fundierte Ebene der Beziehung kann so in reflektierter Weise verändert und an die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Die verschiedenen Formen der Einleibung können in diesem Sinne auch in reflektierter und absichtlicher Form therapeutisch nutzbar gemacht werden.

So können je nach Befindlichkeit des Patienten z.B. Spannungsgefühle, durch weitende leibliche Regungen oder Fragmentierungsgefühle durch engende, zentrierende leibliche Effekte aufgefangen werden. Antagonistische Effekte durch den Therapeuten vergrößern den Spielraum der Leiblichkeit des Patienten, so dass dem Patienten ermöglicht wird, diesen Spielraum selbst wiederzugewinnen. Ähnlich der „Hilfs-Ich-Funktion“ erfüllt der Therapeut damit eine „Hilfs-Leib-Funktion“.

In einer guten therapeutischen Beziehung gelingt dies dem Therapeuten meist automatisch, ohne dass er sich seiner veränderten Haltung immer bewusst werden muss. Doch ermöglicht ein bewussteres Gewahrwerden von den subtilen Möglichkeiten der Einleibung eine größere therapeutische Bandbreite und Reflexionsbasis. Leibliches Entgegenwirken wirkt

direkt über die therapeutische Beziehung in das Krankheitsgeschehen hinein.

Aber nicht nur Möglichkeiten des leiblichen Gegensterns sind durch die Vielfalt der Einleibungsformen gegeben. Auf einer viel elementareren Ebene ist die Bedeutung des leiblichen Mitschwingens für die therapeutische Beziehung und das Gelingen einer Psychotherapie wesentlich. Hier kommt dem Therapeuten die basale Aufgabe zu, sich für die leiblichen Schwingungen des Patienten offen zu halten und mit ihm zu schwingen. Dieses leibliche „Miteinanderschwingen“ hat bereits ohne therapeutische Interventionen heilsamen Charakter. Dies formuliert Schmitz folgendermaßen: „Wechselseitige Einleibung gestattet, durch geschickte Ausnützung von Gestaltverläufen und synästhetischen Charakteren Engung und Weitung über Kanäle leiblicher Kommunikation dem Patienten leiblich so einzuspeisen, dass je nach therapeutischem Bedarf Sperrungen und Verkrampfungen gelöst werden oder ein sammelnder, engender Effekt erzielt wird. Oft wird es in der therapeutischen Situation aber wichtiger als solches Manipulieren sein, sich offen zu halten, in wechselnder Einleibung mitzuschwingen und so den (auch) leiblichen Spielraum des Patienten zu vergrößern.“

Gleichzeitig ist es ein gutes Beispiel, wie sich Therapie nicht nur durch die Anwendung von entsprechenden Techniken definiert, sondern wie sie bereits als ein elementares leibliches „Sein“ bei dem Patienten sowohl eine heilsame Atmosphäre stiften kann als auch die therapeutische Beziehung mitdefinieren kann. In diesem Sinne bilden Formen der *solidarischen Einleibung*, bei denen sich der Therapeut dem leiblichen Rhythmus des Patienten anpasst und mit ihm schwingt, auf einer elementar leiblichen Ebene die Grundlage einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung. An diese solidarische Einleibung kann sich eine *antagonistische Einleibung* anschließen:

Der sogenannte Dissoziationsstop, durch den der Therapeut dissoziative oder leichtere katatone, mutistische Zustände unterbrechen kann, beruht darauf, dass sich der Therapeut zuerst leiblich auf den Patienten einschwingt, beispielsweise die gleiche Körperhaltung oder den gleichen

Atemrhythmus übernimmt (solidarische Einleibung), um dann nach einer Weile abrupt eine unerwartet irritierende Intervention (bspw. den Patienten mit einem anderen Namen ansprechen, plötzliches Aufstehen) zu machen. Dies hat oftmals den Effekt, dass der Patient in seiner „eingerasteten“ Leiblichkeit durch den plötzlichen Wechsel von solidarischer zur antagonistischer Einleibung so verstört wird, dass der dissoziative Zustand beendet werden kann.

Ferner finden die Techniken der Hypnotherapie mit „pacing“ und „leading“ hier ihr Äquivalent. Im „pacing“ stellt sich der Therapeut ganz auf den Rhythmus (z.B. Atem- oder Sprechrhythmus) des Patienten ein (solidarische Einleibung), und bricht dann aus dem Gleichklang der Leiber aus, um „in Führung“ („leading“) zu gehen (antagonistische Einleibung). Der Therapeut ermöglicht dem Patienten durch diese Intervention, einen neuen Rhythmus zu finden bzw. wie im Falle eines dissoziativen Zustandes, diesen zu unterbrechen. Hier kann der Patient nicht mehr durch verbale Kommunikation erreicht werden, sondern nur durch leibliche Kommunikation, an die sich die verbale anschließen kann.

Der Königsweg leiblicher Kommunikation ist zwar das Gespräch, doch müssen oftmals neue Wege gefunden werden, um den Zugang zu psychisch kranken Menschen zu finden, wenn dieser aus unserer Sprache herausgefallen ist.

Zur wechselseitigen Einleibung bedarf es keiner Worte. Schon ein gemeinsames Gehen oder Schreiten kann ein wechselseitiges „Aufeinandereinschwingen“ der Leiber ermöglichen. Insbesondere leib- und körpernahe sportliche Aktivitäten, wie z.B. ein gemeinsamer Spaziergang oder Tischtennispielen, helfen dem weniger gesprächigen Patienten, die Starrheit seines Antriebes zu lockern und sich spielerisch auf den Anderen immer wieder neu einzustellen. Gerade diese gemeinsamen Aktivitäten helfen dem Patienten, sich als eigenständige Einheit gegenüber dem Anderen zu behaupten und sich gleichzeitig in antagonistischer Einleibung auf diesen einzuspielen.

Eine Fluidität des Reagierenkönnens mit Zusammenspiel von Wahrnehmung, leiblicher Kommunikation und auch unter Einbezug des

motorischen Körperschemas kann so gefördert werden. Ein neuer Zugang zur eigenen und fremden Leiblichkeit kann dadurch auf lustvoll-spielerische Weise eröffnet werden.

Zusammenfassend sollte gezeigt werden, dass die therapeutische Beziehung im Wesentlichen auch eine leibliche Beziehung ist. Die philosophischen Begriffe aus der Neuen Phänomenologie von Hermann Schmitz sind dazu geeignet, die inner- und intersubjektive Leiblichkeit in prägnanter Form zu erfassen und für den Therapeuten nutzbar zu machen. Über die bloße Erkenntnis der leiblichen Fundierung der therapeutischen Beziehung hinaus, kann der Therapeut auch aktiv mit seiner eigenen Leiblichkeit der Leiblichkeit des Patienten mitschwingend folgen oder auch antagonistisch gegenswingen. Es eröffnet sich dadurch eine größere Bandbreite, die therapeutische Beziehung zugunsten des Patienten auch aktiv zu gestalten und als gemeinsamen Entfaltungs- und Möglichkeitsraum zu verstehen.

Literatur

Blankenburg, W. (1971). Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Stuttgart.

Merleau-Ponty, M. (1966). Phänomenologie der Wahrnehmung. De Gruyter Studienbuch. Berlin.

Moldzio, A (2020) Schizophrenie – eine philosophische Erkrankung? Königshausen und Neumann Verlag. Würzburg. 1. Auflage 2004

Schmitz, H. (1981a). System der Philosophie. Band I: Die Gegenwart. Bouvier. Bonn.

-, (1981b). Herkunft und Zukunft der Seelenvorstellung. In: Baumann, U., Berbalk, H., Seidenstücker, G. (Hrsg.). Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis 4. Huber. Bern. Stuttgart. Wien. S. 78-94.

-, (1981d). System der Philosophie. Band III: Der Raum. Zweiter Teil: der Gefühlsraum. Bouvier. Bonn.

-, (1985). Phänomenologie der Leiblichkeit. In: Petzold, H. (Hrsg.). Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Junfermann. Paderborn. S. 71-106.

-, (1987). Der vergessene Leib. Phänomenologische Bemerkungen zu Leib, Seele und Krankheit. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 35. S. 270- 278.

- (1989). System der Philosophie. Band III, fünfter Teil: Die Wahrnehmung. Bouvier. Bonn. 2. Auflage. 1. Auflage 1978.

-, (1990a). System der Philosophie. Band IV: Die Person. Bouvier. Bonn.

-, (1990b). Der unerschöpfliche Gegenstand. Bouvier. Bonn.

-, (1992a). Thesen zur phänomenologisch-philosophischen Fundierung der Psychotherapie. In: Kühn, R.; Petzold, H. (Hrsg.). Psychotherapie und Philosophie. Junfermann. Paderborn. S. 551-568.

-, (1992b). Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Gausebeck, H.; Risch, G. (Hrsg.). Junfermann. Paderborn.

-, (1992c). Psychotherapie als leibliche Kommunikation. Integrative Therapie 3/92. S. 292-313.

- , (1992d). Die entfremdete Subjektivität. Von Fichte zu Hegel. Bouvier. Bonn.
 - , (1993). Neophänomenologie - eine Grundlage für die Psychiatrie? In: Danzer, G.; Priebe, S. (Hrsg.). Forschen und Denken. Wege in der Psychiatrie. Königshausen und Neumann. Würzburg. S. 15-33.
 - , (1994a). Neue Grundlagen der Erkenntnistheorie. Bouvier. Bonn.
 - , (1994b). Der gespürte Leib und der vorgestellte Körper. In: Großheim, M. (Hrsg.). Wege zu einer volleren Realität. Neue Phänomenologie in der Diskussion. Akademie-Verlag. S. 75-91.
 - , (1995). System der Philosophie. Band III, vierter Teil: Das Göttliche und der Raum. Bouvier. Bonn. 2. Auflage. 1. Auflage 1977.
 - , (1996). Anthropologie ohne Schichten. In: Barkhaus, A., Mayer, M.; Roughley, N.; Thürnau, D. (Hrsg.). Identität, Leiblichkeit, Normativität: Neue Horizonte anthropologischen Denkens. Suhrkamp. Frankfurt am Main. S. 127-145.
 - , (1998a). Der Leib, der Raum und die Gefühle. Edition Tertium. Ostfildern.
 - , (1998b). System der Philosophie. 2. Band, 1. Teil. Der Leib. Bouvier. Bonn. 3. Auflage 1998. 1. Auflage 1965.
 - , (1998c). System der Philosophie. Band I. Die Gegenwart. Bouvier. Bonn. 3. Auflage 1998. 1. Auflage 1964.
 - , (1999a). Spielraum der Gegenwart. Bouvier. Bonn.
 - , (1999b). Personale und präpersonale Subjektivität. In: Logos. Zeitschrift für systematische Philosophie. Band 6, Heft 1, S. 52-66.
 - , (2002). Merleau-Ponty und die Neue Phänomenologie. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schmitz, H., Marx, G., Moldzio, A. (2002). Begriffene Erfahrung. Beiträge zu einer antireduktionistischen Phänomenologie. Koch. Rostock.