

Die stille Sprache: Über die Bedeutung des Schweigens sowohl in der Einzeltherapie als auch in Gruppen

Anke Voss

Zusammenfassung

In Anwesenheit des Analytikers bzw. der Gruppe zu schweigen, ist alles andere als allein zu sein, denn das Schweigen hat einen Ort und ein Gegenüber; jemand, der mit schweigt und zuhört. Das gemeinsame Schweigen eröffnet den Patienten einen privaten Raum, in dem sie sich auf sich konzentrieren können, ohne Ablenkung von außen. Schweigen impliziert auch, dass Antworten auf die drängenden Themen der Patienten nicht vom Analytiker oder Mitgliedern aus der Gruppe kommen können. Stattdessen stellen wir uns an die Seite der Patienten und lauschen, sodass sie mit der Zeit selbst herausfinden können, was sie bislang nicht gewusst und verstanden haben. Schweigen macht einen bedeutsamen Teil unserer Arbeit aus und bewirkt nicht selten mehr, als Worte es können. Es dient den Patienten als ein hilfreiches Vertiefen und Hineinhören in ihr Innerstes. Mit Unterstützung von theoretischen Überlegungen sowie anhand von Fallbeispielen aus meinen Behandlungen beschäftige ich mich mit der Bedeutung des Schweigens und seinen emotionalen Wirkungen, sowohl in der Einzeltherapie als auch in Gruppen.

Gruppenpsychother. Gruppendynamik 56/2020, 355-368

Schlagwörter

Schweigen – abwartendes Zuhören – Resonanzboden – Denkraum – ungestörte Zurückgezogenheit

Summary

The Silent Language: About the Importance of Silence Both in Individual Therapy and in Groups

To be silent in the presence of the analyst or the group is anything but being alone, because silence has a place and an opposite; someone who is silent and listens. The mutual silence opens up a private space for the patient in which they can concentrate on themselves without external distraction. Silence also implies that answers to the patient's pressing issues cannot come from the analyst or members of the group. Instead, we stand by the patient's side and listen so that over time they can find out for themselves what they have not up until now known or understood. Silence is an important part of our work and often leads to more than words could ever do. It serves the patient as a helpful deepening and listening to their innermost being. With the support of theoretical considerations and case studies from my treatments, I deal with the meaning of silence and its emotional effects, both in individual therapy and in groups.

Keywords

silence – waiting listening – soundboard – thinking space – undisturbed seclusion

„Ich bitte dich, meine Worte ohne Gegenwehr in dich aufzunehmen und sie nicht zu behandeln wie Züge in einem Spiel, in dem du mir überlegen bist. Meine Worte mögen in dich hineinfallen wie in einen stillen Teich, sie mögen Kreise ziehen und Wellen werfen und ich möchte, dass du diesem Geschehen alle Freiheiten einräumst sich zu entfalten; dass du nicht nur äußerlich, sondern auch im Inneren mit deiner Antwort wartest, bis die Wirkungen sich ausgesponnen haben und du wirklich verstanden hast, was ich sage.“

Pascal Mercier (2000, S. 54)

1 Einführende Gedanken

„Ich kehre in mich selbst zurück und finde eine Welt“

Goethe

Die analytische Psychotherapie interessiert sich dafür, was menschliches Erleben, menschliche Erfahrung ausmacht. Man kann das eigene Unbewusste nur wahrnehmen, wenn man sich seiner selbst bewusst ist. Sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Gruppe hat das abwartende Zuhören die Absicht, dass der Patient bzw. die Gruppe als Ganzes auch aus der Verhaltensweise des Schweigens etwas über sich erfahren kann. Wer bin ich und was bedeutet es, jemand zu sein? Was bedeutet es, Gefühle wie Liebe, Hass, Angst und Unsicherheit zu fühlen, sich als bewegt oder versteinert zu erleben, offen für Andere zu sein oder ausschließlich auf sich selbst fixiert?

Wir leben in einer Zeit der beständigen Zunahme beschleunigter Lebensführung mit zunehmender Tendenz zur Verdichtung und Entgrenzung von Arbeitsabläufen und mit dem Ziel in immer kürzerer Zeit immer mehr zu schaffen. Verliert in dieser Zeit der Dauerflexibilisierung des Selbst Schweigen an Bedeutung? Der auf Tempo und Innovation eingestellte Mensch erscheint in unserer Gesellschaft als Prototyp des funktional angepassten Menschen, auch wenn durch diese Lebensführung viel Leid erzeugt wird. Die Fähigkeit zur Stille und zum Innehalten ist besonders in dieser Zeit ein häufig verlerntes hohes Gut.

Als Analytiker wissen wir was es heißt, sich das Geschehene durch Erinnern näher zu bringen. Wir wissen auch, dass man sich die eigene Vergangenheit nicht aneignen kann wie eine Sache, auch nicht wie ein Stück Wissen, Meinung oder Haltung. Aneignen, also sich zu eigen machen, meint eine Form von Verstehen und braucht neben Zeit und Raum auch Stille, sodass sich erzählerisches Erinnern fühlend entwickeln und entfalten kann. Dafür muss Ruhe eintreten. Ein Innehalten

muss möglich sein, um ein Netz über Vergangenes werfen zu können. Vielleicht können wir so etwas Bedeutsames einfangen. Als Ausdruck einer konzentrierten Stimmung schweigen wir dann gemeinsam mit dem oder den Patienten.

Wir können das Schweigen verstehen als ein Zurücksenken in ein aufmerksames Lauschen. Die Haltung des Schweigens ist auch dazu da zu stören, etwas aufzustören oder aufzuspüren, vielleicht ein Dunkelwissen, ein Wissen, das aus dem Dunkeln kommt; das in einem Erinnerungsschatten des Patienten liegt und bis heute nie voll ins Gedächtnis gekommen ist. Dafür benötigen wir Geduld, die Echos abzuwarten, die entstehen, wenn der Patient mit unserer Unterstützung in seine Erinnerungen hineinruft. Es erfordert immer wieder viel Mut und Risikobereitschaft, wenn Patienten ihren Gefühlen nachgehen, um sie dem eigenen Bewusstsein zugänglich machen.

1.1 Fallbeispiele aus der Einzelbehandlung

Herr J. schweigt nach einer Deutung von mir einige Minuten und sagt dann: „Ich wollte dem Nachspüren, was Sie gesagt haben und mich nicht ablenken mit Reden.“ Das der Patient sich dem Schweigen anvertrauen kann, ist ein bedeutsamer Entwicklungsschritt für ihn, denn seine bislang eingesetzten Abwehrmechanismen sind die der Rationalisierung und Intellektualisierung. Beständig kommentiert er in den ersten Monaten auf der Couch in dieser Form das Geschehen, natürlich mit der damals noch unbewussten Absicht, sich seine Gefühle „vom Hals zu halten“. In einer anderen Sitzung benennt Herr J., nach einer Phase längerer Stille, ein Gefühl der „Beklommenheit“. Der Patient, der auch unter einer massiven Aufschiebeproblematik leidet, sagt: „Besonders dann, wenn ich weiß oder auch nur ahne, was das Wesentliche für mich sein kann, lasse ich mich in Nebenschauplätze verwickeln. Ich kann gerade beginnen zu fühlen, dass das Entziehen durch parallele Aktivitäten auch eine Art Flucht ist.“ Ich antworte schweigend. Dieses Schweigen erscheint mir natürlich und sinnvoll. Ich denke, dass auch die parallele Aktivität des Sprechens in Bezug auf das Fühlen eine Flucht wäre. Deswegen sage ich nichts, interveniere nicht, deute nichts. Vermutlich wäre Herr J. oberflächlich erleichtert, wenn ich sprechen würde. Dann könnte er schnell wieder rationalisierend „in seinen Kopf gehen“ und somit also weg von der Möglichkeit des Fühlens kommen. Nach ein paar weiteren Minuten der Stille beginnt Herr J. sich körperlich auszudrücken. Er schluckt hörbar, atmet schwer, stöhnt auch. Schließlich sagt er: „Es gibt keinen vergleichbaren Ort, wo ich so fühlen kann.“

Je länger die analytische Arbeit andauert, desto häufiger eröffnet Frau F. ihre Stunde schweigend. Die Atmosphäre des Schweigens fühlt sich auch für mich stimmig an. Ich spüre keinen Impuls sprechen zu wollen und lausche in die Stille. Schließlich sagt sie: „Ich brauche manchmal diese Stille. Dann berühre ich verschiedene Themen innerlich, spüre nach, wie es mir geht. In diesen Momenten ist Reden anscheinend nicht nötig, stört vielleicht sogar.“ Die Patientin, die wegen

traumatischer Verlusterfahrungen zu mir kommt, schweigt auch zu Beginn mancher Stunde, weil sie der letzten Stunde nachtrauert. Sie sagt dann zum Beispiel: „Oft denke ich am Ende einer Stunde, dass ich mich noch weiter vertiefen könnte und erschrecke, dass die Zeit schon wieder vorbei ist. Wenn es dann am nächsten Tag weitergeht, scheint es mir fast paradox, dass ich nicht anknüpfen kann an die letzte Sitzung, die doch erst gestern war. Das fühlt sich für mich an, als wäre das ewig lang her, dass wir uns gesehen und gesprochen haben.“ An einem anderen Tag beendet sie das Schweigen mit den Worten: „Ich brauchte gerade mal zehn Minuten, um anzukommen. Alle gesprochenen Anfänge wären heute dumm gewesen, so viel hatte ich im Kopf. Ich musste mich erst mal sortieren.“

Nach 15-minütigem Schweigen zu Beginn der analytischen Sitzung sagt Frau G. schließlich: „Ich konnte anfangs keinen Gedanken fassen. Doch in der Stille hatte ich das Gefühl, etwas geschafft zu haben, als könnte ich einen Haken an etwas machen. Das fühlt sich auch nach Fürsorge an. Vielleicht ist das etwas, was man gar nicht durch Sprache zu greifen kriegt, sondern durch Schweigen.“ In einer anderen Sitzung schweigt Frau G. in der zweiten Hälfte der Stunde. Nach meinem Eindruck liegt das Durcharbeiten eines Tabus hinter diesem Schweigen. Die Patientin fühlt einer Gewalterfahrung nach, der ihr Mann in seiner Kindheit wiederholt ausgesetzt war und die erst zu diesem Zeitpunkt „ans Licht“ kommt.

Herr A. schweigt lange zu Beginn seiner Sitzung und sagt schließlich: „Als ich vorhin kam, da hätte ich schreien können oder gar nichts machen, jetzt geht es.“ Nach weiteren zehn Minuten der Stille beginnt er zu reden.

2 Die Bedeutung des Schweigens

Die therapeutische Haltung des Schweigens fördert die Gedankenfreiheit und somit die Bildung von Gedankenprozessen der Patienten. Gedankenfreiheit im Sinne von Segal meint „die Freiheit, unsere eigenen Gedanken kennenzulernen; die willkommenen wie die unwillkommenen; ängstliche Gedanken und die, die sich schlecht oder verrückt anfühlen, sowie konstruktive Gedanken und jene, die sich gut oder gesund anfühlen (...). Je freier wir denken können, desto besser können wir diese Realitäten nutzen und desto reichhaltiger sind unsere Erfahrungen“ (Segal, 1981, S. 227).

Damit der Patient einen Denkraum entwickeln kann, ist ein Schweigen des Analytikers notwendig, denn Schweigen führt zur therapeutischen Dimension des Wartens, des Abwarten Könnens. Das nach außen hörbare Schweigen ist die nonverbale Reaktion eines inneren, aktiven Zuhörens, ein ruhiges Lauschen mit dem „dritten Ohr“ (T. Reik). Natürlich bedarf es Zeit, die Wichtigkeit des abwartenden Zuhörens verstehen und fühlen zu lernen und sie nicht als ängstigende oder beklemmende Stille zu erfahren. Vor allem zu Beginn der Aus- und Weiterbildung zum Analytiker kommt es häufiger vor, dass der Analytiker zu reden beginnt, weil er selbst das Schweigen als nicht länger aushaltbar erlebt. Doch müssen wir in unserem Beruf

lernen abzuwarten. Zu frühes Reden, ebenso wie zu viele Fragen, können den beidseitigen Reflexionsprozess bremsen und dienen nicht selten unbewusst dazu, vom eigentlichen Konflikt abzulenken. Auch unterbrechen wir damit die Ideenketten der Patienten und zwingen ihnen so unsere Agenda auf. Warum wollen wir mehr wissen als der Patient uns zu dem Zeitpunkt sagen kann? Es sollte für den Patienten grundsätzlich wichtiger sein, uns etwas erzählen zu wollen, als für uns, davon zu hören. Auch lenken wir das Gespräch dadurch in eine von uns vorgegebene Richtung. Wenn uns eine Äußerung „drückt“, sollten wir zunächst unser Gegenübertragungserleben analysieren. Was in der Rede des Patienten erzeugt in uns die Reaktion, selbst sprechen zu müssen? Wollen wir uns möglicherweise eigene aufkommende Gefühle vom Leib halten? Nur wenn wir uns sicher fühlen, dass die Absicht dessen, was wir sagen oder fragen möchten nicht von unseren Gefühlen ablenken soll und stattdessen dem Verständnis des Patienten und Fortkommen seiner Behandlung dienlich ist, sollten wir darauf zurückgreifen. Ich sage meinen Patienten gelegentlich, wenn sie zu sehr auf einen Einfall von mir drängen: „Wenn Sie mich fragen, was Sie selbst nicht wissen und ich Ihnen meine Antwort gebe, dann können Sie nicht herausfinden, was aus Ihrem Inneren kommt.“

Stellen wir unsere psychische Aktivität hingegen in den Dienst des abwartenden Zuhörens, lauschen wir auf die unbewussten Vorgänge der Rede des Patienten und lassen ihn tagträumen. Die stille Anteilnahme des Analytikers dient dem Patienten als Resonanzboden und evoziert in der Regel weiteres Sprechen. Auf diese Weise eröffnet sich dem Patienten die Möglichkeit, sich selbst Erzählungen zu entlocken, von denen er vielleicht selbst nicht weiß, dass sie darauf warten, erzählt zu werden. Er kann Gedanken entwickeln, seinen Gefühlen näher kommen und beides kann ihm helfen, dass er sich mit seinen Empfindungen vertrauter fühlt. Auf diesem Weg können Patienten selber entdecken, was sie fühlen und vielleicht endlich auch sagen können. Vielleicht ist es etwas, was schon lange versucht, an die Öffentlichkeit zu dringen.

Heenen-Wolff sagt: „Wenn der Therapeut mehr oder minder schweigend auf das Sprechen des Patienten reagiert, entsteht eine Leere, die der Patient in den allermeisten Fällen spontan zu füllen sucht. Dadurch werden sehr häufig Ideenketten angestoßen und gefördert. Angestrebt wird eine wenigstens minimale Destabilisierung des bisherigen psychischen Gleichgewichts, was sowohl den Therapeuten wie auch den Patienten immer wieder unangenehm berühren kann. Eine solche Destabilisierung ist aber Voraussetzung und Motor von Veränderung und von Neuem. Falls dies überhaupt nicht eintritt, kann man davon ausgehen, dass eine analytisch orientierte Therapie kontraindiziert ist. Wenn im Erstgespräch zum Beispiel deutlich wird, dass das abwartende Zuhören beim Patienten vor allem Angst auslöst, aber keine Ideenketten hervorbringt, wird man zu stützenden Verfahren tendieren, die nicht den Anspruch haben, unbewusste Konflikte zu bearbeiten, vielmehr Katharsis und narzisstische Zufuhr ermöglichen“ (Heenen-Wolff, 2016, S. 54).

„Wir müssen annehmen, dass das Schweigen das Primäre ist, dass das Sprechen aus dem Schweigen entstand wie das Leben aus dem Unorganischen, aus dem Tod.

Wenn wir hier in „geborgter Zeit“ leben, so ist all unser Sprechen nichts als eine vergängliche Unterbrechung des ewigen Schweigens“ (Reik, 2007, S. 143).

Reik sagt, dass, wenn der Analytiker keine Angst vor dem Schweigen hat, sein Schweigen meist eine beruhigende und wohltuende Wirkung ausübt, die dem Patienten vorbewusst als Zeichen stiller Aufmerksamkeit dient; einer Aufmerksamkeit, die ihm selbst als ein Beweis von Sympathie erscheint. „Zu beachten ist, dass der Patient diesem Schweigen von der ersten Sitzung an eine gewisse emotionale Bedeutung zuschreibt. Weshalb sollte er nicht annehmen, dass es für den Analytiker ganz natürlich und notwendig ist, still zu sein, um aufmerksam zuhören zu können? Dieses Schweigen scheint ihn zu bitten, freimütig zu sprechen und konventionelle Hemmungen während der analytischen Sitzung abzubauen. Darüber hinaus hat es noch eine weitere gefühlsmäßige Wirkung: die Welt außerhalb des Zimmers tritt in den Hintergrund. Die Ruhe wirkt wie ein Lampenschirm, der ein zu helles Licht dämpft. Die drückende Nähe der materiellen Wirklichkeit lässt nach. Es ist, als bezeichne dieses Schweigen des Analytikers schon den Beginn, Anderen und sich selbst mit mehr Ruhe und Abstand zu begegnen“ (Reik, 2007, S. 139).

Reik beschreibt eindrücklich, wie sich in den verschiedenen Phasen der Behandlung die Bedeutung des Schweigens für den Patienten ändert. „Wenn in der ersten Phase der Psychoanalyse längere Pausen entstehen, so sind sie (es gibt Ausnahmen) Zeichen oberflächlicher Widerstände, die durch die Tatsache hervorgerufen werden, dass der Patient sich wieder an die ungewöhnliche und merkwürdige Situation anpassen muss (...). Langsam ändert das Schweigen des Psychoanalytikers seine Bedeutung für den Patienten. Es ist ihm etwas eingefallen, was er nicht gern sagt oder was schwierig zu sagen ist. Er spricht über andere Dinge, fühlt jedoch, dass er etwas unterdrückt. Dann schweigt er wie der Psychoanalytiker. Die Situation scheint zum ersten Mal zwar noch nicht unmöglich aber zum ersten Mal unbehaglich. Der Patient, der so empfindet, beginnt wieder über Nebensächlichkeiten und Banalitäten zu sprechen, der beiseite geschobene Gedanke kommt jedoch wieder zurück. Es ist, als wolle er ausgesprochen werden und erzwingt Schweigen, da er in jeden anderen Gedankengang eindringt und stört. Der Patient kann sich jetzt vielleicht an den Analytiker wenden, aber dieser schweigt, als sei dies das Natürlichste auf der Welt, als zähle es nicht, dass man sonst jegliche verlegen machende Stille vermeidet“ (Reik, 2007, S. 140-141.) Reik führt im weiteren Verlauf seiner Überlegungen über die Macht des Schweigens aus, wie sie den Patienten zwingt, in tiefere Schichten seines Seelenlebens hinabzusteigen, als zunächst beabsichtigt. „Es ist eine erstaunliche und kaum beachtete psychologische Tatsache, dass den eigenen Worten, wenn sie einmal ausgesprochen sind, eine andere Wertung beigelegt wird, als wenn wir es uns in Gedanken vorstellen. Das gesprochene Wort hat eine reaktive Wirkung auf den Sprecher. Das Schweigen des Analytikers intensiviert diese Reaktion; es funktioniert als Resonanzboden. Ein Analytiker, der eine Zeitlang dieses innere Ringen verfolgt, bekommt immer mehr den Eindruck, dass sich zwischen Kräften, die nach Ausdruck verlangen und denen, die sie zum Schweigen bringen wollen, ein Kampf abspielt“ (Reik, 2007, S. 139-142).

Ogden (2001) sagt, dass „das Schaffen eines analytischen Prozesses von der Fähigkeit sowohl des Analytikers als auch des Patienten abhängt, sich in ein dialektisches Zusammenspiel von Zuständen der Träumerei einzulassen, die zugleich privat wie auch unbewusst kommunikativ sind“ (S. 75). Er nennt das Schweigen eine Form der „ungestörten Zurückgezogenheit“, die diese Träumereizustände schaffen kann, und spricht in diesem Zusammenhang von einem „intersubjektiven Traum-Raum“. „Es ist für einen Patienten ebenso wichtig zu wissen, dass er, wenn er nicht will, nicht zu sprechen braucht, wie es für ihn wichtig ist zu wissen, dass er immer, wenn er sprechen will, sprechen kann. Dem Sprechen den Vorrang vor dem Schweigen einzuräumen, der Enthüllung vor der Geheimhaltung, der Kommunikation vor der Nicht-Kommunikation, all das scheint so unanalytisch, wie wenn man die positive Übertragung vor der negativen Übertragung, die Dankbarkeit vor dem Neid, die Liebe vor dem Hass, den depressiven Modus der Erlebensbildung vor den paranoid-schizoiden und autistisch-berührenden Modi der Erlebensbildung bevorzugen würde“ (Ogden, 2001, S. 86).

3 Schweigen in Gruppen

„Man kann nicht zwei alleine denken. Man kann nur zwei denken, wenn man bis drei zählen kann.“

Quelle unbekannt

Aus der Perspektive der Gruppe ist zu bedenken, dass die Verfasstheit des Einzelnen und die der Gruppe unentwirrbar miteinander verwoben sind. Kein Gruppenmitglied existiert allein, sondern befindet sich in der Dynamik der Gruppe. Der „Ansteckungseffekt“ des Schweigens ist in der Gruppe größer als in der Einzeltherapie. Wenn die Gruppe miteinander schweigt, sind dies meist kostbare Momente, die einen Raum zum Fühlen dessen eröffnen, was im Moment noch nicht offensichtlich ist. Manchmal schweigt die Gruppe, wenn sie eine wichtige Erfahrung teilt oder auch miteinander verabschiedet. Eine notwendige Bedingung dafür, dass die Gruppenmitglieder sich dem gemeinsamen Schweigen anvertrauen können, ist jedoch, dass wir selbst als Gruppenleiter nicht ängstlich oder verlegen der Stille gegenüber stehen, sondern sie für ein tieferes Verstehen des Gruppenprozesses nutzen können. Je stärker der Leiter die Kunst des Schweigens beherrscht und von der Wirksamkeit der Methode überzeugt ist, desto eher lässt sich ein konstruktives Resultat erzielen. Worüber schweigt die Gruppe? Finden wir die Antwort auf diese Frage, so kann auch meist wieder gesprochen werden. Dafür ist es hilfreich der Atmosphäre nachzuspüren, die sich aktuell im Raum befindet.

Sicher kennen wir alle die Angst der Patienten (und manchmal auch unsere eigene), wenn Gefühle aufgespürt werden und ans Tageslicht kommen, die durch Reden unterdrückt werden sollen. Nicht selten dient Reden als Abwehr einer unbewussten Angst

zu erfahren, was in der Stille liegt. Wie viel sind die Patienten bereit zu investieren, auch zu riskieren? Ein Gruppenmitglied, das zu Beginn seines Beitritts über sein vieles Reden versucht hat, die Gruppe zu dominieren und über die Themen zu kontrollieren, sagt im dritten Jahr seiner Teilnahme: „Mittlerweile habe ich eine Ahnung davon, warum es mir so schwer fällt, auch mal zu schweigen. Wenn man aktiv ist und viel redet, dann weiß man immer, was als nächstes gesagt wird in der Gruppe. Wenn man hingegen schweigt, weiß man nicht, was als nächstes kommt. Das ängstigt mich.“

In unserem Alltagsleben wird gemeinsames Schweigen in Gesellschaft tunlichst vermieden. Wenn der eine nicht redet, spricht eben ein anderer. Für viele Patienten ist daher das Schweigen (in) einer Gruppe, vor allem zu Beginn der Teilnahme, eine völlig fremde Situation. Das in psychotherapeutischen Zusammenhängen ein Schweigen erlaubt und sogar erwünscht ist, ist für viele eine neue Erfahrung.

3.1 Schweigen als state oder trait

Eine notwendige Voraussetzung, das Schweigen für die eigene Arbeit nutzen zu können, ist, dass der Patient sich ausreichend mitteilen kann; denn das, was wir denken können ist natürlich nicht unabhängig von dem, was wir sagen können. Um das Schweigen zu rühmen, muss man eine Stimme haben. Es ist daher von Bedeutung, dass wir einen state als einen vorübergehenden Zustand des Schweigens unterscheiden von dem sehr regelmäßigen Schweigen als anhaltenden oder dauerhaften Charakterzug, dem trait.

Es kommt vor, dass erfahrene Gruppenmitglieder neuen Gruppengeschwistern zu lernen helfen, Momente des Schweigens auszuhalten sowie über den Sinn des Schweigens nachzudenken und ihm nachzuspüren. Schweigen ist häufig ein Ausdruck einer konzentrierten Stimmung und unterstützt ein Vertiefen und Versenken in die eigene Innenwelt.

Nach Veränderungen des Gruppenrhythmus wird die darauf folgende Sitzung häufiger mit einem längeren Schweigen eröffnet, zum Beispiel nach einer Unterbrechung der Gruppentreffen durch eine Urlaubspause oder durch die Ankunft neuer Mitglieder bzw. nach der Verabschiedung von Gruppengeschwistern. Ich denke, die Gruppe benötigt die Stille, um darüber wieder in Kontakt zu treten. Das Schweigen erscheint als etwas emotional Verbindendes, eine machtvolle Kommunikation, über das gesprochene Wort hinaus. Wie ist es den Anderen und dem Analytiker in der Pause (ohne sie) wohl ergangen? Sind sie vermisst worden? Haben sie ihrerseits die Anderen vermisst? Sind sie womöglich die nächsten, die die Gruppe verlassen werden? Dies sind häufig Fragen und damit zusammenhängende Gefühle, mit denen die Teilnehmer (unbewusst) beschäftigt sind. Kann die Gruppe diese Themen erfassen, kann auch wieder miteinander geredet werden.

Natürlich ist Schweigen niemals ohne Ausdruck, stattdessen ist es eine machtvolle Kommunikation und natürlich Verhalten. Schweigen ist, wie Sprechen, das Resultat einer Entscheidung jedes Einzelnen. Welche Bedeutung kann es aber haben, wenn Patienten über lange Zeit nicht reden können oder wollen?

Bion sagt: „Jeder, der irgendwie Kontakt mit der Realität hat, schätzt die Einstellung seiner Gruppe zu ihm selbst bewusst oder unbewusst beständig ab“ (Bion, 1971, S. 31).

Nicht wissen zu können, was die Übrigen in der Gruppe über die eigene Person denken, ist ängstigend und führt nicht selten dazu, lieber gar nichts zu sagen. Auch bringen nicht alle Patienten so viel Objektbesetzung mit, dass sie davon ausgehen, Gehör zu finden, wenn sie reden. Nicht wenige Patienten ängstigt es, sich mit einem eigenen Beitrag zu melden, verbunden mit der Unsicherheit, wie seine Mitteilungen von der Gruppe aufgenommen werden. Interessieren die eigenen Probleme, Gedanken und Gefühle die Anderen überhaupt? Es fällt manchen Patienten schwer, ohne Aufforderung durch Fragen Anderer von sich zu erzählen. Reden ist ein exhibitionistischer Akt, bei dem man sich zeigt und mit seinen eigenen Themen hervortritt. Fehlende Nachfragen werden regelmäßig als Desinteresse der Anderen aufgefasst. Die eigene Verunsicherung, nicht interessant zu sein, wird somit häufig selbst beantwortet.

3.2 State Beispiele aus der eigenen Gruppenbehandlung

Nachdem die Gruppe zu Beginn der Sitzung einige Minuten geschwiegen hat, sagt eine Patientin, die sich im vierten Jahr ihrer Teilnahme befindet: „Ich frage mich, warum das Schweigen in der Gruppe so viel schwerer auszuhalten ist, als wenn ich alleine bin. Das kenne ich auch schon, wenn in der Kirche länger geschwiegen wird. Mit mir allein geht es mir nicht so. Vielleicht liegt es daran, dass ich in der Gruppe bei dem Schweigen etwas nicht ausweichen kann. Dann spüre ich es ganz körperlich, vor allem durch Anspannung.“ Ein anderes langjähriges Gruppenmitglied antwortet darauf: „Ich bekomme bei so langem Schweigen öfter einen Kloß im Hals. Manchmal legt sich auch etwas auf meine Brust und schnürt sich zu. Dann denke ich, je länger das Schweigen anhält, desto bedeutsamer muss das sein, was ich dann sage und ich fange an zu überlegen, was ich jetzt noch beitragen kann. Nichts scheint dann das Richtige und ich fühle mich immer leerer werdend, als wenn es gar keine Worte mehr geben kann.“

Ein Patient sagt im dritten Jahr seiner Teilnahme, nachdem wenige Sitzungen zuvor ein neues Mitglied der Gruppe beigetreten ist: „Mir fällt es schwer, vor neuen Gruppenmitgliedern zu sprechen. Ich weiß nicht wieso. Ich habe die Worte im Kopf, da liegen sie abholbereit. Aber sie gehen nicht von innen nach außen, können nicht ins gesprochene Wort finden.“

3.3 Trait Beispiele aus der Gruppenbehandlung

Auch nach einem Jahr Gruppenteilnahme gelingt es Frau K. nicht, sich zu beteiligen. Sie kann unaufgefordert nicht sprechen, keinen Blickkontakt aufnehmen, starrt stattdessen häufig scheinbar teilnahmslos und leer in den Raum, ganz unabhängig davon, was in der Gruppe gerade passiert. Auch wenn alle miteinander lachen, zeigt Frau K.

keine Reaktion. Gelegentlich fragen sie die Anderen: „Warum bist du hier? Hast Du überhaupt den Wunsch, zur Gruppe dazugehören zu wollen? Und wenn ja, warum sagst du nie etwas ohne Ansprache?“ Anfangs kann die Patientin nichts darauf erwidern. Im zweiten Jahr ihrer Teilnahme sagt sie: „Ich kann mich mit meinen Themen nicht einbringen. Ich weiß nicht wieso. Das ist gar nicht nur auf diese Gruppe bezogen. Mein Hauptgefühl ist fast überall, außen vor zu sein. Wenn ich Gedanken zu etwas habe, dann tu ich sie auch wieder weg, noch bevor ich sie ausspreche.“ Nach zwei Jahren Gruppenteilnahme kann dieselbe Patientin die Anderen erstmals wissen lassen, dass Äußerungen, auf die sie in den Sitzungen nicht nach außen reagiert, nachträglich in ihr nachhallen, wenn sie alleine ist. Nur dann sei ein Nachdenken über das Gesagte möglich. Es scheint, dass sie das Geäußerte und Erlebte in der Gruppe in einem Klima des Alleinseins unter ihrer eigenen Omnipotenz neu erschaffe, ohne die konkrete Gruppe aushalten zu müssen oder gar zu brauchen. Im weiteren Verlauf ihrer Teilnahme wird es der Patientin vor allem über die Bewusstmachung dieses Prozesses zunehmend möglich, an für sie bedeutsame Konflikte zu gelangen. Mittlerweile ist sie im neunten Jahr in der Gruppe. Sie ist kaum wiederzuerkennen, sehr lebendig und aktiv und ein tragendes Mitglied der Gruppe.

In einer anderen Gruppe ist Herr H. Teilnehmer. Als Fotograf ist er schon von Berufs wegen lieber im Hintergrund als im Fokus der Betrachtung. Auch Schweigen spielt in seinem Leben eine entscheidende Rolle. Regelmäßig versucht er „abzutauschen“, als wolle er verschwinden. Äußerlich macht er den Eindruck, als ver falle er in eine Starre. Ganz und gar unbeweglich und regungslos sitzt er dann da. Und wenn er spricht, dann redet er leise und vorsichtig, als balanciere er auf den Worten. Er scheint sich der Gefahr bewusst zu sein, jeden Moment auf den Abgrund der Gefühle darunter zu stürzen. Im Verlauf seiner Teilnahme verändert sich diese Starre. Er fühlt sich zunehmend hin- und her gerissen, als halten ihn agonistische und antagonistische Kräfte, die keine wirkliche Bewegung zulassen, in einem Bann. Mit sehr viel Zeit und Interesse der Gruppe an seiner Person kann Herr H. sein Leben in ständiger Ambivalenz fühlend erleben. Er sagt schließlich: „Das fühlt sich für mich an, als wenn ich in einer leeren Höhle zwischen zwei Möglichkeiten feststecke.“ Seine Angst, bemerkt zu werden kämpft gegen die Angst, völlig unsichtbar zu sein.

3.4 Theoretische Anmerkungen

Britton beschreibt diese Personen als eine Gruppe Mensch, die wenig fordern und scheinbar viel aushalten können. „Sie funktionieren, indem sie ihre Erwartungen an andere zurücknehmen und ihre eigene Fähigkeit zur Toleranz übertreiben. Sie neigen zum Märtyrerdasein und sind ängstlich darauf bedacht, jede Situation zu vermeiden, die in ihnen Feindseligkeit, Eifersucht und vor allem Neid hervorrufen könnte. Sie streben nach Tugendhaftigkeit und haben keine Toleranz für eigenes Versagen, was dazu führt, dass sie Schwächen und alles Negative durch projektive Identifizierung im anderen unterbringen. Sie nehmen es oft hin, sich von ihren Partnern unangemessen oder gar un-

verschämt behandeln zu lassen. Oder anders gesagt, sie verlangen sich selbst viel Nachsicht ab, aber nicht ihren Partnern. Sich unbewusst moralisch überlegen zu fühlen ist ihnen wichtiger, als was sie vom anderen bekommen könnten“ (Britton, 2006, S. 231).

In Behandlungen mit dergleichen Patienten macht man regelmäßig die Erfahrung, dass sie sich verbal und emotional kontrollierend zurückhalten und wenig riskieren. In den Einzel- und Gruppentherapien kommt es sehr darauf an, diesen Patienten zu zeigen, wie sehr sie die Fähigkeit des Analytikers und der Gruppengeschwister unterschätzen, mit ihren abgewehrten Gefühlen von Feindseligkeit, Wut, Eifersucht und Neid umgehen zu können. Britton sagt dazu, dass es hilfreich ist, wenn ihnen bewusst wird, wie sehr sie mit zweierlei Maß messen, was sie glauben aushalten zu können, aber nicht ihr oder ihre Gegenüber. Unbewusst halten sie sich vielleicht für emotional überlegen, sodass sie es als ihre Aufgabe betrachten, den Narzissmus des Analytikers und der Gruppengeschwister zu stützen, während sie selbst unter ihrer Vernachlässigung leiden.

Yalom (2007) berichtet von einem unter Gruppentherapeuten bekannten Beispiel, in dem ein Patient trotz seines andauernden Schweigens von der Gruppe profitiert hat. „Am Ende der 50. Sitzung verkündet er der Gruppe, er werde nicht wiederkommen; seine Probleme seien gelöst; am nächsten Tag werde er heiraten und er wünsche der Gruppe seinen Dank für die Hilfe auszusprechen, die sie ihm gewährt habe“ (Yalom, 2007, S. 440-441). Yalom führt im Verlauf seiner Überlegungen weitere Gründe des andauernden Schweigens von Patienten auf: „Manche empfinden vielleicht eine alles durchdringende Angst vor Selbstoffenbarung; sie haben das Gefühl, jede Äußerung könne sie zu immer mehr Selbstoffenbarung verpflichten. Andere haben möglicherweise so große Konflikte im Bereich der Aggression, dass sie es nicht wagen, sich im Sprechen selbst durchzusetzen. Andere warten darauf, durch einen idealisierten Betreuer aktiviert und zum Leben erweckt zu werden, weil sie die kindliche Hoffnung auf eine magische Rettung noch nicht aufgegeben haben. Andere, die von sich nichts geringeres als Perfektion fordern, sprechen niemals, weil sie Angst haben, dass sie jedes Mal, wenn sie den Mund aufmachen, ihrem eigenen Anspruch nicht genügen. Andere halten Abstand von der Gruppe oder beherrschen sie, indem sie ein distanziertes, überlegendes Schweigen bewahren. Manche Patienten fühlen sich besonders durch ein bestimmtes Mitglied der Gruppe bedroht und sprechen gewohnheitsmäßig nur, wenn dieses Mitglied nicht anwesend ist. Wieder andere beteiligen sich nur in kleineren Sitzungen oder in alternierenden (leiterlosen) Sitzungen. Einige schweigen aus Furcht davor, sie könnten als schwach, geistlos oder rührselig erscheinen. Und andere schmollen still, um andere Gruppenmitglieder zu bestrafen oder um die Gruppe zu zwingen, ihnen Aufmerksamkeit zu schenken“ (Yalom, 2007, S. 440-441).

3.5 Fallvignetten aus meiner Kombinationsgruppe

In einer von mir geleiteten Gruppe sind alle Teilnehmer in Kombinationsbehandlung bei mir; ein- bis zweistündig in die Einzeltherapie und zu einer Sitzung in die Gruppe. Nachdem sich nach Gründung der Gruppe die redselige (honeymoon)

Phase des ersten Kennenlernens beruhigt hat, beginnt die Gruppe die Sitzungen häufiger schweigend. Frau I. verunsichert dieses anfängliche Schweigen. Sie fragt mich in einer Einzelsitzung: „Gehört das Schweigen am Anfang der Gruppensitzung zum Beginn dazu? Steht das in dem Vertrag und habe ich das nur nicht mitbekommen? Hab ich nicht richtig verstanden, wie Gruppe geht? Ich habe Angst davor, dass ich die Gruppe verlassen muss, wenn ich sie nicht richtig mitmache.“ Während Frau I. in dieser Einzelsitzung einen Zugang zu ihrer Verlust- und Verlassenheitsangst bekommt, erörtere ich mit ihr auch die Wichtigkeit, ihre Gefühle in der nächsten Sitzung den Gruppengeschwistern gegenüber mitzuteilen. (Ich erachte es für die Arbeit als besonders wichtig, dass die individuellen Themen, die sich in den Einzelsitzungen in Bezug auf die Gruppe ergeben bzw. umgekehrt, ihren Ursprung in der Arbeit der Gruppe gefunden haben, auch dorthin zurückkehren. Die Arbeit der einzelnen Gruppenteilnehmer wird so regelmäßig eingebunden in das Verständnis für den Gruppenprozess, der alle betrifft.)

3.5.1 Die Reaktionen in der Gruppe, nachdem sich Frau I. ihr anvertraut

Frau T: „Deine Angst aus der Gruppe rausgeschmissen zu werden, kann ich nachvollziehen und erinnert mich an mein Perfektionsstreben und deshalb vor euch gut performen zu müssen. Schweigen ist für mich auch kaum aushaltbar, vor allem nicht in Anwesenheit von anderen. Ich denke dann schnell, jetzt muss ich etwas Kluges sagen, damit niemand denkt, dass ich dumm bin. Ich will den anderen auch nicht so viel Zeit nehmen, deswegen kann ich Schweigen auch schwer ertragen.“

Im anschließenden Einzelgespräch entwickelt Frau T. das Gefühl, dass Schweigen für sie selbst vertane Zeit ist. In der Gruppe kann sie diesen Gedanken zu diesem Zeitpunkt nur in projizierter Form formulieren: Sie raubt Anderen die Zeit.

Herr J. äußert sich in der Gruppe nun folgendermaßen: „Da bin ich sehr überrascht. Ich selbst würde nie auf den Gedanken kommen. Wer soll dich denn rauschmeißen?“ Die anderen vier Teilnehmer schauen ihn verwundert an und sagen einstimmig: „Frau Voss natürlich.“ Ab dieser Zeit ist Herr J. für einige Wochen, sowohl in der Gruppe aber verstärkt noch in den Einzelsitzungen damit beschäftigt, warum ich so neutral für ihn sein muss.

Herr H. sagt: „Mir geht es da ganz anders. Für mich eröffnet unser Schweigen einen Raum und erinnert mich auch an Intimität. Es ist eine warme Stille, eine Stille der Nähe und das Schweigen fühlt sich für mich stimmig und natürlich an.“

Frau L.: „Schweigen in der Gruppe kann ich auch schwer aushalten. Wir kommen doch auch zusammen, um uns auszutauschen und nicht, um uns anzuschweigen. Besagt eine Gruppenregel nicht auch, dass man reden soll?“

Im Einzelgespräch spürt Frau L. ihrer Fantasie nach, losschreien zu können, wenn die Gruppe länger schweigt. Es scheint genau die Nähe im Schweigen zu sein, die ihr unter die Haut kriecht; obwohl sie sich deswegen für die Teilnahme an der Gruppe entschieden hat, da sie mindestens ebenso darunter leidet, diese Nähe in ihrem Leben

nicht zulassen zu können. Schweigen ist ihr zu diesem Zeitpunkt der Behandlung auch unerträglich, da sie nicht im Reden „abtauchen“ kann, wie sie es mit ihrer rationalisierenden Abwehr sonst gern tut. Mein Eindruck ist, dass im Schweigen ein Gefühl der Nähe überschritten wird, deren Grenze die Patientin im Reden einhalten kann.

Ein paar Monate später sagt Frau I. in einer Einzelsitzung: „Oft fühle ich mich zusammengesetzt aus Vielem, was die Anderen in der Gruppe sagen. Aber das Schweigen am Anfang der Sitzung fällt mir immer noch schwer. Mittlerweile fühle ich manchmal einen Ärger, auch Ihnen gegenüber. Warum leiten Sie die Gruppe denn nicht mehr an, geben auch mal Themen vor? Ist das nicht auch kostbare Zeit, die uns im Schweigen verloren geht? Kurze Zeit, nachdem ich das denke, schlägt der Ärger um gegen mich. Innerlich mache ich mir dann selbst den Vorwurf und sage zu mir: Dann fang du doch einfach an! Aber das mache ich ja auch nicht. Erwarten die Gruppe und auch Sie sogar von mir, dass ich jetzt mal den Anfang mache? Ich fühle mich dann in meine Schulzeit zurückversetzt. Da habe ich mich auch viel auf meinem Schweigen ausgeruht.“

Ich erwidere: „Das Schweigen der Gruppe stört Sie in Ihrer vertrauten Rolle der Zuhörerin, in der Sie sich eingerichtet haben und in der Sie meist den Anderen den Vortritt geben.“

Frau J: (nach längerem Schweigen beginnt sie zu weinen) „Ich finde mich so uninteressant. Deswegen erzähle ich auch so wenig. Was ich in meinem Leben erreicht habe, wie ich mein Leben gestalte, sowohl beruflich als auch im Privaten. Wenn ich mich dann auf meine Gruppengeschwister beziehe, dann sehe ich eine junge Frau, die beruflich erfolgreich ist; die Karriereleiter immer höher kommt und zudem toll aussieht, schlank und sportlich ist und die Brüder sind beruflich erfolgreich und so musikalisch. Ich wollte auch immer ein Instrument erlernen, hab es aber nie realisieren können.“

4 Abschließende Gedanken

Ogden sagt: „Für Debussys Empfindungen war Musik der Traum zwischen den Noten. Etwas Ähnliches kann man über die Psychoanalyse sagen. Zwischen den Pausen der gesprochenen Wörter, die den analytischen Dialog darstellen, liegen die Träumereien des Analytikers und des Analysanden. Gerade in diesem, vom wechselseitigen Spiel der Träumereien besetzten Raum findet man die Musik der Psychoanalyse (Ogden, 2001, S. 75).“

In Anwesenheit des Analytikers bzw. der Gruppe zu schweigen ist alles andere als allein zu sein, denn das Schweigen hat einen Ort und ein Gegenüber; jemand, der zuhört und mit schweigt. Das gemeinsame Schweigen kann sich stillend und löschend auf die Rede legen, so dass der Patient in träumerischer Rast ruhen kann. Dann ist die Stille wie ein Geländer, auf das man sich stützen kann, um in Erinnerungen und Gefühle hinabzusteigen. So ist das Schweigen ein dialektisches Zusam-

menspiel, vom Unbewussten des Analytikers zum Unbewussten des Patienten bzw. der Gruppe mit offenem Ausgang für das Abenteuer dessen, was es zu entdecken gibt.

Literatur

- Bion, W. R. (1971). *Erfahrungen in Gruppen und anderen Schriften* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Britton, R. (2006). *Sexualität, Tod, Über-Ich*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heenen-Wolff, S. (2016). Über die Gründe zu deuten, und jene, es nicht zu tun. In D. Kutteneuler, G. Schäfer (Hrsg.), *Deutungsprozesse im Wandel* (S. 45-62). Gießen: Psychosozial.
- Mercier, P. (2000). *Der Klavierstimmer* (19. Aufl.). München: btb.
- Ogden, T. H. (2001). *Ungestörte Zurückgezogenheit, Träumerei und analytische Deutung* (S. 73-93). Wien: Springer.
- Reik, T. (2007). *Hören mit dem dritten Ohr* (3. Aufl.). Frankfurt a. M.: Klotz.
- Segal, H. (1981). *The work of Hanna Segal. A Kleinian Approach to Clinical Practice*. Dt.: *Wahnvorstellung und künstlerische Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta 1992.
- Yalom, I. D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie* (9. Aufl.). München: Klett-Cotta.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Anke Voss, im ELBE Einkaufszentrum, Os-dorfer Landstr. 137, 22609 Hamburg; E-Mail: info@voss-psychotherapie.de