

Prä- und nonverbale Interaktion: Die Videomikroanalyse als Basis für neue körperpsychotherapeutische Konzeptbildungen.

P. Geißler

Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich möchte Ihnen heute einige Ausschnitte aus Videos der frühen Kind-Eltern-Interaktion zeigen und ein paar Ideen vorstellen, welche Konzepte man aus analytisch-körperpsychotherapeutischer Sicht aus diesen Videos ableiten könnte. Mein Vorhaben in diesem Workshop ist also eine Mischung zwischen Theorie-Inputs sowie Videodemonstrationen, die ich mit Ihnen vor allem in Hinblick auf die Umsetzung in der Arbeit mit erwachsenen Patienten diskutieren möchte – also: welchen Einfluss hat die frühe präverbale Interaktion auf die spätere nonverbal stattfindende Interaktion und Kommunikation zwischen Patient und Therapeut.

Zu meiner Person: Ich bin kein Säuglingsforscher, erwarten Sie bitte nicht zu viel von mir, ich mache solche Videos, weil sie mich interessieren und ich sie mir gern ansehe und daraus lerne. Ich bin Psychotherapeut in freier Praxis und arbeite mit sehr verschiedenen Klientels – in der Stadtpraxis mit „aufgeklärten Patienten“ in der Landpraxis mit Patienten, die keine Ahnung von Psychotherapie haben und in mir oft den Psychiater sehen, zu dem sie eigentlich gar nicht wollen. Es ist also reizvoll und herausfordernd. Als Patient habe ich an Einzeltherapie hinter mir: eine Psychoanalyse im Couch-Setting vor 25 Jahren, die ich nach einem Jahr angebrochen habe; dann eine Bioenergetische Lehranalyse über 5 Jahre (1981-85), und anschließend eine 7 Jahre dauernde psychoanalytische Psychotherapie im Sitzen. Die drei Erfahrungen als Patient sind der wohl wirksamste Teil meines Erfahrungshintergrundes und bestimmen natürlich stark meine gegenwärtige Sicht von Psychotherapie. Mein fachliches Hauptinteresse besteht darin, den Dialog von Psychoanalyse einerseits und tiefenpsychologisch fundierter Körperpsychotherapie andererseits zu fördern – dazu veranstalte ich alle zwei Jahre in Wien ein Symposium und gebe ab Herbst gemeinsam mit anderen Kollegen eine neue Zeitschrift mit dem Titel „Psychoanalyse und Körper“ heraus.

Ein paar Worte zur Schnittstelle von Psychoanalyse und Körperpsychotherapie:

Sowohl in der Psychoanalyse als auch in bestimmten Körperpsychotherapien finden zur Zeit interessante Entwicklungen statt. Auf der einen Seite sind es neue

Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse, die uns den Eindruck vermitteln, dass sich hier sozusagen hinter den Kulissen ein Paradigmenwechsel abzeichnet und der Körper quasi durch die Hintertür Eingang findet in die psychoanalytische Theorie und Praxis. Ich möchte hier nur andeuten, dass es z. B. sehr interessante Forschungen gibt, die sich auf Audio- und Videoaufnahmen stützen, hinauslaufend darauf, wie man mit Hilfe von Videoaufnahmen den psychotherapeutischen Prozess aus einer Mikroperspektive heraus aufschlüsseln kann – entweder durch sorgfältige Analysen im nonverbal-kommunikativen Bereich, in der handelnden Interaktion, oder aber durch narrative bzw. Textanalysen.

Zum zweiten ist es die Säuglingsforschung, die einerseits bestimmte körpertherapeutische Annahmen, wie z. B. die Bedeutsamkeit der nonverbalen Domäne bestätigt (sie macht an die 90% der ausgetauschten Informationen zwischen Patient und Therapeut aus), aber andererseits auch eine Neufassung bestimmter körpertherapeutischer Überlegungen ermöglicht, die ich für nützlich erachte, um ein körperpsychotherapeutisches Vorgehen mehr als bisher an den wissenschaftlichen Diskurs anzubinden. Im Rahmen meines heutigen Workshops beziehe ich mich auf neue Konzeptbildungen, wie sie in erster Linie von George Downing, Joseph Lichtenberg und von Daniel Stern vorgeschlagen werden und die sich meines Erachtens künftig für körperpsychotherapeutische Theoriebildung als nützlich erweisen könnten.

Einleitende Worte zu den Videos:

Mit G. Downing halte ich folgende Einschränkung für wichtig, wenn man sich an einen Vergleich der Makro- mit der Mikroperspektive heranwagt. Wir haben es dabei primär mit drei an sich unterschiedlichen Wissensbereichen zu tun, die man voneinander differenzieren sollte:

1. Mit der Säuglingsforschung selbst, d. h. Forschungs-Settings, Forschungsparadigmen, Forschungsexperimenten sowie deren Zusammenfassung in einem theoretischen Rahmen, wie es Stern, Lichtenberg oder Dornes schon versucht haben.
2. Mit den konkreten, auf Video beobachtbaren Interaktionen, also dem Bereich kontrollierter Beobachtung, bei dem es darum geht, die Augen zu trainieren, um bestimmte Interaktionsmuster zu erkennen und Abweichungen davon identifizieren zu können.
3. Mit dem Bereich der Anwendung von Bereich 1 und 2 auf die Arbeit mit erwachsenen Patienten, bei der sich Spuren früherer Interaktionen im

Verhaltensbereich zeigen, sich in der Übertragung inszenieren oder sich in Modellszenen manifestieren. Es geht darum, welche Konzepte wir dafür finden können, welche Schlussfolgerungen wir anstellen.

Es geht, mit anderen Worten, nicht um eine 1:1-Umsetzung der Studien über die frühe Interaktion auf die Interaktion in Therapiesituationen. Therapie ist ein eigenes Setting, erwachsene Patienten sind keine Babies, auch wenn sie vielleicht manches Mal auf Erlebensbereiche regredieren, die den ganz frühen Bereichen ähneln mögen.

Video 1 – Gabriel

Zum Kontaktprozess: es handelt sich dabei nicht um einen durchgehenden Prozess von Abstimmung. Es wechseln Phasen gelungener Anstimmung und guten Kontaktes mit Kontaktbrüchen und Kontaktverlusten, gefolgt von einem Kontaktsuchen und im positiven Fall auch Wiederfinden. „Genügend gute“ Eltern sind solche, die die Kontaktbrüche im großen und ganzen intuitiv wahrnehmen und „Reparaturversuche“ einleiten und damit im großen und ganzen auch erfolgreich sind. Gabriels Mutter ist eine solche „genügend gute Mutter“, obwohl ihre Fähigkeiten speziell im basal-kommunikativen Bereich begrenzt sind.

Folgende Aspekte lassen sich daraus zusammenfassend ableiten:

1.

Es gibt affektmotorische Schemata, mit denen man bewegungsmäßige Modalitäten beschreiben kann, die sich im wesentlichen an der Achse „Bindungsbestrebungen“ oder „Autonomiewünsche“, also im System der Psychoanalytikerin Margret Mahler bewegen. Auf diese Weise ist eine erste grobe Kategorisierung von Bewegungen sowohl des Kindes als auch der elterlichen Bezugspersonen möglich. Beachten Sie bitte zweierlei: 1. diese Bewegungen sind gekoppelt mit bestimmten Affekt- bzw. Motivationszuständen und natürlich auch kognitiven Komponenten, je nach Entwicklungszustand des Kindes; 2. affektmotorische Schemata laufen auf verschiedenen Kanälen ab – also über die Bewegungsmotorik, aber auch im Bereich des Augenkontakts, natürlich auch der Stimme. In diesem erweiterten Sinn sind also alle kommunikativen Kanäle und Bereiche gemeint, wenn wir von affektmotorischen Schemata sprechen.

Damit sind zunächst Bewegungsmodalitäten gemeint – in einem weiteren Sinn denke ich, gehören aber auch stimmliche Komponenten dazu, die schwer zu verbalisieren, aber für den Säugling klar zu spüren sind. Denken Sie an die

Stimmqualität von Gabriels Mutter.

Also: alle Vitalitätsäußerungen der Mutter – wie ihre Stimme (Vitalitätsaffekte nach Stern, affektmotorische Schemata) – tragen dazu bei, eine bestimmte Beziehungsatmosphäre herzustellen. Hier geht es also um das „Wie“ von Vitalitätsäußerungen. Bezüglich des „Was“ habe ich in meinem letzten Artikel gegenüber Downing folgende Erweiterung vorgeschlagen, also eine Erweiterung von Kategorien, als Idee:

Motivationssystem
(Lichtenberg)

Regulierung von

Affektmotorisches
Schema
(Downing)

physiologischen Bedürfnissen
affektmotorische Schemata zur Regulierung
physiologischer Bedürfnisse
Bindungsbedürfnissen
affektmotorische Bindungsschemata
Bedürfnissen nach Selbstexploration, Selbstbehauptung und Autonomie

affektmotorische Differenzierungsschemata
Aversion, reaktiver Aggression und Rückzug

reaktiv-aggressive und aversive affektmotorische Schemata
sinnlichen Bedürfnissen
sinnliche affektmotorische Schemata
sexuellen Bedürfnissen
sexuelle affektmotorische Schemata

Man könnte z. B. diese eine aggressive Bewegung von Gabriel (Video), wo er sich wegstemmt, einerseits im alten Sinn als affektmotorisches Differenzierungsschema betrachten, ich würde aber vorziehen, hier von einem reaktiv-aggressiven oder aversiven Schema zu sprechen, im Sinne von Lichtenbergs Motivationssystem „reaktive Aggression und Aversion“. Ich halte diese Kategorie für eine differenziertere Sichtweise als wenn man von einem affektmotorischen Differenzierungsschema spricht, das ja alles mögliche sein kann.

Generelles zu sexuellen affektmotorischen Schemata: Beispiele für die frühe Entwicklung sexueller affektmotorischer Schemata sind früh nachzuweisen, insofern hatte Freud recht, es gibt Vorformen einer frühen infantilen Sexualität. Downing beschreibt zwei Faktoren eines später als „Sexualität“ zu bezeichnenden Affektbündels: 1. affektmotorische Modalitäten, die die Fähigkeit zu einem gemeinsamen Erreichen hoher lustvoller Affektzustände fördern, und 2. affektmotorische Modalitäten, die die Fähigkeit fördern, einem Gegenüber Zugang zum eigenen Körper zu gestatten und dies zu genießen, z. B. die Fähigkeit, sich in einer passiven Rolle von einer Person berühren zu lassen und sich dabei affektiv zu öffnen. Das sind wahrscheinlich nicht alle Faktoren, die zur Sexualität beitragen, aber unser Wissen davon ist noch nicht ausgereift.

Die erste Fähigkeit, das gemeinsame Sich-Aufschwingen zu hoher und lustvoller Erregung, wird z. B. früh im stimmlichen Bereich zwischen Kind und Eltern, vielfach auch im Spiel des Kindes mit den Eltern eingeübt („vocal matching“), ebenso in der Art und Weise, wie sich Eltern und Kinder auf gemeinsame Körperrhythmen einstellen können, also im Bereich aufeinander abgestimmter lustvoller Bewegungen im Rahmen verschiedener Bewegungsspiele. Überstimulierung wirkt sich in diesem Bereich ebenso ungünstig aus wie Unterstimulierung. Die Entwicklung der zweiten Fähigkeit, sich gegenüber einer anderen Person in einer passiven Rolle körperlich-affektiv zu öffnen, wird durch die Erfahrung gefördert, dass sich die Eltern im Rahmen ihrer auf das Kind zugreifenden Verhaltensweisen auf allen Sinneskanälen in abgestimmter Weise auf den inneren Zustand des Kindes einstellen und eventuell einsetzende Abgrenzungsbewegungen früh wahrnehmen und respektieren; dem Kind also genügend Raum für Eigenes zur Verfügung stellen. Übergriffiges und tendenziell überstimulierendes elterliches Verhalten behindern die Entwicklung dieser zweiten Fähigkeit.

So erscheint mir also diese neue Einteilung eine sinnvolle Erweiterung gegenüber Downings Unterscheidung affektmotorischer Bindungs- und Differenzierungsschemata. Künftige Videomikroanalysen könnten zeigen, ob diese Kategorisierung einen Sinn macht oder nicht.

2.

Mütter unterscheiden sich stark voneinander, wie sie den „Spielraum“ zwischen sich und dem Kind gestalten können. Downing spricht in diesem Zusammenhang von „Space-and-time-structuring schemas“ und meint damit alle mütterlichen

Beiträge, um sozusagen einen guten Rahmen für die Interaktion zur Verfügung zu stellen. Dass dazu auch körperliche Modalitäten stark gehören, haben Sie anhand dieser Videosequenz gesehen – Gabriel hat sich ab dem Zeitpunkt beruhigt, wie die Mutter ihre Körperhaltung selbst veränderte und auf diese Weise Gabriel eine gute Unterstützung vermitteln konnte. Sie hat dadurch den Spiel-Raum zwischen sich selbst und Gabriel optimiert.

Schauen Sie, wie Gabriels Mutter das macht – sie ist ihm immer wieder auch sehr nah. Und schauen Sie, wie im nächsten Video die Mutter von Constanze das macht, wie sie den Spielraum gestaltet – sie ist viel ferner, und strukturiert in ganz anderer Weise.

Video 2 - Constanze

3.

Im Zusammenhang mit der Idee des kompetenten Säuglings müssen wir davon ausgehen, dass auch der Säugling von Anbeginn an mithilft, die Interaktion mit den Eltern zu beeinflussen, zu regulieren, allein schon aus Gründen der Sicherung sozialer Bezogenheit. In diesem Zusammenhang finde ich Downings Idee der Körperstrategien entscheidend wichtig. Körperstrategien sind in der Regel sehr feine, schwer beobachtbare, im Zentimeterbereich stattfindende bewegungs-, auch lautmäßige Beiträge des Kindes zur Beziehungsregulierung. Man könnte sagen: das Kind ahnt, was die Mutter braucht, und kommt ihr im wahrsten Sinn des Wortes ein Stück entgegen. Ich zeige Ihnen eine Stelle in der Interaktion zwischen Gabriel und seiner Mutter, wo ich glaube, hier könnte es um eine solche Körperstrategie gehen.

Ein weiterer wichtiger Begriff, der aus der Säuglingsforschung kommt und der künftig einen wichtigen Stellenwert, wie ich glaube, einnehmen wird: das prozedurale Unbewusste, auch implizites Wissen genannt.

Implizites Wissen vs. Prozedurales Unbewusstes

Beim prozeduralen Wissen geht es also nicht um Konflikte, sondern um ein rudimentäres, angeborenes „Know-how“ im Bereich von Bewegungen, Körperhaltung, Handlung, stimmlichem Ausdruck, Augenkontakt, Berührung etc. Es geht dabei nicht um Konflikte und Abgewehrtes, sondern um die Entfaltung eines angeborenen Handlungswissens, das unbewusst ist und in vielen Bereichen weiterhin auch bleibt; das man kaum verbalisieren kann und auch nicht verbalisieren muss. Es geht um nuancierte Prozesse im intersubjektiven Bereich,

im Rahmen derer impliziten Wissen unbewusst entfaltet und in die beidseitigen Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse eingebracht wird – völlig im nonverbalen Bereich – also um ein fein abgestimmtes spielerisches Miteinander-Tun, im Bereich von ganz feinen Stimmungsqualitäten, atmosphärischen Elemente in der Interaktion, um körperliche Mikrosignale, um Nuancen in der Affektmotorik, um ein Gewährsein von Vitalitätskonturen. Es geht um Spürbewusstsein, wie Peter Schellenbaum das nennt. Und das hat auch therapeutische Implikationen. Will man prozedurales Wissen therapeutisch spürbar machen, geht es um ein sehr nuanciertes Spüren und nicht so sehr um Verbalisierungen oder die Deutung konflikthafter Dynamiken. Hier spielen körperorientierte Ansätze eine große Rolle.

Akzeptiert man die hervorragende Rolle prozedural-unbewussten Wissens, dann ergibt sich in der therapeutischen Praxis zwangsläufig eine gewisse Schwerpunktverschiebung hin zu einem Gewährwerden dieser körperlichen Prozesse im Sinne der Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf all dies; unbewusste dynamische Prozesse können natürlich weiterhin eine Rolle spielen, das genaue Verhältnis zwischen diesen beiden Erscheinungsweisen des Unbewusste näher zu definieren ist für mich eine reizvolle Aufgabe, die vor uns liegt.

Ein anderes wichtiges Konzept: Domänen des Erlebens

Daniel Stern unterscheidet 5 Welten des Erlebens, die sich für den Säugling und das Kleinkind in Entwicklungssprüngen sukzessive eröffnen: die Domäne des auftauchendes Empfindens, die Domäne des Kernselbstempfindens, die Domäne des subjektiven Empfindens, die Domäne des verbalen und die Domäne des narrativen Empfindens.

Sterns Domänen haben zwar einen Beginn, aber kein Ende. D. h. sie entwickeln sich ständig weiter, es handelt sich also nicht um Phasen, sondern um Bereiche, die sich zeitlebens weiterentwickeln und parallel zueinander bestehen, auch wenn häufig eine von ihnen dominiert. In dieser Sichtweise findet eine Schwerpunktverschiebung weg von der Idee einer zeitlichen Regression statt; wenn man überhaupt noch von Regression sprechen möchte, wäre eher eine räumliche Metapher zutreffend, also in dem Sinn, dass die eine Domäne gerade den Vordergrund bildet und die anderen den Hintergrund des Erlebens – das erinnert an das Konzept von Figur und Hintergrund aus der Gestalttherapie - und dass es um die Verschiebung der Aufmerksamkeit von der einen zur anderen Domäne geht. Anstatt hier den Begriff „Regression“ zu bemühen, würde ich es bevorzugen zu sagen, dass eine bestimmte Erlebenswelt des Patienten in einer bestimmten Situation aktiviert wird – mit all den zugehörigen Phänomenen, die diesen Erlebensbereich charakterisieren – bezogen auf das Empfinden von sich selbst, aber

auch von anderen Menschen.

Dem körpertherapeutischen Charakterstrukturmodell, das 1. einer dynamischen Konzeption organismischer Befindlichkeit folgt, und sich 2. auf ein Phasenmodell der seelischen Entwicklung beruft, mit phasenspezifischen Konflikten, wäre hier dieses neue Modell Sterns gegenüberzustellen, das sich also weder auf dynamisch-konfliktvolle Überlegungen noch auf Entwicklungsphasen bezieht, sondern parallel bestehende Domänen oder Bereiche des Erlebens postuliert, zwischen denen unsere Wahrnehmung bzw. Aufmerksamkeit oszilliert.

Beachten Sie auch, dass zwischen diesen Domänen keine Hierarchie besteht. Alle sind gleich wichtig, keine hat Vorrang. Ein wichtiges psychotherapeutisches Ziel bestünde darin, sich dieser verschiedenen Domänen des Erlebens bewusst zu werden und zwischen ihnen bewusst oszillieren zu können, je nach Bedürfnis und den Erfordernissen der äußeren Situation. Daniel Stern hat im übrigen mit seiner Technik des mikroanalytischen Interviews einen explorierenden Zugang zu Patienten gefunden, der sehr an körper- und gestalttherapeutische Techniken erinnert, der darauf abzielt, implizites Wissen vor allen in den ersten drei Domänen des Erlebens ins Bewusstsein zu befördern.

Video 3 - Julia

Hier geht es um ein triadisches Video, und das macht, wie sehen werden, die Situation gleich viel komplexer.

Sie sehen hier, dass die Mutter, wie sie mit Julia spielt, ein gutes vocal matching macht, und auch Julias Äußerungen markiert, d.h. ein Stück übertreibt. Auch das Timing ist sehr gut, es handelt sich um ein gut dosiertes Echo auf Julias Bewegungen. Sie macht z. B. das Lächeln etwas größer, um zu schauen, ob Julia ihr in Richtung Erhöhung der Erregung folgen kann. Obwohl Julia erst 7 Wochen ist, gibt Mutter gute beschreibende Sprache, was auf keinen Fall schaden kann.

Und dann kann man hier sehen, wie die Mutter in der triadischen Situation eine sehr gute Rahmung der gemeinsamen Interaktion herstellt, sodass Vater und Julia gut miteinander spielen können. Es entsteht zwar kein „Tanz zu dritt“, aber doch eine schöne Interaktion...

Als der Vater kommt, fragt Mutter: Ist der Papa da? Das ist gute beschreibende Sprache, besser wäre noch: schau, jetzt kommt der Papa, aber es ist so auch gut. Der Vater kommt dann etwas zu plötzlich herein. Er bringt keinen Rahmen in Gang, er stimmt sich auch nicht mit seiner Frau an. Er ist einfach da. Aber er sagt

kurz beschreibend etwas, das ist gut.

Nun geht es eine Weile ohne vokale Unterstützung weiter, auch ohne Theater - besser wäre, wenn der Vater hier etwas macht, damit es atmosphärisch interessanter für Julia wäre.

Mutters Gesicht ist bei der ganzen Angelegenheit aber sehr positiv - und das ist sehr gut. Sie unterstützt dadurch ihren Mann. Sie gibt dem Papa Raum, würde sie sich selbst einmischen, wäre es vielleicht verwirrend für Julia. Das ist hier eine gute Rahmung durch die Mutter. D. h. diese Mutter kann sehr gut in sensibler Weise aktiv sein, sie kann aber auch warten. Insgesamt ist es beim Spiel, das der Papa macht, ein wenig still. Sie signalisiert die ganze Zeit, dass sie sehr präsent ist - jetzt endlich kommt auch Papas Stimme - es scheint dass sie ihm hilft, ein Gerüst gibt, dass er in besseren Austausch mit Julia kommen kann.

Dann kommt Julias linker Arm, der Vater merkt das zunächst nicht. Er unterstützt dieses Signal von Julia, das ihrem Alter entsprechend noch ein kleines Signal ist, zunächst nicht. Eindeutig ist aber, dass Julia das Spiel mit Maxi mag, und sie bleibt sehr lange sehr aufmerksam, wenn auch still.

Der Vater bringt Maxi dann näher - das ist gut. Besser wäre es aber, wenn Julia Maxi berühren kann.

Dann bringt der Maxi zu Julias Hand, und es entsteht ein kinästhetisches Spiel, dadurch mehr Kontakt, der Vater hat hier mehr Erfolg, sein Gesicht ändert das Muster, seine Frau kommentiert das und unterstützt ihn positiv. Diese Mutter ist sehr subtil, sehr effizient in dieser Szene, obwohl so zurückhaltend.

Der Vater kommt dann noch besser ins Spiel und schafft es, dass Julia lang aufmerksam ist. Sie bleibt auf Maxi eine ganze Weile fokussiert. Dann gibt sie ein Signal, dass es genug ist, die Finger gehen in den Mund, aber dann geht sie noch einmal mit dem Spiel, er schafft es wieder ihre Aufmerksamkeit zu fesseln. Die Mutter ist weiterhin ruhig und aufmerksam. Für 7 Wochen ist es eine lange Zeitspanne, in der Julia ihre Aufmerksamkeit beibehält.

Implizites Wissen und Intersubjektivität

Psychoanalytiker sagen: Es geht zentral um unbewusste Bedeutungen. Der Körper kann Träger unbewusster Bedeutungen sein, z. B. im Rahmen

konversionsneurotischer Symptome. Die nonverbale Kommunikation trägt aber in diesem Sinn keine Bedeutungen im Sinne unbewusster Konflikte, sondern sie reguliert im Hintergrund das Beziehungsgeschehen – das muss aber nicht analysiert werden, es bedarf keiner Worte.

Andererseits: Beziehungsregulierende Faktoren auf unbewussten Niveau sind meiner Meinung nach der therapeutische Wirkfaktor! Und da beziehe ich mich auch auf Stern.

D. h. es handelt sich um ein Geschehen im intersubjektiven Bereich, der nach Stern eine eigene Domäne des Erlebens darstellt, die etwa mit dem 7. Lebensmonat beginnt. Es gibt aber Hinweise darauf, dass die Fähigkeit zur Intersubjektivität sogar angeboren ist oder in der pränatalen Periode ausgebildet wird.

Intersubjektivität ist wie gesagt aus meiner Sicht für den therapeutischen Veränderungsprozess sehr bedeutsam. Intersubjektivität ist – v.a. über nonverbale, z. B. akustische Botschaften – ein extrem mächtiges Mittel, um den Zustand des anderen zu beeinflussen – ihn auszuweiten, zu bestätigen, aber auch ihn zu verkleinern, z. B. durch die Art und Weise wie man durch Lautsignale reagiert.

Intersubjektiv heißt: wo stehen wir gerade in unserer Beziehung? Was denkst du, dass ich meine, wenn ich das und das sage, was ich fühle, was ich will? Was glaubst Du will ich nicht? In jedem Moment findet eine Feinabstimmung darüber statt, was intersubjektiv geteilt wird zwischen Patient und Therapeut, ein Abstimmen, ein Aushandeln, und zwar unterhalb des verbalen Inhalts (und es ist eine Frage der Aufmerksamkeit das zu fokussieren; aber meist merkt man nur, wenn etwas daran nicht gelingt, sonst läuft es ganz unterschwellig). Gefühlsmäßige Einschätzungen werden ununterbrochen adjustiert und geteilt, und da kommt jetzt das implizite Wissen als nonverbales Handlungswissen hinzu.

Das wird auch von Patienten häufig erinnert, als etwas Wichtiges in der Therapie: nicht so sehr was der Therapeut sagte sondern was auf einer Handlungsebene oder atmosphärisch geschah: d. h. implizites Beziehungswissen wird gespeichert und erinnert! Es ist offenbar entscheidend für den Erfolg einer Therapie.

Abschließendes zur Bedeutung des implizit-nonverbalen Wissens im therapeutischen Prozess

Es ist implizites Wissen, das wir in der therapeutischen Begegnung konstant austauschen und aushandeln, und das Ergebnis dieser Aushandlung bestimmt die Art und Weise des Kontaktes, die Intersubjektivität zwischen diesen beiden Menschen. Der Therapieprozess lebt davon, dass der gemeinsame intersubjektive

Zustand in Sprüngen verschoben wird, von einem intersubjektiven Zustand zu einem anderen. Laut Stern spielen dabei „Now-moments“ – also Momente der Verdichtung der therapeutischen Situation, in denen auch der Therapeut seine Angst zulässt und sich einlässt, eine entscheidende Rolle. Ja, Sie haben richtig gehört: der Therapeut lässt sich ein, sagt vielleicht auch etwas Persönliches – und diese, insgesamt vielleicht sehr seltenen Momente in einem langen Therapierprozess sind es, die ganz viel verändern können. Oder aber all dies passiert völlig nonverbal – dann spricht man von präsentischem, gegenwärtigem Verstehen, wie Günter Heisterkamp das bezeichnet hat – z. B. durch einen Moment besonders intensiven Augenkontakts.

Gemäß einem angeborenem Bedürfnis nach Intersubjektivität müssen wir davon ausgehen, dass Patienten, zumindest gelegentlich, ganz authentische Reaktionen des Therapeuten wollen. Das bringt einen gewissen Widerspruch ein zu einem psychoanalytischen Vorgehen, wo es heißt, man soll sich persönlich nicht exponieren, sondern das „als-ob-Moment“ beibehalten, weil man sich – so die Befürchtung – zu sehr verwickelt und dann die Übertragungen des Patienten nicht mehr gut analysieren kann.

Man kann daher aus analytischer Perspektive solche Now-moments kritisieren als Ausagieren der Gegenübertragung. Man kann sagen: jetzt ist der Patient befriedigt, den Therapeuten dorthin gebracht zu haben, wo er will. Stern dazu: Aber das macht nichts! Es ist trotzdem wichtig so!

Wichtig in diesen Momenten ist dass der Therapeut etwas nicht versteht, es drauf ankommen lässt, und dann aber der Patient versteht... Es ist sogar so, dass häufig eine Kontaktschwierigkeit den Ausschlag dafür gibt, dass beide Interaktionspartner einander intensiv suchen – und dann in „moments of meeting“, in „now-moments“, einander finden. Denken Sie daran: Interaktion ist ein stetiger Wechsel zwischen Kontakt – Kontaktverlust – Suchen – Wiederfinden – Verlieren usw. Aber: Ohne Moments of meeting stagniert der therapeutische Prozess, genauso wie sich Kinder nur dann gut entwickeln, wenn es ihren Eltern immer wieder gelingt, sie „zu finden“.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.