

Erste Überlegungen zu einer erweiterten Selbst-Psychologie: Intersubjektives Feld, Vitalitätskonturen, präsentisches Verstehen und „Now-moments“

P. Geißler

Arbeitspapier Febr. 2002

1.

Für den selbstpsychologischen Ansatz ist das „intersubjektive Feld“ charakteristisch. Nach selbstpsychologischer Auffassung konstituieren Klient und Therapeut gemeinsam ein „intersubjektives Feld“, an dem sie gleichberechtigt teilhaben. „Was gesagt wird oder nicht gesagt wird, was geschieht oder nicht geschieht, alles ist eingebunden in ein intersubjektives System“ (Stolorow et al. 1996, S. 5). Nicht nur die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung, sondern auch deren Reichweite soll auf diese Weise wesentlich erweitert werden.

Aber nicht nur ein wachsendes Interesse für das intersubjektive Feld ist unter dem Einfluss vor allem der Säuglings- und Kleinkindforschung der letzten zwanzig Jahre zu verzeichnen. Auch die Dimensionen „Körper“ und „Handlung“ werden für eine moderne Psychoanalyse zunehmend interessant. Nicht umsonst bürgert sich seit einigen Jahren der Begriff „Enactment“ mehr und mehr in den psychoanalytischen Sprachgebrauch ein und löst das früher vielfach verwendete und negativ getönte „Agieren“ sukzessive ab.

War Agieren einstmals automatisch mit Abwehr und Widerstand verbunden, so rückt zunehmend mehr der kommunikative Aspekt des Handelns in den Mittelpunkt der Betrachtung. In diesem überwiegend unbewussten und nonverbalen Handeln „werden vielfach Erlebnisse wiederholt, die nun, in der Beziehung zum Therapeuten, eine *szenische* Form finden und sich in einer relativ umgrenzten Handlungs- und Erlebniseinheit inszenieren“ (Müller-Braunschweig 2001, S. 11).

Allerdings geht es in der Psychoanalyse in der Regel noch immer um ein Handeln, „*das nicht bewusst und aktiv durch den Therapeuten angeregt wird...* sondern im Verlauf des analytischen Prozesses „entsteht“ und *dann* beachtet und evtl. verbalisiert wird“ (ebend. S. 10). Nimmt man jedoch die beiden Dimensionen „intersubjektives Feld“ und „Integration kommunikativer Aspekte auf körperlich-nichtsprachlicher Ebene“ im Rahmen eines psychoanalytischen Prozesses ernst, entstehen neue Formen eines viel selbstverständlicheren

Umgangs mit dem Körper, die das Körpererleben, den Körperausdruck aber auch die Dimension des Handlungsdialoges betreffen. Davon soll in diesem Beitrag die Rede sein.

2.

Zentral für die selbstpsychologischen Theorie sind die Begriffe „Selbst“ und „Selbsterleben“. Um den selbstpsychologischen Ansatz um die Dimension des Körpers und der Handlung zu erweitern, bedarf es einer dafür geeigneten Definition des Selbst. In einer solchen Definition des Selbst sollte der Aspekt der **Aktivitäten** des Selbst explizit enthalten sein, um auf diese Weise eine künstliche Trennung zwischen Handlung und Nicht-Handlung, die im allgemeinen charakteristisch für die psychoanalytische Auffassung ist, zu vermeiden. Denken, Reflektieren und Verbalisieren werden der üblichen psychoanalytischen Auffassung zufolge nicht als Handlungen im engeren Sinn verstanden. Bei aller heute vielfach selbstverständlichen Beachtung der nonverbalen Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Therapeut sind diese Faktoren doch noch ausschlaggebend dafür, warum Psychoanalytiker vielfach ein Unbehagen spüren, wenn es um konkretes, vom Patienten *und / oder* Therapeuten angeregtes Handeln im psychoanalytischen Setting gehen könnte.

Stolorow et al. (1996) definieren das Selbst in folgender Weise: „Das Selbst... ist eine innere seelische Struktur, durch die das Selbsterleben Kohärenz und Kontinuität erfährt und kraft derer das Selbsterleben seine charakteristische Form und dauerhafte Organisation annimmt. Wir fanden es wichtig, **zwischen dem Konzept des Selbst als seelischer Struktur und dem Konzept der Person als ein sich erlebendes Subjekt und Verursacher seiner Handlungen scharf zu unterscheiden**. Während das Selbst-als-Struktur tatsächlich in den Bereich psychoanalytischer Forschung fällt, liegt der ontologische Begriff der Person-als-Handelnde unserer Ansicht nach jenseits dieses Bereichs“ (Stolorow 1996, S. 34).

Eine solche Definition des Selbst erscheint wenig geeignet, die Handlungsdimension in ein um diese erweitertes Vorgehen mit einzubeziehen, weil in diesem Verständnis des Selbst die Dichotomisierung eines erlebenden und eines handelnden Selbst qua definitionem eher noch zementiert wird. Das Selbst als Initiator von Handlungen ist nach der Auffassung Stolorows durch unscharfe Begriffe wie Persönlichkeit und Charakter erfasst, hingegen meine das Selbst in einem engeren Sinn nur ein solches, „das sich auf die Struktur des Selbsterlebens bezieht“ (ebend. S. 34). Körperliche und körpernahe Prozesse wie körperliches Ausdrucksverhalten, körperliche Bewegungen und körperliche

Haltungen oder Lautäußerungen würden in diese Definition nur so weit hineinfallen, als sie den Aspekt des Erlebens betreffen, nicht aber deren aktiv-initiierten Anteil. Wir brauchen daher eine andere Selbst-Definition, die Aktivitäten des Selbst theoretisch und praxeologisch besser erfassen kann, anstatt scharf zwischen einem „Selbst als Struktur“ und einem „Selbst als sich erlebendes Subjekt und Verursacher von Handlungen“ zu trennen.

Nützlich für unsere Zwecke scheint uns eine Definition Daniel Sterns zu sein. Für ihn ist das Selbst „ein invariantes Gewahrseinsmuster, das nur anlässlich der Aktivitäten oder psychischen Vorgänge des Säuglings zum Vorschein kommt... Es ist das organisierende, subjektive Erleben dessen, was wir später verbal als das „Selbst“ bezeichnen... Dieses organisierende subjektive Erleben ist das präverbale, existentielle Pendant zu einem objektivierenden, selbstreflexiven, verbalisierenden Selbst“ (Stern 1992, S. 20).

In dieser Definition ist der Aspekt der **Aktivitäten** (in diesem Falle des Säuglings) und damit körperlicher Prozesse, Verhaltensweisen und Handlungen – Heisterkamp (1993) nennt sie alle zusammen **Selbstbewegungen und leibliche Selbstartikulationen** - integraler Bestandteil einer Selbstdefinition, womit sich diese allgemeine Konzeptualisierung des Selbst als Arbeitsdefinition für unsere Zwecke gut zu eignen scheint.

3.

Ein rudimentäres Selbsterleben existiert wahrscheinlich schon in der vorgeburtlichen Lebensperiode. Sicher ist, dass Selbsterleben in einer präreflexiven Form bedeutend früher existiert als Selbstbewusstheit und Sprache. Letztere wirken zu einem späteren Zeitpunkt auf präverbales, existentielles Selbsterleben und Selbstempfindungen ein und „lassen so nicht nur erkennen, dass sie nach wie vor Bestand haben, sondern wandelt sie auch in neue Erfahrungen um“ (Stern 1992, S. 19). Zu frühen Vorformen des Selbsterlebens, deren wichtiger Bestandteil sowohl körperliches als auch affektives Erleben darstellt, gesellen sich im Laufe der kindlichen Entwicklung zusätzlich körper- und affektfernere Erlebensweisen. Trotzdem bilden die ursprünglichen Vorformen des Selbsterlebens den Grundstock unserer Erfahrung von uns selbst, sie sind das „basale Urgestein der Erfahrung“ (Stern 1992).

Frühe Vorformen des Selbsterlebens gründen sich sowohl auf das Resultat von Lernvorgängen, Integrationsleistungen und Entwicklungssprüngen als auch auf deren Prozess selbst. „Das Auftauchen von Organisation ist nichts anderes als eine Form des Lernens... Der Säugling macht viele einzelne Erfahrungen, die für

ihn vielleicht von herrlicher Klarheit und Lebendigkeit sind... Werden die mannigfaltigen Erlebnisse nun auf irgendeine Weise gekoppelt... so erlebt der Säugling das Auftauchen von Organisation“ (Stern 1992, S. 72 f). Und „die erste Organisation... betrifft den Körper: seine Kohärenz, seine Handlungen, Gefühlszustände und die Erinnerung an all dies... Unmittelbar zuvor jedoch ist die Bezugsorganisation für ein Selbstempfinden noch im Entstehen begriffen... sie taucht auf. Das Empfinden eines auftauchenden Selbst betrifft also den Prozeß und das Resultat einer sich entwickelnden Organisation. Es umfaßt das Kennenlernen der Beziehungen zwischen den sensorischen Erlebnissen des Säuglings. Aber darum geht es im Grunde bei allen Lernprozessen. Das Lernen dient sicherlich nicht allein dem Zweck, ein Selbstempfinden zu entwickeln; aber ein Selbstempfinden wird eines der vielen wichtigen Nebenprodukte der allgemeinen Lernfähigkeit sein“ (Stern 1992, S. 73).

4.

Welche Rolle spielen die Affekte in all diesen Überlegungen? Stolorow et al. (1996, S. 93 ff) machen im Rahmen ihrer Kritik an der Kohut'schen Sichtweise der Selbstobjekt-Funktion deutlich, dass die Integration der Affekte in die Selbststruktur zentral wichtig ist. „Wir nehmen an, dass Selbstobjekt-Funktionen grundsätzlich zur Integration von *Affekten* in die Selbstorganisation beitragen und daß das Bedürfnis nach Selbstobjekt-Bindungen ganz wesentlich zum Bedürfnis nach empathischen, positiven Reaktionen auf affektive Zustände in allen Phasen des Lebenszyklus gehört“ (ebend. S. 93).

Denn das Selbst ist eine Organisationsform von Erleben. „Das Selbst ist von dieser Warte aus betrachtet eine seelische Struktur, durch die das Selbsterleben Kohärenz und Kontinuität bezieht und aufgrund dessen es seine charakteristische Form und dauerhafte Organisation annimmt“ (ebend. S. 93). Die Affektivität spielt dabei eine zentrale Rolle, für Stern (1992) ist sie eine „Selbst-Konstante“, die zur Entwicklung des Gefühls eines Kern-Selbst während der ersten fünf Lebensmonate beiträgt. Außerdem sei „interpersonale Affektivität“ der intensivste Ausdruck intersubjektiver Bezogenheit. Interpersonale Affektivität lege Form und Ausmaß desjenigen Teils der inneren Welt fest, das das Kind zu teilen vermag (Stolorow et al. 1996, S. 94).

Affekte sind Organisatoren des Selbsterlebens während der ganzen Entwicklung (ebend. S. 94), sofern sie positiv konnotiert werden und auf eine haltende Reaktion durch die Sorgepersonen treffen. Ist das nicht gewährleistet, droht Selbstfragmentierung, und es werden Schutzmechanismen gegen Affekte notwendig, um die Integrität einer zerbrechlichen Selbststruktur zu bewahren (ebend. S. 95). Daraus ist zu folgern, „daß sich Selbstobjekt-Funktionen in

grundlegender Weise auf die affektive Dimension des Selbsterlebens beziehen und daß das Bedürfnis nach Selbstobjekt-Bindungen dem Bedürfnis nach spezifischen, notwendigen Reaktionen auf unterschiedliche Affektzustände während der ganzen Entwicklung entspricht (ebend. S. 95).

Der Umgang der Pflegepersonen mit Affekten des Säuglings ist entscheidend dafür, ob eine künftige Verwendung von Affekten als Selbstsignal gelingt oder misslingt. Die Eltern müssen fähig sein affektmodulierend zu wirken, um Spitzenaffekte des Kindes abzupuffern. „Diese Modulierung und Eindämmung der Affekte ermöglicht erst ihre Nutzung als Selbstsignal, statt in traumatischer Weise die Kontinuität des Selbsterlebens zu unterbrechen“ (ebend. S. 100). Und: „Wenn die Sorgeperson in der Lage ist, diese wichtige Selbstobjekt-Funktion durch Nutzung ihrer eigenen affektorganisierenden Fähigkeit vorzuleben, tritt ein Internalisierungsprozeß ein, der in der Fähigkeit des Kindes gipfelt, seine eigenen emotionalen Reaktionen als Selbstsignale zu nutzen“ (ebend. S. 100).

Wichtig scheint uns hier der zusätzliche Hinweis zu sein, dass für den Vorgang der erfolgreichen Modulierung von Affekten, sei es nun in der frühen Säuglings-Eltern-Interaktion oder aber im therapeutischen Geschehen, ein Gewährsein für körpersprachliche Elemente ungemein wichtig ist. Dieses Gewährsein der eigenen Körperlichkeit, diese Aufmerksamkeit für nicht-sprachliche Kommunikations- und Zugangsformen zum Säugling vs. Patienten schließt aus unserer Sicht Aspekte von Handlung, Bewegung und körperlicher Präsenz, z. B. körperlichem Halt, ganz selbstverständlich mit ein, weil erst dann – jedenfalls in bestimmten Situationen – eine wirksame Affektregulierung möglich ist. „So ist eine gewisse rudimentäre Fähigkeit, Affekte als Selbstsignale zu nutzen, ein wichtiger Bestandteil der Fähigkeit, auftauchende, störende Gefühle zu tolerieren. Ohne solche selbstorganisierenden Fähigkeiten tendieren Affekte dazu, traumatische Zustände anzukündigen“ (ebend. S. 100).

Sind Schutzmaßnahmen notwendig, werden Sektoren des kindlichen Erlebens abgeschnitten. „In solchen Fällen bewirkt das Auftauchen von Affekten oft schmerzhaftes Scham und Selbsthaß, die ursprünglich durch das Fehlen positiver, bestätigender Reaktionen auf die Gefühle des Kindes entstanden sind. Emotionalität wird dabei als einsamer und unannehmbarer Zustand erlebt, Zeichen eines verhassten Defekts innerhalb des Selbst, der irgendwo ausgelöscht werden muß“ (ebend. S. 101).

Wir sind nun an einem heiklen Punkt angelangt, nämlich beim Übergang vom nonverbal-kommunikativen zum verbal-sprachlichen Austausch und dessen Bedeutung für die Selbststruktur. Wenn das Kind sprechen lernt, sind, so Stolorow et al., empathisch abgestimmte sprachliche Artikulationen wichtig. Ihre Bedeutung besteht „nicht nur darin, daß sie dem Kind helfen, seine Gefühle

in Worten auszudrücken. Viel grundlegender erleichtert sie die allmähliche Integration von Affektzuständen in *kognitiv-affektive Schemata* – seelische Strukturen, die umgekehrt wieder entscheidend zur Organisation und Konsolidierung des Selbst beitragen. Die sprachlichen Artikulationen der Eltern, welche die anfänglich körperlich erlebten Affekte betreffen, dienen damit also einer vitalen Selbstobjekt-Funktion, indem sie die Strukturierung des Selbsterlebens fördern“ (ebend. S. 101). Noch mehr: „Das Fortbestehen psychosomatischer Zustände und Funktionsstörungen bei Erwachsenen kann man unter diesem Aspekt als Überbleibsel solcher Blockierungen der affektiven und der Selbstentwicklung sehen“ (ebend. S. 102).

Diese Argumentation scheint uns in dieser Form unvollständig und auch einseitig zu sein. Denn obwohl es richtig ist, dass mit dem Gewinn der verbalen Sprache das Selbsterleben auf neue Weise strukturiert und ganz entscheidend bereichert wird, so gilt gleichzeitig auch, dass mit dem Hervortreten der Sprache als neue Domäne im Vordergrund der Bewusstheit der mögliche Preis, der mit dieser neuen Entwicklung einhergeht, nicht bedacht wird. Wir verweisen hier auf die exzellente Argumentation Daniel Sterns (1992, S. 247 ff), der hervorhebt, sie sehr durch die kategorisierende Wirkung der Worte und der Sprache die Ganzheitlichkeit des nonverbalen Erlebens aufgebrochen oder sogar zerstört werden kann. Wir finden es außerdem für nicht zufällig, dass Stolorow et al. in psychoanalytischer Manier nun von *kognitiv-affektiven Schemata* sprechen und dadurch „zwischen den Zeilen“ zum Ausdruck bringen, dass ihnen das motorische Substrat dieser Schemata nicht mehr vorrangig wichtig erscheint. Unserer Auffassung nach ist es aber entscheidend, die grundlegende Verbindung von Kognition, Affekt und Motorik immer im Auge zu behalten und nach Möglichkeit auch begrifflich auszudrücken. So gesehen können im Erwachsenenleben auftretende psychosomatische Symptome auch als lärmender Versuch verstanden werden, die früh misslungene Erhaltung der Ganzheitlichkeit des Erlebens nachhaltig in den Fokus unserer Aufmerksamkeit zu bringen, wenn auch in deformierter Art und Weise. Psychosomatische Symptome sind aus dieser Sicht ein kreativer Versuch, die Ganzheitlichkeit des Erlebens zumindest in bestimmten Aspekten zu erhalten.

5.

Körperliche Prozesse sind früh in einen dialogischen Austausch zwischen dem Säugling und seinen elterlichen Bezugspersonen eingebunden. Stern nennt diese Art des Erlebens, die unmittelbar aus der Begegnung mit Menschen hervorgeht, *Vitalitätsaffekte* (Stern 1992) bzw. in einer späteren Diktion *Vitalitätskonturen* (Stern 1998). Vitalitätsaffekte bzw. -konturen sind „schwerbestimmbare Qualitäten“ (Stern 1992, S. 83), die sich am ehesten mit „dynamischen,

kinetischen Begriffen (wie)... „aufwallend“, „verblässend“, „flüchtig“, „explosionsartig“, „anschwellend“, „abklingend“, „berstend“, „sich hinziehend“ usw.“ (ebend., S. 83) beschreiben lassen. Wir erleben diese Vitalitätsaffekte bei uns selbst und bei anderen Menschen, wenn wir ihnen in Kontakt sind, unentwegt, wenn auch in der Regel nicht auf bewusster Ebene. Doch lösen sie zumindest unbewusst eine bestimmte Art des Fühlens und damit des Selbsterlebens aus. Im Gegensatz zu kategorialen Affekten, die kommen und wieder gehen, sind Vitalitätsaffekte ubiquitäre Begleiter und Verursacher des Selbsterlebens und betreffen alle elementaren Vorgänge des Lebens, wie „Atmen, Hungrigwerden, Ausscheidungsprozesse, Einschlafen und Aufwachen oder Kommen und Gehen von Emotionen und Gedanken“ (Stern 1992, S. 84). „Die unterschiedlichen Arten des Fühlens, die durch diese lebenswichtigen Vorgänge ausgelöst werden, wirken die meiste Zeit auf den Organismus ein. Ihnen können wir uns nicht entziehen, ob sie uns nun bewusst sind oder nicht“ (ebend., S. 84).

Wir wissen mittlerweile, dass schon Säuglinge während der Domäne des auftauchenden Selbsterlebens Vitalitätsaffekte von sich selbst und von anderen Personen wahrnehmen (Stern 1992, S. 71 ff). Vitalitätsaffekte sind besonders im Zuge elterlicher Verhaltensweisen, wie pflegerischer Handlungen, für den Säugling spürbar. „Die einzelnen Vitalitätsaffekte können in einer Vielzahl elterlicher Handlungsweisen zum Ausdruck kommen, die keine „regulären“ Affekte darstellen: in der Art, wie die Mutter das Baby aufnimmt, wie sie die Windel auseinanderfaltet, wie sie ihr Haar oder das Haar des Babys glattstreicht, wie sie nach dem Fläschchen greift, wie sie ihre Bluse aufknöpft. Der Säugling taucht in diese „Vitalitätsgefühle“ ganz und gar ein“ (ebend., S. 84).

Zweifellos sind diese Vitalitätsaffekte Bestandteil des affektiven Erlebens. Sie treten in Verbindung mit kategorialen Affekten auf, aber auch ohne diese. Sie sind charakterisierbar durch einen bestimmten hedonischen Tonus und durch eine spezifische Aktivierungskontur im Sinne neuronaler Feuerungsraten in den an der Aktivierung beteiligten Muskeln und Muskelgruppen. Für den Säugling ist das Erleben von Vitalitätsaffekten wahrscheinlich ein wichtiger und sein Selbsterleben entscheidend strukturierender Teil der Selbsterfahrung. Auch wenn Vitalitätsaffekte wahrscheinlich im Laufe der sich später entwickelnden zusätzlichen Erlebensdomänen eher in den Hintergrund treten, so sind sie doch immer, wenn auch im Hintergrund, konstituierend für unsere Selbsterfahrung Zeit unseres gesamten Lebens.

Wegen der großen Bedeutung, die Vitalitätsaffekte für unser Selbsterleben zeitlebens besitzen, sind wir der Ansicht, dass körperliche Aktivierungen und leibfundierte Selbstbewegungen im Sinne von Vitalitätsaffekten integraler Bestandteil des Selbsterlebens sind und somit der Begriff der „Person-als-Handelnde“ (vgl. Stolorow et al. 1996, S. 34) *im* Bereich einer

psychoanalytischen Forschung liegt. Wenn der theoretische Überbau der Selbst-Psychologie auf drei Säulen ruht (Stolorow et al. 1996, S. 30), nämlich auf

1. der Anwendung der empathisch-introspektiven Untersuchungsmethode als definierender und begrenzender Bereich psychoanalytischer Untersuchung;
2. der zentralen Betonung des Primats des Selbsterlebens;
3. dem Begriff der Selbstobjekt-Funktion und der Selbstobjekt-Übertragung,

so scheint uns der die bisher übliche selbst-psychologische Theorie überschreitende Gedanke von großer Bedeutung zu sein, dass das Selbsterleben in seiner fundamentalsten Dimension erst dann empathisch verstehbar ist, wenn es sich in den ihm eigenen „Aggregatzuständen“ (Moser 1989) ausdrücken darf. Da das früheste Selbsterleben im Bereich der Domänen des auftauchenden und der Kern-Selbst im Rahmen körperlicher Austauschvorgänge entstanden ist, diese Domänen des Erlebens jedoch lebenslang das „basale Urgestein“ unserer Gesamterfahrung bilden, wenn auch häufig im Hintergrund unserer Aufmerksamkeit bleibend, halten wir es für konsequent, dieser körperlichen Dimension sowohl theoretisch als auch praxeologisch Rechnung zu tragen.

6.

Zwei weitere Fragen sind in diesem Zusammenhang von Interesse. 1. Wie kann man sich die Entwicklung des Selbsterlebens des Menschen entwicklungsgeschichtlich vorstellen? Gibt es hier, wie in der Freud'schen Vorstellung der psychosexuellen Entwicklung, nacheinander folgende Entwicklungsphasen, die einander ablösen? 2. Muss man in der therapeutischen Praxis weiterhin davon ausgehen, dass konflikthafte oder defizitäre Entwicklungen in früheren Lebensphasen auf dem Wege der Regression innerhalb der therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Analytiker reaktivierbar und behandelbar sind?

Unsere Position lehnt sich diesbezüglich an die bahnbrechenden Arbeit von Daniel Stern an. Stern (1991, 1992) beschreibt fünf „Domänen“ des Selbsterlebens (Kurzfassung bzw. überblickshafte Darstellung in Geißler, 2001a, S. 145 ff):

- die Domäne des auftauchenden Selbsterlebens
- die Domäne des Kern-Selbsterlebens
- die Domäne des intersubjektiven Selbsterlebens
- die Domäne des verbalen Selbsterlebens

➤ die Domäne des narrativen Selbsterlebens

Diese Domänen des Selbsterlebens tauchen entwicklungsgeschichtlich zwar in einer vorgegebenen, angeborenen Reihenfolge auf – die Domäne des auftauchende Selbsterlebens ab der Geburt, die Domäne des Kern-Selbsterlebens ab dem 3. Lebensmonat, die Domäne des intersubjektiven Selbsterlebens ab dem 7. Lebensmonat, die Domäne des verbalen Selbsterlebens ab dem 15. Lebensmonat und die Domäne des narrativen Selbsterlebens ab dem 3. Lebensjahr. Es handelt sich bei diesem Modell von Domänen des Selbsterlebens jedoch **nicht** um ein Phasenmodell, auch wenn sich die einzelnen Domänen in zeitlicher Reihenfolge hintereinander entwickeln. Sie bleiben jedoch als Domänen des Selbsterlebens lebenslang bestehen, sind grundsätzlich lebenslang differenzierungsfähig, und jede Domäne baut auf den vorhergehenden auf. Die Domäne des auftauchendes Selbsterlebens baut wahrscheinlich bereits auf vorgeburtlichen Erfahrungen auf, von denen wir annehmen, dass es sich dabei um früheste Vorstufen selbstorganisierender Prozesse handelt.

So sind die einzelnen Domänen des Selbsterlebens zwar ursprünglich hintereinander als organisierende Prinzipien wirksam geworden; doch keine dieser Domänen bildet sich zurück oder verschwindet, sie tritt nur in den Hintergrund der Aufmerksamkeit des Subjekts. Die konsequente Fortführung dieses Gedankens läuft darauf hinaus, dass der zeitliche Begriff der Regression als einem Zurückgehen auf der Zeitachse, für Freud der in seinem Regressionsverständnis wichtigste Gesichtspunkt, an Bedeutung verliert. Wollen wir weiterhin bestimmte, innerhalb der therapeutischen Situation zu beobachtende Prozesse als regressive Prozesse verstehen, dann wäre diese Regression mehr eine Veränderung der seelischen Organisation im Sinne eines Dominierens vom Standpunkt der Komplexität aus einfacheren Mechanismen als eine Regression als Zurückgehen auf einer Zeitachse. Und außerdem gilt: „Es gibt keinen Zweifel daran, daß archaische Modalitäten der seelischen Organisationen Erwachsener mit denjenigen korrelieren, die in den seelischen Organisationen der Kindheit gefunden werden. Gleichwohl sind diese archaischen Modalitäten nicht identisch mit den Manifestationen und Geschehnissen beim jungen Kind“ (Stolorow et al. 1996, S. 49).

So hat beispielsweise auch der Autismus erwachsener schizophrener Patienten kein Gegenstück in der Kindheit. „Die Psychopathologie Erwachsener ist daher nicht genau als zeitliche Regression zu früheren normalen Phasen beschreibbar“ (ebend. S. 50). Außerdem: Wenn sich herausstellt, dass der autistische Erwachsene unter einem ähnlichen Zustand leidet wie das Kind, ist der Begriff Regression nicht zutreffend, da der Zustand augenscheinlich die ganze Zeit über wirksam war.

Darüber hinaus ist der Begriff der Regression aus vielerlei anderen Gründen problematisch (vgl. dazu Geißler 2001a). Stolorow et al. (1996, S. 51) heben zwei Gesichtspunkte hervor, die die Fragwürdigkeit von Regression belegen: „Die Vorstellung zeitlicher Regression wird meistens im Hinblick auf die psychosexuelle Entwicklung angewandt. Diskussionen, in denen Psychopathologie als Regression auf die orale, anale, phallische oder ödipale Phase verstanden werden, setzen voraus, daß die vorherrschenden motivationalen Prioritäten des Patienten mit denen des Kindes in früheren Entwicklungsphasen identisch sind. An dieser Stelle gibt es zwei fragwürdige Annahmen. Die erste bezieht sich auf die Linearität der psychosexuellen Entwicklung, auf die Vorstellung, daß im Erwachsenen frühere Motive normalerweise zugunsten der späteren aufgegeben werden oder verschwinden. Es wird die Annahme vertreten, Reife erfordere Verzicht und solch ein Verzicht sei tatsächlich möglich. Das Konzept der zeitlichen Regression impliziert daher das Versagen dieser Verzichtleistung. Die zweite fragwürdige Annahme ist, daß der Erwachsene, dessen Motive von psychosexuellen Wünschen und Konflikten beherrscht werden, sich wie ein Kind verhalte, das die entsprechenden psychosexuellen Phantasien durchläuft.“

Wir wenden uns daher sowohl gegen ein undifferenziertes Regressionsparadigma als auch gegen den Mythos des „Kindes im Patienten“ ganz allgemein. Der Mythos des Kindes im Patienten geht von der simplifizierenden Annahme aus, dass ein erwachsener Zustand durch einen kindlichen ersetzt wird (ein Mythos, mit dem im übrigen so manche körperorientierte Therapien arbeiten), was man in dieser Form sicher nicht sagen kann (vgl. dazu Geißler, 2001). „Regression“ und das „Kind im Patienten“ werden aus unserer Sicht künftig den Stellenwert gelegentlich nützlicher Metaphern weiterhin einnehmen. Die ihnen zugrunde liegenden metapsychologischen Annahmen werden sich jedoch durch immer differenzierter werdende Beobachtungen und Beschreibungen therapeutischer Interaktionsprozesse auf der Mikroebene des Verhaltens weiterhin verändern und zu neuen und differenzierteren Konzeptbildungen führen. Erste Ansätze für solche, dem neuen Wissensstand eher angemessene Konzeptbildungen sind durch Anwendung der Säuglingsbeobachtung auf die klinische Situation bereits im Entstehen begriffen, wie z. B. die Konzeptualisierung affektmotorischer Bindungs- und Differenzierungsschemata sowie Körperstrategien (Downing 1996, Geißler 2001b).

Für die therapeutische Praxis ergibt sich jedoch eine weitere Schwerpunktverschiebung. Gehen wir nun von fünf Domänen des Selbsterlebens aus, von denen jede jederzeit grundsätzlich aktiv ist, wenn auch nicht im Fokus der bewussten Wahrnehmung, so ist es letztlich eine Frage der Ausrichtung unserer Aufmerksamkeit, welcher der fünf Domänen wir gerade unsere Aufmerksamkeit schenken. Wir sogar vielleicht mehr davon ausgehen,

dass manche psychopathologische Vorgänge besser dadurch charakterisierbar sind, die Aufmerksamkeit bewusst auf einzelne Domänen des Erlebens zu richten und dort eine Weile zu halten, als durch psychodynamische Annahmen. Zusätzlich sei angedeutet, dass die Hervorhebung des Aspekts der Aufmerksamkeit im Sinne einer optimalen Fähigkeit des Oszillieren-Könnens zwischen den einzelnen Domänen des Selbsterlebens die Grundlagen für einen neuen Gesundheitsbegriff bereitstellt. Darüber hinaus hat eine solche Sichtweise, die sich bestimmte gestalttheoretische Überlegungen zunutze macht, den Vorteil, dass durch die grundsätzliche Gleichzeitigkeit aller fünf Domänen des Selbsterlebens keine Hierarchie zwischen diesen besteht und einer Gefahr von impliziten Wertungen auf theoretischer Ebene wirksam begegnet wird – Wertungen, die im traditionellen Regressionsverständnis sehr wohl noch immer eine Rolle spielen dürften.

7.

Solche Wertungen spielen, so unsere Annahme, neben anderen bereits angedeuteten Gesichtspunkten noch immer eine Rolle, warum die konsequente Einführung des Körpers und der konkreten Handlung in die Interaktion zwischen Patient und Therapeut noch immer problematisch erscheint. Sichtbar wird diese Schwierigkeit bei modernen Theoretikern, wie Streeck (2002), die trotz einer differenzierten Beachtung nonverbaler Prozesse im therapeutischen Geschehen den körperlichen Austauschvorgängen die Dimension der **Bedeutung** absprechen möchten; es handle sich dabei **nur** um beziehungsregulatorische Prozesse.

Ausgangspunkt für solche Überlegungen sind schwer gestörte Patienten mit strukturellen Störungen, bei denen die Erfahrung in Worten keinen sprachlichen Ausdruck finden kann, sondern sich unmittelbar im Handeln ausdrückt.

„Erfahrungen sind nicht symbolisch repräsentiert, sondern als Interaktionsrepräsentanzen Teil des impliziten Gedächtnisses... Sie geben sich... in der Art und Weise zu erkennen, wie die Patienten sich selbst und wie sie ihre Umwelt *be-handeln* und wie die Umwelt auf sie reagiert“ (Streeck 2002, S. 5).

Die Folge ist: „Manchmal gerät die therapeutische Beziehung zu einem ständigen wechselseitigen *Behandeln*. Die Patienten hören das, was der Therapeut sagt, dann nicht mehr im Hinblick darauf, was die Worte inhaltlich bedeuten, sondern im Hinblick darauf, was er durch die Art, wie er sich äußert, über die Beziehung ausdrückt“ (ebend. S. 5). Auf diese Weise kann der Therapeut die beobachtende Position, die gemäß dieser Vorstellung die eigentlich wichtige ist, nicht wirklich einhalten: „Der Therapeut ist dabei nicht teilnehmender Beobachter, sondern zuerst Teilnehmer und kann erst in einem

zweiten Schritt Beobachter werden... im Rückblick auf ein Geschehen, das er selbst mitgestaltet hat“ (ebend. S. 5). So drängt sich folgender Schluss auf: „Weil Verhalten und Handeln gerade keine Symbole sind, müssen sie zuerst Erfahrung werden...“ (ebend. S. 6).

Verhalten und Handeln haben keinen Symbolwert; es wird ihnen in dieser Sichtweise die Dimension der Bedeutung aberkannt. Der therapeutische Prozess hat aus dieser Sichtweise heraus konsequenterweise darin zu bestehen, von der Erfahrung zur Bedeutung zu gelangen, vom Spüren zum Verstehen, und dies, obwohl Streeck sehr wohl einräumt: „Was für die therapeutische Situation mit Patienten mit schweren strukturellen Störungen zutrifft, dürfte grundsätzlicher gelten und ist nicht spezifisch für die therapeutische Arbeit mit diesen Patienten; es tritt hier nur deutlicher in den Vordergrund“ (ebend. S. 6).

Fazit: Der Austausch nonverbaler Botschaften ist vor allem Face-to-face ununterbrochene Begleitmusik und gehört zu den Mitteln, „mit deren Hilfe die Interaktion *reguliert* wird“ (ebend. S. 9). „Stellt man dies in Rechnung, lässt sich die Auffassung, dass der Psychotherapeut mehr oder weniger objektiver Beobachter der seelischen Welt des Patienten ist, nicht aufrecht erhalten. Er kann nicht neutraler Beobachter im therapeutischen Prozess sein...“ (ebend. S. 9).

Zu betonen ist, dass sich in Streecks Argumentation sehr wohl ein Perspektivenwechsel zugunsten einer Anerkennung nonverbal-interaktiver Prozesse und eines intersubjektiven Verstehens der therapeutischen Situation zeigt. Nicht umsonst bezieht sich Streeck an einer Stelle seiner Arbeit auf Stolorow, wenn er abwägt, ob man bestimmte interaktionelle Prozesse eher als Widerstandsmanifestationen oder als Hinweis auf das ubiquitäre wechselseitige, interpersonelle Geschehen verstehen sollte (ebend. S. 12). Neigt man der zweiten Auffassung zu, dann kann der Psychotherapeut „über den Patienten nichts unabhängig von seiner eigenen Person und von seinem eigenen Einfluss auf sein Gegenüber erfahren. Ereignisse, die auf die Interaktion von Patient und Psychotherapeut zurückzuführen sind, bedeuten dieser Auffassung zufolge nicht, dass der therapeutische Prozess von einem idealen Verlauf abweicht, vielmehr weisen sie auf dessen konstitutiven interaktiven Charakter hin“ (ebend. S. 13).

Fast könnte man meinen, Streeck sei im Begriff den therapeutischen Raum für konkretes Handeln zu öffnen, wenn man lesen kann: Die beiden Domänen sind eng miteinander verschränkt, „sie interpretieren sich wechselseitig“ (ebend. S. 14). „Die nichtsprachliche Interaktion ist gleichsam die Matrix, innerhalb derer Patient und Psychotherapeut sich ausdrücklich miteinander verständigen.... Wenn körperlich-gestisches Verhalten die Regie im therapeutischen Dialog übernimmt, kommt es leicht zu Inszenierungen bzw. Enactments“ (ebend. S.

14).

Sogar die mittlerweile legitime Möglichkeit sich als Therapeut ins Geschehen unmittelbar verstricken zu lassen wird explizit angedacht. Denn nichtsprachliche Erfahrung und sprachliche Erzählung können sehr wohl miteinander verbunden sein oder „zwischen Erfahrung und sprachlich-symbolischer Erzählung kann... eine breite Lücke klaffen. Ob das so ist und welche Funktion die körperlich-gestischen Elemente der kommunikativen Handlungen des Patienten haben, erfährt der Psychotherapeut, wenn er sich ihrer Wirkung aussetzt und sich, ohne blind mitzuagieren oder bloß Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen, in das interaktive Geschehen hineinziehen und sich verstricken lässt. Dann kann sich *Verstehen* entwickeln – *nachdem* Patient und Therapeut sich wechselseitig behandelt haben“ (ebend. S. 15).

Hier ist aber auch die gegenwärtige Grenze des Andenkens markiert. Es ist in Streecks Arbeit kein Gedanke anzutreffen, der erkennen lässt, dass er eine Öffnung des Settings hin zu konkreter, den Körper des Patienten und des Therapeuten unmittelbar miteinbeziehender Interaktion anstrebt. Ebenso wird die Dimension des präsentischen Verstehens im unmittelbaren Handlungsdialog von Streeck nicht thematisiert (Heisterkamp 1998, Geißler 2001a).

Gegenseitiges Sich-Behandeln ist aus Streecks Sicht letztlich eine vorübergehende Möglichkeit des nicht-verbalen Kommunizierens und Tuns im therapeutischen Geschehen, aber kein gleichwertiger therapeutischer Weg. Wir gehen hier einen entscheidenden Schritt weiter, indem wir vier Behauptungen aufstellen:

1. Wenn sich Patient und Therapeut gegenseitig behandeln, dann geschieht zwischen ihnen eine fruchtbare Form der Begegnung.
2. Dass eine solche Form der Begegnung therapeutisch höchst relevant ist, erfordert ein neues Begreifen des Verstehens im psychotherapeutischen Prozess: das präsentische Verstehen.
3. Momente des präsentischen Verstehens sind nicht nur therapeutisch höchst fruchtbar, sie wirken sogar, ohne dass eine nachträgliche Symboliosierung in explizite, verbal ausgedrückte Bedeutungen erfolgt, bzw. sogar noch mehr: der Versuch, Momente präsentischen Verstehens zu verbalisieren, kann eine zersetzende Wirkung auf solche Verstehensprozesse haben und ist *nicht immer* angezeigt.
4. Präsentisches Verstehen in der unmittelbaren Interaktion geschieht spontan, und zwar dann am ehesten, wenn das therapeutische Setting grundsätzlich offen für den Handlungsraum ist.

8.

Es scheinen uns noch einige Überlegungen zum Begriff „Aufmerksamkeit“ von Bedeutung zu sein (vgl. dazu auch Voigt u. Trautmann-Voigt 2001, S. 41 ff). In Bezugnahme auf neurologische Prozesse sprechen Voigt und Trautmann-Voigt von Aufmerksamkeit als dem „prominentesten Teil von erhöhtem Bewusstsein“. Dabei seien Vorgänge der primären und sekundären sensorischen und motorischen Kortexareale ständig wirksam und werden nie bewusst. Bewusst sind immer nur die Vorgänge, die im assoziativen Kortex ablaufen. Der assoziative Kortex sei für symbolisch-analytische Leistungen zuständig und ein bestimmtes Areal darin für die Sprache, genauer gesagt für die „Ebene der ersten Sprachverwendung“, die auf Syntax und Logik zentriert ist und deren Mittel Kognition und Reflexion sind.

Unsere Aufmerksamkeit ist aber – dies wissen wir aus der Säuglingsforschung - grundlegend eine mehrmodale. Unsere bewusste Aufmerksamkeit kann somit auch auf andere Ebenen der Sprachverwendung gerichtet sein, wie auf die zweite Ebene der Sprachverwendung, die Symbolik, oder die dritte Ebene, die Motorik und die prozeduralen Schemata. Normalerweise laufen prozedurale Schemata ohne spezielle Aufmerksamkeit automatisch-stereotyp ab, wie die meisten unserer Bewegungen, Haltungen, Haltungsveränderungen, Atmung, Verhaltensweisen in vielen Kontexten. Es handelt sich im wesentlichen um Bewegungsautomatismen. Diese Automatismen laufen aber nur deswegen automatisch ab (Voigt u. Trautmann-Voigt 2001, S. 42), weil das Gehirn bei jeder neuen Anforderung (Lernaufgabe jeder Art) immer zuerst nach vorgefertigten Lösungen absucht. Findet es eine vorgefertigte Lösung, wird sie aktiviert, und die Aufgabe wird ohne größere Aufmerksamkeit gelöst. Umstrukturierungsleistungen vollbringt das erst Gehirn, wenn man die Aufmerksamkeit aus den gewohnten Bahnen herausbringt, z.B. indem man paradoxe Aufgaben stellt, die die normale und alltägliche Aufmerksamkeit zwangsläufig unterbrechen. Oder indem man zugleich Aufgaben auf mehreren Ebenen der Sprachverwendung stellt, weil das Gehirn dann keine fertigen Lösungen in Form fester Netzwerke besitzt. Es kann eine neue Leistung nur dann vollbringen, wenn sich neuronale Netzwerke synaptisch umknüpfen und dadurch neue neuronale Netzwerke entstehen.

Wie kann man die Aufmerksamkeit in neuer Weise ausrichten? Wir denken hier in zwei Richtungen, die wir an späterer Stelle noch ausführen möchten:

1. die Neuausrichtung der Aufmerksamkeit der körperlichen und der Handlungsebene in einem dafür besonders geeigneten „offenen Setting“
2. die Ermöglichung von unmittelbaren und existentiellen Begegnungen

zwischen Patient und Therapeut im Sinne von „Now-moments“

Zuvor aber noch einige Vorüberlegungen zum impliziten Wissen.

9.

Für unsere Überlegungen ist entscheidend, ob es eine „Körpersprache“ gibt und, wenn ja, inwieweit Körpersprache und Wortsprache integrierbar sind.

Zweifellos kann man mittlerweile davon ausgehen, dass es ein nonverbales Signal- und Kommunikationssystem gibt, auf dessen Weg etwas kommuniziert wird. Jedoch, so Stern in einem Interview mit Trautmann-Voigt (1998), sind verbal-sprachliche Verständigung und "Körpersprache" zwei grundsätzlich verschiedene Kommunikationssysteme, und dieser Unterschied muss erhalten bleiben, will man den Gedanken einer Integration fortführen. Es ist wichtig zwischen „eigentlicher Sprache und eigentlicher Bewegung“ klar zu unterscheiden. Durch Bewegung wird nichts symbolisch zum Ausdruck gebracht – obwohl es sich sehr wohl um Kommunikation handelt. „Es handelt sich zumindest um sehr verschiedene *Sprachformen*“ (ebend. S. 74).

Wichtig ist, so Stern, was man mit einer Bewegungserfahrung **macht**. Viele Bewegungen sind ethologisch eingebaute Bewegungen, wie die meisten unserer Handlungen. Aus sich heraus sind diese Bewegungen noch keinerlei Fortschritt in der Therapie, wichtig ist eben was man mit ihnen macht. „Der Nutzen der Kommunikation in Bewegung ist deshalb sehr groß, weil wir dadurch einen Zugriff auf eine spezielle Erfahrungsschicht erhalten. Danach schalten wir wieder auf einen anderen Modus um. *Dann* geht es darum, was wir mit der Erfahrung selbst – z. B. verbal - machen“ (ebend. S. 75). Wir würden im Sinne des schon weiter oben Gesagten verdeutlichend unterstreichen: Das verbale Bearbeiten der Kommunikation im Handlungsdialog ist *eine* Möglichkeit aus ihr etwas zu machen. Im Sinne präsentischen Verstehens ist die nachfolgende Verbalisierung aber *nicht* erforderlich, das Nicht-Gesprochene kann für sich selbst zu einem Evidenzgewinn führen.

Präsentisches Verstehen tangiert die Erfahrungsdimension impliziten Wissens, einen Bereich des Unbewussten jenseits unbewusster Vorgänge im Sinne eines klassisch-konfliktzentrierten psychoanalytischen Verstehens unbewusster Dynamiken. Implizites Wissen ist nicht dynamisch, sondern deskriptiv unbewusst, es ist eine Frage der Aufmerksamkeit und nicht von Abwehrleistungen, dass wir an implizite Vorgänge in der Regel einfach nicht denken. Darüber hinaus entziehen sie sich auch leicht der sprachlichen

Erfassung. Implizites Wissen ist "weder verbal noch symbolisch. Es ist unbewußt, aber keineswegs irgendwie verdrängt. Man *denkt* einfach nicht daran. Es ist auch gar nicht *erforderlich*, implizites Wissen in Worte zu fassen... Implizites Wissen kommt nicht so ohne weiteres an die Oberfläche, um dann mit Worten benannt zu werden" (S. 83).

Die Bedeutung implizites Wissen ist durch die Befunde der Säuglingsforschung und insbesondere der Videomikroanalyse interaktiver Prozesse erst so richtig deutlich geworden. Auch Bindungsmuster sind implizites Wissen, für das Baby genauso wie für die Eltern. Es ist "hervorzuheben, daß wir den Reichtum dieser Welt erkennen können, wenn wir uns mit Babys befassen" (Stern 1998, S. 83). Ein Beispiel für implizites Wissen: "Wie umarmt man einen anderen Menschen? Dieses Wissen ist implizit, und es ist unmöglich, es zu *erklären*. Solche Situationen können nur evoziert werden und sie sind nicht wirklich in Worte zu fassen" (ebend., S. 83).

Dennoch macht implizites Wissen den Löwenanteil am kommunikativen Austausch zwischen Menschen aus, und damit auch in der therapeutischen Situation. "Meine Behauptung geht dahin, daß das meiste, etwa neunzig Prozent von dem, was wir klinisch beobachten, aus implizitem Wissen besteht" (ebend., S. 84).

Wenn der Anteil impliziten Wissens an therapeutischen Vorgängen tatsächlich so groß ist, so wäre die logische Schlussfolgerung, genau diesen Vorgängen viel mehr Aufmerksamkeit als bislang zu schenken und, falls erforderlich, radikale Schlussfolgerungen zum therapeutischen Vorgehen, z. B. zur Gestaltung des therapeutischen Settings ins Auge zu fassen. Belastet ist das psychotherapeutische, insbesondere das psychoanalytische Verstehen therapeutischer Vorgänge durch die Dominanz des verbalen Reflektierens. Den Analytiker interessiert das Nachträgliche. "Erkenntnistheoretisch gibt es überhaupt keine Möglichkeit für einen Analytiker, sich vorzustellen oder zu verstehen, was *während* der eigentlichen Handlung, des eigentlichen Aktes *wirklich passiert* ist. Man muß das Ereignis also erst einmal symbolisch begreifen. Ein Teil unseres Problems besteht genau darin, daß wir nicht wissen können, was während eines Ereignisses passierte, denn das, was passierte, war implizites Wissen" (ebend., S. 85).

10.

Diesbezüglich können wir aus der Säuglingsforschung eine Menge lernen und zu Schlüssen kommen, die unser therapeutisches Vorgehen in einer neuen Weise ausrichtet, sodass die überragende Bedeutung unbewusst-impliziter Vorgänge

gewürdigt wird. Interessant sind in diesem Zusammenhang wieder die schon weiter oben erwähnten Vitalitätskonturen, deren frühe Wahrnehmung durch den Säugling die Zeugnis davon ablegt, welche Fähigkeiten und Ressourcen in uns allen vorhanden sind. Vitalitätskonturen sind ein Medium des Affektausdrucks, man kann sich ihnen nicht entziehen, und sie prägen das intersubjektive Feld. "Ein besonders interessanter Punkt bei diesen Vitalitätskonturen ist ihre Gerichtetheit. Sobald das Baby wahrnehmen kann, daß Menschen Absichten und Ziele haben können, kann es diese Absichten auch verstehen. Denn es geht nur darum, daß man den *Endpunkt* eines gerichteten Prozesses definieren kann" (Stern 1998, S. 86).

Gerade die Beachtung der Vitalitätskonturen zeigt uns, wie sehr das Erfassen von Bedeutungen bereit früh in uns angelegt ist, wenngleich die Art der Bedeutungen im implizit-prozeduralen Wissensbereich nicht identisch ist mit symbolisch-verbale Bedeutungen. Ein Unterschied bleibt also bestehen, dennoch ist die Leistungen des Babys, bezogen auf das Erfassen-Können von Vitalitätskonturen, gegen Ende des 1. Lebensjahres erstaunlich: "Das Baby hat bereits ein Format... bzw. einen Rahmen, in den es diese Kontur einbauen kann... Warum ist es so einfach für das Baby zu erfassen, daß Menschen Ziele haben?... All das hat damit zu tun, daß von Anfang an *Bewegungen interpretiert* werden. Das Baby *erkennt* diese *zeitlichen Strukturen*, in die sich das Ziel und später das Motiv einpaßt. Die Kontur wird sozusagen "weitergeschoben", oder anders ausgedrückt: das Ziel scheint die Kontur "an sich heranzuziehen", bis der Endpunkt erreicht ist" (ebend. S. 86 f).

Das Erstaunliche daran ist, dass das Baby ein Motiv verstehen kann, ohne die ausgeführte Bewegung je gesehen zu haben! Denn "es hat die Vitalitätskontur verstanden und hat gewußt, worum es dabei geht... Das Baby versteht die Absicht und will sie nachahmen" (ebend., S. 87).

Die Vitalitätskontur stellt eine dramatische Spannungslinie in allen kleinen Lebenshandlungen dar: sie hat einen Anfang, einen Höhepunkt und ein Ende. So ist die Vitalitätskontur von Bewegungen und Handlungen vergleichbar mit nichtverbalen Erzählungen. Das Baby kann auf der Basis frühen Verstehens von Vitalitätskonturen schrittweise besser menschliche Motive in einen Gesamtrahmen einordnen. Dies geschieht immer wieder und so lange, bis sich vollständige Narrative entwickelt haben (eben., S. 87).

Im Wechselspiel der Interaktionen zwischen Baby und Eltern dauern die einzelnen Vitalitätskonturen meist relativ kurz. Lächeln oder die Wendung des Kopfes, Wieder-Hinblicken, all dies sind Vitalitätskonturen. Wie viele das Baby davon zusammensetzen kann und wie lange dieser Prozess dauert wissen wir allerdings nicht (ebend., S. 88).

Entscheidend ist, dass die Vitalitätskontur implizites Wissen *während* eines Ereignisses betrifft; Reflexion und Gedanken beziehen sich hingegen auf die Abwesenheit eines Ereignisses, auf Nachträgliches, also auf etwas anderes (ebend., S. 88). Wenn wir implizites Wissen therapeutisch nutzbar machen wollen, ist es daher erforderlich, das Hauptaugenmerk auf das gegenwärtige Erleben im „Hier und Jetzt“ und ebenso auf die Dimensionen Handlung, Bewegung und alle anderen Formen leiblicher Selbstausdrucksformen zu richten. Um diese neue Gewichtung in angemessener Weise in der therapeutischen Situation realisieren zu können, bedarf es dafür notwendiger Modifikationen des therapeutischen Settings und auch Vorgehens.

11.

Denken wir in diese Richtung konsequent weiter, dann ergibt sich logischerweise eine neue konzeptuelle Fassung von Vorgängen im „Hier und Jetzt“. Wiederum hat Daniel Stern auch hier die Rolle eines Vordenkers eingenommen. Er führt Begriffe wie „moving along“ und „now-moments“ ein und meint damit (Stern 1998, S. 90 f): Ich bin in einem Zustand A, habe implizites Wissen über ihn. Z. B. rede ich mit dem Patienten. Wir, Patient und Therapeut, bewegen uns im Hier und Jetzt, wissen aber nicht wo es lang geht, wir tasten uns gemeinsam vorwärts. Wir wissen den Kurs nicht und plötzlich entsteht ein Punkt, an dem einer von uns beiden überrascht ist oder berührt ist – das ist ein „Now-moment“. Während des „moving along“ wissen beide hingegen die ganze Zeit nicht, wo es als nächstes hingehen wird. Beide Interaktionspartner versuchen sich aber ständig zu finden, und dabei gibt es ständig erforderliche Korrekturbewegungen. So ist es zwischen Säuglingen und Eltern, genauso ist es in der therapeutischen Situation: ein ständiger Wechsel von Suchen – Sich-Verlieren – Suchen – Sich-Finden usw. Mit anderen Worten, Interaktion ist ein nonlineares dynamisches System, verstehbar in Begriffen der Chaostheorie.

Ein solches Verstehen therapeutischer Vorgänge läuft auf eine Zuspitzung intersubjektiven Aufeinander-Bezogeneins hinaus, und zwar jenseits aller Technik. Denn entscheidend für ein solches Vorgehen ist, dass beide Interaktionspartner sich vollständig auf die spontane und improvisierte Interaktion einlassen, anstatt Routinetechnik anzuwenden. Welches Setting als ein grundsätzlich offenes, den spontanen Bewegungsimpulsen größtmöglichen Raum gebendes Setting, könnte besser geeignet sein, diesen improvisierten Interaktionsraum möglichst weit zu öffnen? Allerdings ist zu betonen, dass eine solche Öffnung des Settings ein verlässliches Arbeitsbündnis, eine klare Funktionsverteilung und einer sicheren, haltenden therapeutischen Rahmen voraussetzt.

Wenn die beiden Interaktionspartner die mit dieser Öffnung des Handlungsraumes verbundene Verunsicherung und Angst tolerieren können, ist die Voraussetzung für stimmige Kontakte bzw. „Now-moments“ in optimaler Weise gegeben. Now-Moments sind geladene Situationen, in denen der Angstpegel steigt, vor allem auf Seiten des Therapeuten. Beide, Therapeut und Patient, sind ganz in der Gegenwart. „Dieser Jetzt-Augenblick wird oft als Bedrohung oder als Herausforderung für die übliche Arbeitsweise empfunden. Die Beziehung wird plötzlich auf den Tisch gelegt... Es gibt eine große Chance für eine positive therapeutische Veränderung, und es gibt auch das Risiko, daß die ganze Therapie den Bach runtergeht...“ (Stern 1998, S. 91).

So geht es also entscheidend darum „entweder dieses Moment zuzulassen oder sich hinter der bewährten Technik zu verschanzen... Wenn dieser Moment zugelassen wird und echt und wirklich authentisch gehandelt wird... dann ist dieser Augenblick der Begegnung („moment of meeting“) präsent... In einem solchen Moment der Begegnung ist der intersubjektive Kontext zwischen beiden Beteiligten verändert. Beide befinden sich an einem neuen Ort in ihrer Beziehung, und unmittelbar in diesem Moment werden sie „hochgeworfen“ in einen neuen Zustand impliziten Wissens über ihre Beziehung“ (ebend., S. 92).

Nochmals: Die Möglichkeit des existentiellen Begegnung zwischen Patient und Therapeut im „Hier und Jetzt“ hängt entscheidend davon ab, dass beide Interaktionspartner sich voll auf den sich entfaltenden und vom Effekt her völlig offenen Prozess des gemeinsamen Miteinander-Seins und Miteinander-Handelns einlassen. Alle fixen Setting-Vorgaben, sei es das settingmäßig definierte Liegen des Patienten auf der Couch und das vorgegebene Dahinter oder Daneben-Sitzen des Analytikers, sei es das settingsmäßig fixierte „Vis-a-vis-Sitzen auf Stühlen in einer mehr oder weniger fixen Distanz, engen den beidseitigen Improvisationsraum entscheidend ein. Und jede vorgefertigte und standardmäßig angewandte Technik wirkt ebenso kontraproduktiv in Bezug auf die vielen sich entwickelnden, auftauchenden Möglichkeiten, die sich im „Hier und Jetzt“ ganz spontan entfalten können. Vorausgesetzt der Therapeut ist in der Lage, die durch eine solche Offenheit des Settings entstehende Unsicherheit und Angst zu ertragen, und vorausgesetzt, er fühlt sich genügend „geerdet“ (im metaphorischen Sinn) in seinem Körper und in den vielen Variationen der konkret-handlungsmäßigen Interaktion, wird auf diese Weise das intersubjektive Feld zwischen Patient und Analytiker in all seinen vorstellbaren Dimensionen begehbar, mit dem Resultat maximaler therapeutischer Effizienz. Sicher sind diagnostische Überlegungen seitens des Patienten mit ins Spiel zu bringen, vor allem wenn die die Ich-Grenzen des Patienten (und des Therapeuten!) belastende körper- und handlungsbezogene Arbeit *in* der Übertragung ins Spiel kommt, doch stimmen wir mit Stolorow (1996, S. 171) überein, wenn er davon ausgeht, dass pathogenetische Kategorien wie z. B. „Borderline“ auch eine gewisse Feldabhängigkeit aufweisen, d. h. der Grad der Störung innerhalb eines

gewissen Spektrums von der Fähigkeit des jeweiligen Gegenübers abhängt, sich auf die der jeweiligen Patientenstruktur eigenen Besonderheiten empathisch einzustellen. Störungen bzw. Selbstbehinderungen des Patienten liegen so „in einem Phänomen, das innerhalb eines intersubjektiven Feldes auftaucht und besteht... (und dies auf der Grundlage eines) brüchigen, verletzlichen Selbst in einer mangelhaften, archaischen Selbstobjekt-Bindung“ (ebend., S. 171).

Aus den großteils fehlgeschlagenen und dennoch sehr aufschlussreichen Experimenten Ferenczis können wie wiederum den Schluss ableiten, dass eine ins Extrem gesteigerte „mütterliche“ Haltung verzärtelnder Verwöhnung keinesfalls langfristig für den Patienten förderlich ist. Von therapeutischer Seite ist zu fordern, dass der Therapeut ein klares Wissen um die eigenen Fähigkeiten aber auch Grenzen besitzt und auch die Grenzen im Sinne haltgebender Begrenzungen in die gemeinsam gestaltete Interaktion einbringen kann und sogar soll. Auf der Grundlage eines nonverbal fundierten impliziten Wissens um Rhythmus, Takt und Zeitstruktur ist der Therapeut in der Lage, diese so notwendigen Begrenzungen zum richtigen Zeitpunkt und in der angemessenen Dosis in die Interaktion einfließen zu lassen. Erfreulicherweise verfügen wir heute über einen neuen „interaktionellen“ Übertragungsbegriff, der einen guten theoretischen Rahmen für all diese Überlegungen abgibt und *realen Interaktionen* im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation, einschließlich von vorübergehenden Verwickelungen zwischen Patient und Therapeut, Raum gibt (vgl. Bettighofer, 1998).

Abschließend scheint uns noch der Punkt von Bedeutung zu sein, dass Versprachlichung ein wichtiger, aber nicht ein unbedingt immer notwendiger therapeutischer Vorgang ist. Manches Mal sprechen Handlungen selbstredend für sich, ohne sie in Worte fassen zu müssen, ohne sie in Worte fassen zu sollen. Stern: „... die meisten Veränderungen im impliziten Wissen über eine Beziehung sind möglich, ohne daß man darüber sprechen muß. Sie müssen nur durchgeführt werden, umgesetzt werden“ (Stern 1998, S. 95). Und: „Ich denke, das Explizitmachen bewirkt wesentlich weniger, als wenn man einmal einen solchen „moment of meeting“ *hatte*. Das gibt solch einen „Pack-An“, woran man die Dinge des Lebens festmachen kann“ (ebend., S. 96).

Literatur

- Bettighofer S (1998) Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. Kösel, München

- Geißler P (2001a) Mythos Regression. Psychosozial, Gießen
- Geißler P (2001b) Präverbale Interaktion. Die Videomikroanalyse als Basis für neue körperpsychotherapeutische Konzeptbildungen. Psychotherapie Forum 9/3, S. 99-111
- Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Heisterkamp G (1998) Vom Handeln des Analytikers in der „talking cure“. In: Psychosozial 21 (74) Heft 4, S. 19-32
- Moser T (1989) Körpertherapeutische Phantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Müller-Braunschweig H (2001) Geleitwort: Psychoanalyse und Körperpsychotherapie. In: Geißler P (Hg) Über den Körper zur Sexualität finden. Psychosozial, Gießen, S. 9-20
- Stern D N (1991) Tagebuch eines Babys. Was ein Kind sieht, spürt, fühlt und denkt. Piper, München
- Stern D N (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stern D N (1998) "Now-moments", implizites Wissen und Vitalitätskonturen als Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hg) Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie. Brandes & Apsel, Frankfurt/M, S. 82-96
- Stolorow R D, Brandchaft B, Atwood G E (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Fischer, Frankfurt/M
- Streeck U (2002) Agieren, Interaktion und gestische Kommunikation. In: Cierpka H, Buchheim P (Hg) Psychodynamische Konzepte. Springer, Heidelberg, S. 221-233
- Trautmann-Voigt S (1998) Sabine Trautmann-Voigt im Gespräch mit Daniel Stern und Joseph D. Lichtenberg. Intersubjektivität als Pfad zum Unbewußten. In: Trautmann-Voigt S (Hg) Bewegung ins Unbewußte. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie. Brandes & Apsel, Frankfurt/M, S. 73-81
- Voigt B, Trautmann-Voigt S (2001) Körper-Ausdruck – M(m)acht – Sprache. In: Bewegung und Bedeutung. Anregungen zu definierter Körperlichkeit in der Psychotherapie. Claus Richter, Köln