

# Vom Hören des Therapeuten und der Musik des Sprechens

## Concerning the Therapist's Hearing and the Music of Language

Jörg M. Scharff, Kronberg

*Wenn Patient und Therapeut in der psychoanalytischen Situation miteinander sprechen, dann tauschen sie sich nicht nur vermittelt des symbolischen Bedeutungsinhaltes der von ihnen verwandten Worte aus, sondern sie beeinflussen einander auch über den musikalischen Duktus, in dem sie miteinander sprechen. Dieser mimetische Gestus prägt nicht nur die stimmlichen Äußerungen, sondern alle Geräusche, die durch die je individuellen Bewegungsmuster des therapeutischen Paares entstehen. Auf dieser Ebene der Beziehung wirken die beiden Protagonisten ganz unmittelbar leibhaftig und in bidirektionaler Weise aufeinander ein, sie regulieren und dysregulieren einander gegenseitig. Das Gewahrwerden der ›Musik‹ der therapeutischen Situation ist von großer klinischer Bedeutung, kann es doch helfen, Prozesse, die zunächst auf der Ebene einer unreflektierten Geschehenslogik ablaufen nach und nach auf die Ebene eines analytischen Verstehens zu führen.*

*When patient and therapist talk with one another in a psychoanalytical setting, they exchange not only the symbolic interpretational meaning of their chosen words but also influence each other with the characteristic musical style used while talking to one another. This mimetic demeanor influences not only vocal expression but also all sounds which are initiated by the therapeutic couple's individual natural patterns of movement. At this level of relationship, each of the protagonists interacts with one another in a very real and immediate two-way manner; this results in a mutual give-and-take of regulation and dysregulation. Becoming aware of the "music" in the therapeutic situation is of great clinical importance. It can help processes, initially occurring as action at a level of unreflected logic, to gradually reach a level of analytical understanding.*

### Einleitung

Gelegentlich geschieht es, dass sich meine Patienten bei mir bemerkbar machen – nicht zu den vereinbarten Zeiten, zu denen sie bei mir in meine Praxis kommen, sondern außerhalb meiner Arbeitszeit, oft gerade dann, wenn ich entspanne, meinen Gedanken freien Lauf lasse und womöglich mit etwas anderem beschäftigt bin. Nein, es ist nicht so, dass meine Patienten ganz konkret bei mir klingeln. Was da geschieht ist eher so, wie wenn man in einer Sommernacht die Geräusche von einem Fest ein paar Häuser weiter mitbekommt. Was inhaltlich gesprochen wird,

dringt gar nicht bis zu meiner Aufmerksamkeit vor – was ich aber höre ist das WIE, in dem gesprochen wird: die Melodie, den Rhythmus, die Lautstärke und Klangfarbe des Sprechens, kurzum: die Musik des Sprechens. Ich merke dabei, dass ich, gerade weil die inhaltliche Bedeutung des Gesagten meine Aufmerksamkeit nicht in Anspruch nimmt, umso mehr von den vitalen Bewegungsmustern angesprochen bin. So höre ich bei einer Patientin, dass sie ja die ganze Zeit schon mit ihrer Stimme ein Liebeslied flötet und ich noch gar nicht erfasst habe, dass dieser weibliche Minnesang ja wohl schon seit Längerem mir gilt? Er zieht mich in seine Nähe und ich merke an einer kleinen Bewegung meines Kopfes, dass sich mein Ohr der Patientin zuneigt. In unmittelbarer Nähe dieser Patientin ertönt ein Gesang, der mir die endlose Klage der übersehenen Schönheit überbringt. Ja, dieser Klang erscheint mir schon vertrauter. Die sanfte Bewegung meines Kopfes von eben verändert sich zu einer leicht genervten Geste, in der ich, mich verschließend, den Kopf abwende. Zu meiner Überraschung realisiere ich einen Moment später, dass beide Liedweisen von der gleichen Patientin stammen. Ich höre weiter hin und es erreicht mich eine Stimme, die sich gelegentlich in einem eigenartigen Zischen artikuliert, das mich an eine Schlange erinnert oder an jemanden, der voller Groll böses Feuer ausspuckt. Kurz darauf erfasse ich die Vielfalt des Lachens in meinem Patientenkreis. Es gibt ein freudiges, einladendes Lachen, das mich dazu gewinnen möchte, Platz zu nehmen und mit dabei zu sein; ein schrilles Lachen, das mich eher bremst und auf Distanz bringt; ein hohles Lachen, das mich auf der Hut sein lässt. Und dann nehme ich schließlich wahr, dass die ganze Zeit jemand gesprochen hat, den ich aber deshalb nicht bemerkt habe, weil er in einer affektlosen, stets gleichbleibenden Stimme die Dinge vom Rande her zu kommentieren scheint. Ob ich da bin oder nicht und wie ich mich verhalte, scheint keine Rolle zu spielen.

Was ich in diesen Übergangszuständen mit großer Eindringlichkeit erlebe, ist, wie sehr ich von all diesen Äußerungsweisen emotional erfasst werde und wie ich darauf in unmittelbarer Resonanz reagiere, meist ehe ich mir dessen recht gewahr geworden bin. Es schließt sich mir, schenke ich meine Aufmerksamkeit diesem Hörfeld, eine Dimension der unmittelbaren Einwirkung und des miteinander Umgehens auf, die meiner therapeutischen Achtsamkeit bedarf.

## **Der Patient und die Musik seines Sprechens**

Eine Patientin kommt in meinen Behandlungsraum. Zwar finden sich unsere Hände zur Begrüßung, aber ich spüre nicht, dass sie den Druck meiner Hand erwidert. Vor allem aber – haben sich ihre Lippen überhaupt bewegt? Jedenfalls habe ich keine Begrüßung gehört. Mit ihrer stummen, ton(us)losen Körperlichkeit hält sich die Patientin zwar bei mir im Raum auf, aber wir finden keinen gemeinsamen Auftakt. Diese Szene wiederholt sich in jeder Stunde: ich laufe mit meiner Begrüßungsgeste ins Leere, es gibt keinen Empfänger, ich spüre, wie ich wütend werde, schließlich

zu resignieren drohe. All dies konfiguriert uns in einem spezifischen Miteinander, ohne dass in der Therapie schon ein Wort gefallen, auf der inhaltlichen Ebene gesprochen worden ist. Das Thema ›unerwünschtes Kind‹ ist hier keine gedankliche Vorstellung, ›über‹ die wir uns austauschen, nein, es erfasst uns ganz unmittelbar im Feld der ›Zwischenleiblichkeit‹ (Merleau-Ponty, 2003, S. 265) und inszeniert sich in der stummen Tonlosigkeit, in der jemand ›kein Aufhebens‹ um sich machen kann.

Ein anderer Patient beklagt sich des Öfteren, dass er für all die Belastungen, die ihm tagtäglich zusetzen, bei mir kein wirkliches Gehör findet, während ich für die Probleme der anderen viel mehr Verständnis zeige. Ich tue mich schwer mit diesem Vorwurf, ist mir doch durchaus gewärtig, wie vielen z.T. ganz unterschiedlichen Anforderungen der Patient gerecht werden muss. So neige ich dazu, mich der Klage des Patienten gegenüber in einem kritisch rechtfertigenden Modus zu verschließen, meine Stimme wird ein wenig gereizt, ich fühle mich verkannt in meinen Bemühungen. In einer Stunde informiert mich der Patient über einen Sachverhalt, von dem ich weiß, dass er für ihn von erheblicher persönlicher Bedeutung sein muss. Das läuft aber über meine Erinnerung und meinen Verstand, denn der Stimmgestus, in dem diese Nachricht vom Patienten wie beiläufig abgesetzt wird, wirbt in keinerlei Weise um Aufmerksamkeit. Der Patient ist längst schon bei anderen Themen, die er mit großer Verve vorträgt, während ich so gerade noch am Zipfel meines Randbewusstseins ein ›Moment mal, das da vorher war doch wichtig‹ zu fassen bekomme. Einmal aufmerksam geworden, merke ich, dass es sich um ein sich wiederholendes Muster handelt – ich werde dazu verführt, mich etwas anderem zuzuwenden als dem, was den Patienten gerade am meisten beschäftigt. Auch hier sind wir mitten in einer Szene. Das Thema: ›Dem, was mich betrifft, schenkst du ja keine Bedeutung‹ repräsentierte sich wiederum nicht einfach nur als ein Inhalt in der Vorstellungswelt; als ›eingekörperte‹ Befindlichkeit präsentierte sich diese Überzeugung vermittels eines spezifischen stimmlichen Gestus. Der den Patienten vorrangig betreffende Belang wurde auf der Themenbühne nur in gesenkter Tonlage wie beiläufig vorgestellt, so dass man ihn leicht übersehen konnte – es kam sofort ein Nächstes dran, das im emotionsgesättigteren Stimmgestus natürlich viel mehr Aufmerksamkeit auf sich zog. So wurde schließlich verstehbar, dass der Patient in gewisser Weise Recht hatte und es tatsächlich geschehen konnte, dass das ihm Wichtige nicht die angemessene Resonanz bei mir fand. Dies deshalb, weil der Patient vermittels einer ihm unbewussten Stimmregie das, was für ihn vorrangig von Belang war, im Gestus der Beiläufigkeit versteckte. Die Inhalte, die er dann betonte, waren ihm gar nicht so wichtig, und doch verschaffte er durch die Verschiebung der Betonung dem Auftritt der ›Konkurrenz‹ ungewollt bevorzugte Beachtung. Die Frage, wem schenkt die Mutter unter den Geschwistern mehr Aufmerksamkeit, inszenierte sich vorbewusst in der Weise, dass es, ähnlich wie in der Traumarbeit, zu einer Verschiebung der Akzentgebung kam und mir zugleich die Position des Schuldners zugewiesen wurde.

In seiner klassischen Arbeit zur Rollenzuweisung hat bereits Sandler (1976, S. 302) eine Verstrickung beschrieben, die sich ebenfalls über den stimmlich-gestischen Modus inszenierte. Sandler bemerkte bei sich, wie er bei einem seiner Patienten den Druck verspürte, mehr als sonst zu sprechen, um damit die Angst des Patienten zu verringern und womöglich auch aggressiven Strebungen auszuweichen. Als ihm dies klar wurde, realisierte er, „dass es dem Patienten mittels einer geringfügigen Veränderung seiner Stimme gelang, jeden Satz in eine Frage ausklingen zu lassen, obwohl er im allgemeinen keine direkten Fragen stellte.“ Sandler konnte nun dem Patienten zeigen, wie sehr er die Beruhigung durch sein Sprechen brauchte und der Patient konnte sich schließlich daran erinnern, welche Angst er als Kind vor seinem gewalttätigen Boxervater empfunden hatte und wie er vorbeugend versucht hatte, dem Vater ständig Fragen zu stellen, um sich zu vergewissern, dass dieser ihm nicht böse sei.

In allen drei Fällen können wir feststellen, wie es über den Stimmgestus zu einer leiblich-szenischen Verwicklung kommt, in der beide Protagonisten der analytischen Szene zunächst einmal einen bestimmten Part besetzen. Die Szene tritt dadurch ins Gewahrsein, dass sich die Aufmerksamkeit des Therapeuten vom WAS des Gesagten auf das WIE des Gesagten in seinem Hörfeld erweitert. Ein weiterer Schritt ist dann natürlich die psychoanalytisch-biografische Kontextbildung, bzw. das Erfassen der inneren Objektbeziehungsszene, die beiden Beteiligten den spezifischen Sinn, die spezifische Bedeutung der Inszenierung verständlich macht.

Eine Patientin hält es für unerträglich, wenn sich ihr Bauch, wie vormalig in Pubertätszeiten, weiblich runden könnte. Sie insistiert, dass alle, die sie betrachten, die gleiche Empfindung haben werden, wie sie selbst: »ekelhafter Schwabbel, der verschwinden muss«. Als ob die Patientin spüren würde, dass ich mit ihr da nicht ganz eins bin, will sie ihren Vater zum Zeugen rufen – wie er damals reagiert habe, als sie ihn 14-jährig während eines gemeinsamen Spaziergangs auf ihre Probleme mit dem Dicksein angesprochen hatte. Er habe nur abschätzig geäußert: „Ach, du bist doch mein kleiner Knuddel“. Während die Patientin mir diesen Satz des Vaters in dem Dialekt wiedergibt, indem er ihn damals gesprochen hatte, ist etwas völlig anderes hörbar, als das, was mir die Patientin bewusst vermitteln möchte. Ich höre eine aufmunternde Bemerkung des Vaters, in der er sie in einer zärtlichen Geste mit seiner väterlichen Zuneigung stützt. Warum kann sich die Patientin das nicht zu eigen machen? Wir sind mitten im ödipalen Konflikt: es ist die innere Mutter, die als feindselige Dritte mit ihrem Störfeuer dazwischentritt und die Botschaft, die im stimmlichen Ausdruck des Vaters enthalten ist, für die Patientin unhörbar macht, ja mehr noch, verzerrt. Gut, wenn der Therapeut mit seinem Ohr diese Botschaft aufnehmen kann, die sich trotz aller Abwehr als szenisches Fragment erhalten hat.

Während mir ein Patient erzählt, merke ich, dass meine Aufmerksamkeit nach einer Weile nachlässt und ich mich wie zur Ordnung rufen muss – »das geht doch

nicht, dass du dem Patienten nicht richtig zugewandt bist, er berichtet doch gerade von etwas, was durchaus ernst zu nehmen ist!<. Erst nach einer Weile gelingt es mir herauszufinden, was es denn ist, das mein Interesse erlahmen lässt. Der Patient erzählte mir zwar von sich, aber er tat es in einer Weise, als würde er von oben herab über einen kleinen Jungen sprechen, über den man bestenfalls Witze machen konnte; im Grunde führte er sich mir die ganze Zeit vor als jemanden, den man nicht ernst zu nehmen hatte. Er war völlig mit dem überheblichen Gestus seines Vaters identifiziert und der einzige, der darunter litt, dass etwas verpasst wurde, war ich. In gewisser Weise artikuliert sich der Patient gar nicht aus dem Zentrum seines Selbst, um als Betroffener mich emotional in Anspruch zu nehmen.

Wie anders jene Momente, in denen sich die Stimme eines Patienten erhebt und ich unmittelbar zur Zielscheibe einer heftigen Klage werde. Im stimmlichen Obertonspektrum vernehme ich in immer neuen Zuspitzungen einen schrillen Schrei, vermittelst dessen der Patient sich Gehör schaffen will. „Sie waren mal wieder bei der Begrüßung völlig abwesend!“ Nun weiß ich in diesem Fall, dass das nicht stimmt, registrierte ich doch bei der Begrüßung aufmerksam, dass der Patient stark angespannt, wie verstört in den Raum kam. Er schien von etwas in Anspruch genommen, das sich zwar im analytischen Raum kundtat, gleichzeitig aber mich als Ansprechpartner außen vor ließ. Die Weise, wie der Patient nun von meiner Abwesenheit spricht, lässt keinerlei Verhandlungsspielraum zu. Es geht hier nicht um eine Frage oder eine Vermutung, die man miteinander klären kann: in der Passage, in der wir jetzt sind, haben wir es mit einer Überzeugung zu tun, die nicht hinterfragbar ist. Würde ich den Versuch machen zu sagen, „Sie haben das gerade so erlebt als...“ dann würde sich der Patient entweder in etwas bestätigt finden, was aber gar nicht Sache war, oder er würde mir sofort über den Mund fahren: „Was heißt erleben, es WAR so!“

Ich weiß nicht, wie ich mich verhalten soll, stehe unter Druck, weiß keinen Weg, spüre aber angesichts der Intensität, mit der der Patient mir stimmlich auf den Leib rückt, nun sehr deutlich die Tendenz, nun auch meine Stimme manipulativ einzusetzen, um auf diese Weise über die Runden zu kommen. Denn deuten kann ich im Moment nichts. Während ich mich also sagen höre: »Es gab gerade etwas, was Sie sehr gestört hat ...« kann sich über meinen Stimmgestus, auch wenn ich den stets gleichen Satz spreche, jeweils ganz Unterschiedliches vermitteln. Zum Beispiel, dass ich mich in autoritativ harter Manier verschließe. Ich höre mich dann mit einer mir fremden Kälte in der Stimme sprechen, als würde ich eigentlich sagen: „Ich weiß nicht, wovon Sie reden!“ Oder ich gehe auf die Flucht vor der mir zugeschriebenen Täterschaft, ducke mich, mein Atem wird gepresst, vielleicht versagt mir fast die Stimme, als würde ich ein „Lassen Sie uns doch bitte versuchen herauszufinden...“ stammeln. Oder ich besänftige, meine Stimme bekommt etwas Beschwörendes, ich öle die Vokale, als würde ich meinen Patienten umarmen: „Nein, das war doch gar nicht so...“

## Das Timing

Überall da, wo ich also in unmittelbarer Resonanz auf das reagiere, was mir auf den Leib geht, wird dies für den Patienten hörbar werden – nicht zuletzt in der Weise, wie ich atme. Über die Wahrnehmung des Atemrhythmus sind Patient und Therapeut zwischenleiblich miteinander verbunden. Der Patient spürt also, wenn er mich aus dem Fluss bringt, wenn mein Atem stockend, verhalten oder erregt wird. Unsere Atemmuster, deren Konkordanz oder Diskrepanz, sagen uns in ihrer Intensität und Zeitgestalt etwas über das, was gerade zwischen uns geschieht.

Und wie figuriert sich das Miteinander unserer Sprachbeiträge, das wechselseitige Hören und Sprechen, wie sind Aktivität und Passivität der Protagonisten in diesem Punkt rhythmisch aufeinander abgestimmt? Das ›Timing‹ wird hier nicht den Rhythmen des Alltagsgesprächs folgen. Anders als dort trägt sich das analytische Gespräch zunächst einmal durch das rezeptive Schweigen des Therapeuten.

So haben auch die Gesprächspausen ihre eigene ›Musik‹: arbeitet sich in der Pause etwas weiter aus, birgt die Pause, wie in einem kreativen Warteraum, die Hoffnung auf ein noch Entstehendes in sich, bleibt der Faden in der Latenz erhalten, wird das Thema weiter differenziert? Oder spürt der Therapeut beim Hineinhören in die Qualität des Schweigens, dass der Faden abgerissen ist, sich gar ein Zustand traumatischer Verlassenheit einstellt? Das mag den Therapeuten dazu bewegen, seinen Atem ein klein wenig hörbarer zu gestalten, auch wenn er sonst weiter nichts sagt.

Zu einer dramatischen Situation kommt es, als sich bei einem Patienten von De M'Uzan (1998, S. 1060), der an einem schweren Gehirntumor erkrankt ist, in der analytischen Sitzung ein Krampfanfall ankündigt. Schon vor der Stunde hatte der Patient beinahe den dritten und fünften Stock verwechselt, was eine ödipale Referenz hatte, denn bis zum Tod des Vaters hatte der Patient im dritten Stock gelebt. Der Patient kämpft gegen den Anfall bewusst an und warnt seinen Therapeut, dass er Angst habe, einen Anfall zu bekommen. „Nach kurzer Stille – und mir der Lächerlichkeit meiner Aufforderung bewusst – befehle ich ihm in bestimmtem Ton, mit seiner linken Hand fest seinen rechten Unterarm zu drücken und mehrfach »drei und fünf« (die zwei Stockwerke seiner Kindheit) zu wiederholen. Er wiederholt mit mir laut »drei und fünf«. Er kämpft wie ein Rasender...und die Krise ist plötzlich abgewendet.“ De M'Uzan greift in dieser Szene zwar auch auf das symbolische Register und die hier ödipal konnotierte Bedeutung der Zahlen drei und fünf zurück. Entscheidend dafür, dass der Patient mithilfe seines Therapeuten den Anfall meistern konnte, ist aber die Weise, in der De M'Uzan seine Stimme performativ verwendet: mit Nachdruck gibt er einen stimmlichen Befehl, nämlich fest den Unterarm zu drücken, und, noch entscheidender, es gestaltet sich ein rhythmisch-suggestives, gemeinsames ›Singen‹, über das der Patient sinnlichen Halt er-

fährt und sich beruhigt. (s. a. Leikert 2007, S. 466 f. zum Erleben von Sicherheit und Objekt Konstanz durch die Erwartbarkeit rhythmischer Gestalten)

Manchmal mag der Therapeut seinen Beiträgen dadurch ein besonderes Gewicht geben, dass er zu sprechen ansetzt und dann eine kleine Pause macht, die wie eine Schwelle wirkt, um zu markieren, dass er jetzt etwas sagen wird, dem er eine besondere Bedeutung zumisst. Laufen hier die musikalischen Prozesse von Senden und Empfangen unter der Regie eines Abstimmungsmodus, so gibt es viele Situationen, die eben dieses vermissen lassen. Nicht nur, dass Patient und Therapeut genau zum gleichen Zeitpunkt etwas sagen möchten, sondern dass sie es auch tun und daran festhalten! Dann entwickelt sich so etwas wie ein Kampf um die Lufthoheit, jeder möchte mit seinem eigenen Sprechen den anderen dominieren, vielleicht sogar platt machen.

Während eine meiner Patientinnen mir erzählt, unterbricht immer wieder ein bedrängendes „Verstehen Sie?!“ den Fluss. Es mag nur um Sekundenbruchteile gehen, aber ich empfinde die Frage nicht nur der stimmlichen Intensität wegen, sondern vor allem auch in dem keine reflektierende Distanz erlaubenden Zeitmaß als einen gewaltsamen Übergriff. Ich gerate instinktiv in eine Opposition, schalte vorübergehend ab, bin nicht mehr verfügbar, ja noch mehr – ich stoße die Patientin von mir fort. Was die Patientin so bedrängte wird nicht mehr prozessiert – ein altes Muster ihrer schwer gestörten Beziehung zu ihrer Mutter wiederholt sich. Nur indem ich mir diese Vorgänge sehr genau klarmache und über meine körperlich empfundene Ohnmachtssituation nicht hinweggehe, kann ich mir das Gewaltsame unserer Interaktion – in der die „Tat zur Tat führt“ (Haber 2003, S. 2) – bewusst halten. Denn meine Reaktion, bliebe sie mir nicht gewärtig, könnte sich sehr schnell unterschwellig automatisieren: wie als würde man auf dem Mobiltelefon einen bestimmten Anrufer sofort wegdrücken, was hier eben hieße, dass genau das, was ich doch verstehen soll, aus der kommunikativen Verarbeitung herausfällt.

Natürlich ist es auch möglich, dass einer der beiden Protagonisten den anderen mit dessen Erwartung auf eine Antwort regelrecht verhungern lässt. Dabei kann sich in dem zeitgerechten Ausbleiben einer Reaktion ganz Unterschiedliches ausdrücken, etwa Abweisung, Bestrafung, Verachtung. Was vom analytischen Setting her ein methodisches Element ist, nämlich das zuwartende Schweigen, figuriert hier nicht mehr als Bestandteil analytischer Rêverie, sondern mutiert zu einem szenischen Agens auf der interaktiven Bühne.

Einer Besonderheit des Timings begegnete ich bei einigen Patienten, die sofort beim Eintreten in das Behandlungszimmer und zwar kurz bevor sie wirklich mit mir Kontakt aufgenommen hatten bereits ein lautes „guten Tag Herr Scharff“ in den Raum setzten. Ich fühlte mich gar nicht angesprochen, zugleich aber unangenehm an den Rand gedrängt. Es inszenierte sich hier eine merkwürdige Doppelszene, denn Sekundenbruchteile später begrüßten mich die Patienten mit einem freundlichen Blick.

Die Szene war wie dissoziiert – zunächst inszenierte sich der Auftritt einer mächtigen Gestalt im Raum, der gegenüber ich nichts zu vermelden hatte, egal was jetzt noch weiter gesagt werden würde. Damit reproduzierte sich genau die Situation, über die die Patienten später klagten, wenn sie von der Beziehung zu ihrem Vater berichteten.

## Der Therapeut und die Musik seines Sprechens

Die Vielfalt der Entdeckungen, die der Therapeut machen kann, wenn er sich die analytische Situation als musikalisches Hörfeld erschließt, wird naturgemäß auch das Interesse für die Musik des eigenen Sprechens wecken. Wie hört der Therapeut sich selbst sprechen? Vielleicht hat er bislang gedacht, dass sich in seinem gelegentlichen ›hm‹, mit dem er die Äußerungen seines Patienten begleitet, nicht viel mehr kundtut als eine sachliche Bestätigung des Gesagten. Aufmerksamer geworden für die vielen Unter- und Obertöne, die selbst in solch kleinen sprachlichen Äußerungen mitschwingen, wird er in sein Sprechen hineinhören und realisieren, wie sich sein ›hm‹ momentspezifisch ganz unterschiedlich einfärbt. Vielleicht war es gesättigt mit einem Stoßseufzer: ›Endlich haben Sie das kapiert!‹ Klang eine kritische Infragestellung durch: ›Wollen Sie das wirklich machen?‹ Transportierte sich ungewollt ein ermüdetes: ›O.k., noch was?‹ War es haltgebend, unterstützend? Erfuhr das ›hm‹ vielleicht auch eine minimale Dehnung mit tonaler Aufwärtsbewegung und hatte somit etwas verführerisch Einladendes: ›Na, was mögen Sie mir denn noch erzählen?‹ In der Aufmerksamkeit für diese minutiösen Einfärbungen begegnet der Therapeut seinem eigenen Sprachhandeln, mit dem er in der analytischen Interaktion permanent auf seinen Patienten antwortet und auf ihn einwirkt.

Das gleiche gilt selbstverständlich für die Weise, wie der Therapeut die Worte ausspricht, die er verwendet. Der Sprachwissenschaftler Fónagy (vgl. Fónagy und Target, 2007a, S. 435f.)

hat den Begriff einer „primordialen Grammatik“ geprägt. Er hebt damit darauf ab, dass, während wir die neutrale, grammatisch generierte Sprache verwenden, ein zweites Kodierungssystem wirkt, das mit seiner laryngalen und oralen Mimikry die Aussprache der standardisierten grammatikalischen Sprache in Richtung einer expressiven Geste verschiebt. Vorbewusst evoziert der gehörte Klang die physische Geste, die in der Schöpfung des Klangs enthalten ist. So drückt z.B. das nach vorne Schieben der Zunge im Zustand der Freude eine symbolische Annäherung, eine freundliche Haltung, ein ›wir treffen uns‹ aus und in einem Sprechen, das Freude ausdrückt, wird der *sound* dahingehend modifiziert, dass die Zunge ein wenig mehr nach vorne geschoben wird. Dementsprechend kann das Wort ›Willkommen‹ in ganz unterschiedlichen Graden von Aufrichtigkeit gesprochen werden, je nachdem, ob die Zunge vorne oder hinten im Mund lokalisiert ist. Es wird postuliert, dass die gestische Sprache auf allen Ebenen der Sprache existiert und durch evokative phonetische, syntaktische und semantische Regelüberschreitungen den Sprecher in die Lage versetzt, jenseits der formalen Grammatik und des Sprachlexikons

der Kultur über einen sekundären Kanal vorbewusste und unbewusste mentale Inhalte auszudrücken.

Am Ende einer Stunde, in der sich die tiefe ödipale Liebe einer Patientin kundtat, versuchte ich die Stimmung in nur einem Wort zu fassen, indem ich nämlich ihren väterlichen Familiennamen wiederholte, der so ähnlich lautete wie ›Blühgarten‹. Es war hier nicht nur die inhaltliche Referenz auf das Blühen, sondern in der Weise, wie ich das Wort Blühgarten aussprach, vermittelte ich der Patientin, was ich erfasst hatte. Zwar war die Dimension der Deutung latent in meiner Wortwahl enthalten, dies geschah aber nicht in objektivierender Distanz, sondern war eingebettet im musikalischen Gestus erkennender Resonanz.

In anderen Fällen wird mein Sprechen über die bloße Resonanz hinausgehen und den Charakter einer suggestiv modulierenden Intervention annehmen. Unserer klinisch-theoretischen Tradition entsprechend sind wir es in der Psychoanalyse gewohnt, das Sprechen des Therapeuten idealiter im Sprechen aus der dritten Position zu verorten: eine Haltung nicht-engagierten Beschreibens und Verknüpfens soll vermehrte Integration möglich machen, ohne dass dabei spezifisch etwas suggeriert wird. Diese Orientierung ist von grundsätzlicher Bedeutung in der psychoanalytischen Situation. Der Patient soll nicht ein weiteres Mal ›Kind von Jemandem‹ werden, dessen suggestiven Einflüssen er sich unterwirft. Vielmehr geht es doch darum, im Befragen seiner selbst und des anderen der Wahrheit ein Stück näher zu kommen.

Wollte man nun aber das Sprechen des Therapeuten ausschließlich dem Pol des Sachlich-Dialogischen, einem Sprechen aus der dritten Position zuordnen, dann wäre dies illusionär und auch klinisch nicht zureichend. Denn es gehen viele klinische Situationen mit einem Sprechen des Therapeuten einher, das einen suggestiv einwirkenden Charakter haben will und muss. Denken wir nur an die Modulation des Spannungs- bzw. Erregungsniveaus in der psychoanalytischen Situation. Neben der Deutung, die natürlich auch spannungsregulierende Wirkung hat, wird es immer auch eine ganz unmittelbare, sich im Stimmgestus manifestierende Weise geben, wie der Therapeut seinen Patienten im wahrsten Sinn des Wortes ›behandelt‹: z.B. mal mehr aufmunternd, mal mehr bremsend.

Diese Art der Regulation bzw. Moderation wird auf Seiten des Therapeuten wie des Patienten nur in selteneren Fällen bewusst geschehen. Meist wird sich diese Art wechselseitiger Beeinflussung auf einem vorbewussten Niveau einregulieren, so dass die suggestive Einwirkung zumeist unbemerkt und unterhalb der Schwelle bewusster Wahrnehmung und willentlicher Steuerung verläuft. Im positiven Fall gibt es so etwas wie ein vorbewusstes Mitgehen des Therapeuten, in dem sich, noch jenseits eines deutenden Erfassens, die Präsenz des Therapeuten manifestiert.

So kann sich in kleinen Bemerkungen von mir wie etwa einem kurz eingestreuten: „Wirklich?“ durchaus der Versuch manifestieren, den Patienten ein wenig zu stoppen und das Erregungsniveau herabzumindern. Mit anderen Bemerkungen da-

gegen schiebe ich den Patienten wie an: „Also Sie meinten...?“ Inhaltlich kommt diesen Worten im genannten Kontext weniger Bedeutung zu, sondern es geht hier mehr um deren musikalisch-performative Funktion, um die Weise, wie sie gesprochen werden und den Moment, in dem sie gesagt werden.

Wir sind hier in einem Bereich, wo der Therapeut auf dem musikalischen Register seines Sprechens bewusst spielt und dessen mimetisch-gestische Wirkung gezielt einsetzt.

Ein Patient begrüßt mich mit der Bemerkung, er sei leider eine halbe Minute zu spät. Ich höre den mir vertrauten Unterwerfungsgestus, erfasse zugleich aber doch auch, dass im tonalen Gestus dieses Auftakts auch ein humorvoll-distanzierendes Moment mitschwingt. Diese noch ziemlich verhaltene Tendenz locke ich nun dadurch aus ihrem Versteck, dass ich mit bewusst streng gehaltener Stimme sage: „Wenn Sie so viel zu spät kommen, dann sollten Sie besser gleich wieder gehen!“ Die Intervention wirkt, der Patient nimmt mit einem befreiten Lachen in seinem Sessel Platz. Bolognini (2002, S. 758) spricht im verwandten Kontext von „Interpretation“.

## Verräterische Geräusche

Patienten und Therapeut wirken auch außerhalb des sprachlich-stimmlichen Modus akustisch aufeinander ein. Schon im Vorfeld der Stunde gibt mir der Gang des Patienten einen Hinweis, wie er gerade drauf ist. Nähert sich der Patient mir in einem schlürfenden, zögerlichen Schritt? Tut er dies nur heute so oder ist es habituell? Wie ist es mit dem strammen Tack-Tack-Tack, mit dem eine Patientin heute ihr Kommen ankündigt? Wie stelle ich mich dazu? Lasse ich mich gerne anstecken von der vitalen Platznahme, oder empfinde ich diese Schrittweise als etwas zu dominant? Soweit ich es als beherrschend erlebe – fühle ich mich dem gewachsen? Geht es mir heute so und morgen wieder anders? Und was ist mit den Patienten, deren Kommen und Gehen kaum hörbar verläuft, bin ich unangenehm berührt, wenn sie plötzlich da sind und rätsele ich nach der Stunde, auf welche Weise sie denn wieder verschwunden sind und warum das Ganze so geheimnisvoll sein muss? Doch die Botschaften gehen nicht nur in eine Richtung. Wie ist die Gestalt der Geräusche, die mein Türeschließen, zum Sesselgehen, mein Hinsetzen begleiten? Wird da ein kräftiges, ja vielleicht sogar übermütiges ›So jetzt wieder ran‹ hörbar? Ein lustlos-depressives ›Noch eine Stunde‹? Ein gequält verängstigtes ›Ich weiß nicht, wie wir das heute miteinander schaffen werden‹? Wie stelle ich meine Teetasse auf den Tisch, nachdem ich in der Stunde einen Schluck Tee zu mir genommen habe. Ist die Behutsamkeit, mit der ich ein zu lautes Geräusch vermeiden will, Ausdruck einer angemessenen Zurückhaltung oder einer ängstlichen Überprotektion?

Es ist von großer Bedeutung, dass ich mir meiner körperlichen Verfassung, meiner aktuellen oder habituellen Stimmungen und Vitalitätsmuster ausreichend bewusst

bin, um diese als Agenten im psychoanalytischen Feld einigermaßen im Blick zu behalten.

Jacobs (1994, S. 749 ff.) hielt eine analytische Stunde in einer übermüdeten Verfassung ab, was dazu führte, dass er sich öfter als gewöhnlich auf seinem Stuhl hin und her bewegte und dabei natürlich auch entsprechende Geräusche entstanden. Dass der Patient mehrfach entgegen seiner Gewohnheit zur Seite schaute, als gäbe es etwas, das er in einer ängstlichen Anspannung erwartete, hatte der Therapeut zunächst nicht mit seinem eigenen Verhalten in Verbindung gebracht. Als er, zunächst vage, einen Zusammenhang vermuten konnte und die Aufmerksamkeit des Patienten auf dessen Überwachbarkeit lenkte, wurde dem Patienten zum ersten Mal in der Übertragung seine Angst vor einer homosexuellen Verführung erlebbar, die auf Missbrauchserlebnisse mit dem Bruder zurückging.

Und welche Bedeutung kommt den Geräuschen zu, die weder von Patienten noch vom Therapeuten produziert werden, die also quasi von außen in die analytische Situation hinein kommen? Aber gibt es wirklich so etwas wie ein ›Außen‹? So etwas wie ›objektive Geräusche‹? Dieses ›Außen‹ wird doch seine spezifische Bedeutung erst im Kontext der gerade aktualisierten Übertragungssituation annehmen. So erleben wir Gesprächssituationen, in denen äußere Geräusche kaum in den Rang eines Störfaktors kommen, weil das analytische Paar ganz in seine Arbeit vertieft ist. Umgekehrt gibt es so manche Durststrecke, in der Störreize von außen ein leichtes Spiel haben und die Aufmerksamkeit auf sich ziehen – das Paar, das nichts recht miteinander anzufangen weiß, ist froh, wenn etwas Drittes dazwischenkommt. Und was ist, wenn sich eine Fliege in den Behandlungsraum geschmuggelt hat und nun das unkalkulierbare Gebrumm ihrer diversen Flugansätze unser Schweigen durchkreuzt? Stehe ich auf, schicke die Fliege heraus? Oder sage ich mir: ›Soll sie doch brummen und schauen wir, ob wir den Störreiz irgendwann auch als projektive Repräsentanz von etwas Aggressivem im Therapeuten und/oder Patienten erfassen können – dann wird das Gebrumm schon leiser werden?‹ Jetzt brummt Fliege aber immer noch: wäre es nicht doch als ein Akt notwendiger Fürsorge für den analytischen Raum zu verstehen, nun endlich für eine ungestörte Atmosphäre zu sorgen? Und wie mag mein Patient das alles erleben, er sagt ja noch gar nichts. Eine Bedeutung wird es in jedem Fall haben, wenn ich jetzt frage und womöglich die Fliege entferne. Weiche ich damit einer notwendigen Spannungsentwicklung aus, oder bin ich im Gegenteil ein sturer, realitätsferner Therapeut, der auch in dem Moment, wo ein Mörder mit einer Pistole in unseren Raum eindringen würde, noch nach einer Deutung sucht? Und in welcher Verfassung befinde ich mich denn gerade? Ausgeglichen, entspannt locker, toleranzfähig, oder angespannt gereizt – jetzt ausgerechnet noch die Fliege! Ich überlasse mich, ausgehend von dem Fliegegebrumm, weiter meiner analytischen Reverie und merke, wie sich die Szene wie im Traum immer mehr dramatisiert. Da ist der Ärger auf mich selbst, wieso habe ich vorher nicht gemerkt, dass das blöde Vieh im Zimmer war? Oder wollte

etwa die Patientin, die schon vorher im Zimmer auf mich wartete, dass die Fliege im Zimmer bleibt? Hat sie die Fliege möglicherweise in den Raum reingelassen? Oder sogar mitgebracht? Jetzt stellen sich auch Bilder von Wilhelm Busch-Szenen ein. Wenn ich mich auf die Jagd mache, die doch wahrscheinlich nicht gleich erfolgreich sein wird, mache ich mich zu einer lächerlichen Figur! Und schaffe ich es, die Fliege so heraus zu komplimentieren, dass sie am Leben bleibt? Eigentlich könnte ich sie mittlerweile erschlagen, aber sollte die Fliege für meine Patientin stehen, oder sie das zumindest so empfinden, was dann? Nun gut, irgendetwas von meinem analytischen Sekundenfilm wird schließlich zur Sprache kommen.

## Schluss

In der analytischen Situation sprechen Therapeut und Patient miteinander. Sie verständigen sich über das, was sie fühlen und denken, indem sie Worte gebrauchen, auf deren lexikalischen Bedeutungsgehalt im symbolischen Raum sie in gemeinsamer Referenz zugreifen. Auf diese Weise *re-präsentiert* jeder der Protagonisten in der verbalen Mitteilung das Gemeinte. Sprechen beinhaltet aber nicht nur Kommunikation vermittelt grammaticalisch organisierter Wortbedeutungen. Während des Sprechens *präsentiert* sich das, worum es geht, zugleich gestisch-mimetisch, als leibliche Szene im Modus von Gesang und Tanz. Zur repräsentierenden Verstehenslogik, dem explizit-deklarativen Modus des Benennens und Erinnerns, des Sprechens ›über‹ gesellt sich die präsentische Geschehenslogik eines handelnden Umgangs miteinander. Es ist dies die kommunikative Ebene, die in unterschiedlichen Begrifflichkeiten mal als *präsentative Symbolik* (Langer), als *sinnlich-symbolische Interaktionsformen* (Lorenzer), als *kinästhetische Semantik* (Leikert), als *leibliche Dimension der Psychoanalyse* (Scharff) gefasst wird. Hier wirken Patient und Therapeut ganz unmittelbar aufeinander ein, sind schon lange, bevor dies auf die Ebene einer sprachlichen Repräsentation gelangt, miteinander ›verständnisvoll‹. In der Erfahrung der *Zwischenleiblichkeit* (Merlau-Ponty) *informiert* sich das analytische Paar (Knoblauch), *es hält sich auf dem Laufenden*. All diese Prozesse artikulieren sich zumeist auf vorbewusst-unbewusster Ebene, ganzheitlich, nicht selten transmodal, in bi-direktionaler Moment-zu-Moment-Interaktion.

So grundlegend diese gestisch-mimetischen Prozesse im kommunikativen Austausch sind, reicht es aber nicht, diese in einem harmonistischen Sinn als Agenten einer stets gelingenden gemeinsamen Abstimmungsbewegung aufzufassen. Die *conditio humana* ist nun einmal so, dass sich psychische Entwicklung auch entlang der Auseinandersetzung mit Leerstellen vollzieht – dem Verlust der Brust, des analen und ödipalen Liebesobjekts. Dies gelingt mal mehr oder weniger gut. Im positiven Fall lassen sich die Zumutungen all dieser Verluste mit Hilfe der Primärobjekte als ›symbologene Kastration‹ (Dolto) verarbeiten. Das ›ich bin, habe und werde nicht alles‹ wird zum transformativen Agens, das realistische Arbeits- und

Liebesmöglichkeiten eröffnet. Fehlte die Hilfe der Primärobjekte oder war sie für dieses Kind nicht ausreichend, kann es im negativen Fall entlang der Erlebnisachse gewaltsame Intrusion – empathielose Verweigerung zu traumatischen Verletzungen, hemmenden Einschränkungen bzw. Hypertrophie kompensatorischer Haltungen kommen.

So inszenieren sich im zwischenleiblichen Miteinander der therapeutischen Situation stets auch jene Bereiche, in denen sich die Fehl Abstimmung artikuliert und in oft eindringlicher Persistenz ihr Recht fordert, wahrgenommen zu werden. Sie will im Feld der Übertragung und Gegenübertragung als gemeinsam Erlittenes in ihrer Sinnhaftigkeit verstanden sein, um als Begriffenes nun auch distanzierbar und modifizierbar zu werden.

Die leibliche Dimension dieser Prozesse wurde hier in der Fokussierung auf den stimmlich-mimetischen Austausch erforscht – in der Konzentration auf das, was der Therapeut zu hören bekommt, wenn er sich jenseits der Erfassung des lexikalisch-symbolischen Gehaltes der Worte auf die ›Musik des Sprechens‹ einlässt. Roland Barthes phantasiert: Wenn man nur „laut schreiben“ könnte, das würde alle die bedeutsamen physischen Elemente der Sprache enthalten, die auf dem Blatt verschwinden: „die triebhaften Einsprengsel, die Sprache, die mit Fleisch gefüllt ist, ein Text, wo man die Körnchen der Kehle hören kann, die Patina der Konsonanten, die Sinnelust der Vokale, eine ganze fleischliche Stereophonie: die Artikulation des Körpers, der Zunge, nicht die der Bedeutung, der Sprache... der Sound der Sprache, ihre Materialität, ihre Sinnlichkeit, den Atem, die Kehllaute, das Fleischige der Lippen, die ganze Gegenwart der menschlichen Schnauze...“ (zit. n. Dimen 1998, S. 72, Übers. J.S.). Leikert (2005, S. 144) führt aus: „Der Körper des anderen ist der Referent der Stimme.“ „Die Stimme situiert sich jenseits des Signifikanten... Während der Signifikant eine Resonanz im Netz der Signifikanten sucht, d. h. Vorstellungen und Assoziationen weckt, hat die Stimme ihren Widerhall im Körper.“ „...die Stimme residiert inmitten des Erlebens.“ (Leikert, 2007, S. 477) All die in dieser Arbeit beschriebenen kleinen Szenen sollten vor allem eines deutlich machen: der Therapeut ist in der Situation mit seinem Patienten niemals ein objektiver Betrachter ›draußen vor‹, der aus neutraler Distanz ›auf‹ seinen Patienten schauen und ›über‹ ihn sprechen kann. Nein, einbezogen in den leiblich mimetischen Aspekt des stimmlichen Austausches, in das Hin und Her der Botschaften im gemeinsam geteilten Hörfeld ist der Therapeut immer auch ein Stück hineingezogen in eine Geschehenslogik, von der beide Protagonisten als musikalische Akteure erfasst sind. Das Bild eines Odysseus, der sich, fest am Rahmen des analytischen Settings gebunden, unbeschadet den Sirenenklängen aussetzen kann, führt in die Irre. Es ist gut, sich in der analytischen Stunde das WIE des gerade Bewegtseins oder Bewegenwollens gewärtig zu halten. Oft aber wird dies erst nachträglich gelingen. So habe ich es mir angewöhnt, immer wieder einmal von selbst auf meine Patienten zuzugehen und sie, entlastet vom analytischen Alltagsgeschäft, in mein Ohr einzuladen und ihrem Gesang und Tanz zu lauschen. Das ist dann oft der Moment, in dem für mich bislang Unerhörtes hörbar wird.

*Literatur*

- Bolognini, S. (2002): The Analyst at work. Two sessions with Alba. *Int J Psychoanal*, 83, 753–759.
- Dimen, M. (1998): Polyglot bodies. Thinking through the relational. In: L. Aron u. F.S. Anderson (Hg.): *Relational perspectives on the body*. Hillsdale N.J. (The Analytic Press), 65–93.
- Dolto, F. (1984): *Das unbewußte Bild des Körpers*. Weinheim-Berlin, (Quadriga) 1987
- Haber, M. (2003): Engagement in der Gegenübertragung und Unmöglichkeit von Neutralität. Beitrag zur Diskussionsrunde. Tagung der E.P.F., Sorrent 2003. EPF Bulletin Online Artikel.
- Jacobs, T. J. (1994): Nonverbal communications: some reflections on their role in the psychoanalytic process and psychoanalytic education. *J Am Psychoanal Ass* 42, 741–762.
- Knoblauch, S. H. (2000): *The musical edge of therapeutic dialogue*. Hillsdale N.J., London. (The Analytic Press).
- Langer, S. K. (1965): *Philosophie auf neuem Wege*. Frankfurt. (Fischer).
- Leikert, S. (2005): *Die vergessene Kunst. Der Orpheusmythos und die Psychoanalyse der Musik*. Gießen. (Psychosozial-Verlag).
- Leikert, S. (2007): *Die Stimme. Transformation und Insistenz des archaischen Objekts – Die kinetische Semantik*. *Psyche – Z Psychoanal* 61, 463–492.
- Leikert, S. (2010): *Stimme, Klang, Bedeutung – Die kinästhetische Semantik und die präverbale Ebene in der klinischen Begegnung*. Vortrag auf der 57. Jahrestagung der VAKIP in Berlin.
- Lorenzer, A. (1981): *Das Konzil der Buchhalter. Die Zerstörung der Sinnlichkeit. Eine Religionskritik*. Frankfurt am Main. (Europäische Verlagsanstalt).
- Merleau-Ponty, M. (1974) [1945]: *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin (Walter de Gruyter).
- Merleau-Ponty, M. (2003): *Das Auge und der Geist*. Hamburg. (Meiner).
- MUzan, M. de (1998): *Der Tod gesteht nie*. *Psyche – Z Psychoanal* 52, 1049–1066.
- Sandler, J. (1976): *Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme*. *Psyche – Z Psychoanal* 30, 297–305.
- Scharff, J.M. (2010): *Die leibliche Dimension der Psychoanalyse*. Frankfurt. (Brandes & Apsel).

Dr. phil., Dipl.-Psych., Jörg M. Scharff, Psychoanalytiker in freier Praxis, D-61476 Kronberg, Viktoriastr. 31, joerg.scharff@dpv-mail.de