

Katherina Giesemann

Der Gegenwärtmoment in der psychotherapeutischen Arbeit

The present moment in the psychotherapeutic work

Zusammenfassung

Daniel N. Stern und die Boston Change Process Study Group haben mit der Untersuchung des impliziten Beziehungsraumes und der gemeinsamen kreativen Arbeit von Patienten und Therapeut die Möglichkeiten des Verständnisses für den therapeutischen Prozess erweitert. Sie nennen es das „Etwas mehr“ als Deutung. Durch Beispiele aus der alltäglichen Praxis werden die interaktionellen Prozesse verdeutlicht. Es wird gezeigt, wie sogenannte Gegenwärtmomente das implizite Beziehungswissen erweitern und die Therapie im Sinne von Veränderung voranbringen.

Schlüsselwörter

Gegenwärtmoment – Jetzt-Moment – Vorangehen – Ungenauigkeit – Moment der Begegnung – implizites Beziehungswissen

Summary

Daniel N. Stern and the Boston Change Process Study Group expanded the possibilities of understanding the therapeutic process with their studies about the implicit therapist-patient relationship and their examinations of the creative work between them. They call it “something more” than interpretation. Examples of the everyday practice elucidate the processes of interaction and show how so-called “present moments” expand the implicit relational knowledge and forward the therapy in terms of change.

Keywords

present moment – now moment – moving along – sloppiness – moment of meeting – implicit relational knowledge

■ Einleitung

Die Visualisierung von Gehirnprozessen mit bildgebenden Messverfahren, wie fMRT, PET und SPECT zeigt, wie unsere Gedanken und Empfindungen, während wir denken und fühlen, an verschiedenen Orten des Gehirns auftauchen und in den Hirnarealen miteinander verknüpft werden. Das führte zu der Erkenntnis, dass bedeutend mehr Vorgänge in unserem Gehirn unbewusst ablaufen, als bis dahin angenommen wurde. Besondere Bedeutung für die Psychotherapie gewinnen die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse, weil sie dazu beitragen, die Aufspaltung zwischen somatischen und psychologischen Verfahren zu überwinden. Sie liefern das methodische Rüstzeug, um die Wechselwirkungen zwischen psychischen Vorgängen, den Aktivitäten im Gehirn sowie genetischen und Umweltfaktoren bei der Entstehung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen systematischer zu untersuchen (Beutel, 2005).

So konnte im Gehirn die topographische Nähe, Überlappung und Verknüpfung von Depression und Schmerz sichtbar gemacht werden. Es war sogar möglich, die unbewussten Emp-

findungen abzubilden, die entstehen, wenn ein Individuum von einer Gruppe ausgeschlossen wird. Als die Arbeit von Eisenberger „Does rejection hurt?“ (2003) erschien, sorgte sie für erhebliches Aufsehen, da in diesem Experiment die Zusammenhänge von seelischer Not und dem dadurch verursachten Schmerz bildlich dargestellt wurden. In der Versuchsanordnung erlebte der Proband, dass er bei einem Computerspiel von den anderen Mitspielern auf einmal nicht mehr angespielt wurde, also nicht mehr mitspielen konnte. Für den Probanden trat diese Situation plötzlich und ohne Erklärung auf.

Es ist zu vermuten, dass der Proband diesen Ausschluss auf sich persönlich bezog, als eine Ablehnung seiner Person. Das Gefühl, zurückgewiesen zu werden, aktivierte bei ihm die Areale im Gehirn, die Depression und Schmerz verarbeiten. Es konnte sichtbar gemacht werden, dass dieser Vorgang bei dem Probanden unbewusst ablief, das heißt ohne Aktivierung der assoziativen Großhirnrinde.

An dem Experiment war aber noch etwas interessant: Die Aktivität in der Schmerzregion nahm ab, wenn der Proband auf der bewussten Ebene verstand, warum er ausgeschlossen wurde. Bei den Experimenten von Eisenberger veränderten

sich die Verknüpfungen und die Aktivierung der Schmerzregionen im Gehirn, sobald dem Probanden mitgeteilt wurde, dass er durch einen Defekt des Computerspiels vom Spiel ausgeschlossen worden war. Die Versuche haben gezeigt, dass psychisches Erleben und emotionale Reaktionen durch Erfahrung und Einsicht beeinflusst werden.

Die Arbeit von Eisenberger ist ein Beispiel dafür, wie durch die Neurowissenschaft nachgewiesen werden konnte, dass im Menschen unbewusst Emotionen ausgelöst und verarbeitet werden.

■ Das „neue“ Unbewusste

Die Nachricht von der Existenz des Unbewussten nahmen die psychodynamisch arbeitenden Psychotherapeuten mit Befriedigung auf. Aus einem Glaubenssatz der psychoanalytischen Gemeinde wurde eine wissenschaftliche Tatsache. Es gab nun den Nachweis, dass es ein Unbewusstes im menschlichen Denk- und Fühlorgan, dem Gehirn gibt. Aber dieses „wissenschaftliche“ Unbewusste ist jetzt zweigeteilt: Das neurotische oder dynamische Unbewusste – der Teil unseres Gedächtnisses, der einmal bewusst war, aber ins Unbewusste abgesunken ist – kann dem Bewusstsein durch verschiedene Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung etc. aktiv versperrt werden und unter günstigen Bedingungen oder aber durch therapeutische Interventionen dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden. Es ist der Bereich des Unbewussten, dessen Erinnerungen wir zu widerstehen versuchen.

Der weitaus größere Bereich ist der des Unbewussten, zu dem unser Bewusstsein keinen Zugang hat und diesen auch nicht erlangen kann, da sich seine Hirnregionen außerhalb der assoziativen Großhirnrinde befinden. Dazu gehören alle perzeptiven, kognitiven und emotionalen Prozesse, die im Gehirn des Fötus, des Säuglings und des Kleinkindes vor Ausreifung des assoziativen Cortex ablaufen. Es wird angenommen, dass sich beim Menschen Ich-bezogene Bewusstseins- und Gedächtnisinhalte erst ab Ende des dritten Lebensjahres entwickeln (Roth, 2003).

Diesen Teil nennen wir das implizite Unbewusste.

■ Das implizite Wissen

Der Bereich unseres Gedächtnisses, der unser implizites Wissen und Fühlen birgt, kann nur mittelbar erschlossen werden und stellt der Erforschung der Wirkmechanismen in der Psychotherapie neue Aufgaben. Stern mit der Process of Change Study Group/Boston (2002) fokussiert in seinen Arbeiten das implizite Wissen. Es wirkt sich auf die Beziehung zwischen Patient und Therapeut aus, indem die Beziehungsmöglichkeiten von den jeweiligen impliziten Beziehungserfahrungen beider Interaktionspartner abhängen und sich gegenseitig bewusst und unbewusst beeinflussen. Die wechselseitige Regulierung gründet in einem Mikro-Austausch von Informationen über das Sinnessystem und den affektiven Ausdruck, impliziert aber keine Symmetrie zwischen den Interagierenden, sondern setzt lediglich eine bidirektionale Beeinflussung voraus.

Auf diese Weise bilden sich im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung zwischen Patient und Therapeut implizite Beziehungsstrukturen.

Stern (2005) geht davon aus, dass Freud mit dem Unbewussten und dem Widerstand im Wesentlichen Gleiches meinte, und kommt zum dem Schluss, dass der Widerstand durch den Umfang des impliziten, nicht bewussten Wissens in seiner Bandbreite beschnitten wird und damit auch in seiner therapeutischen Relevanz.

Die Bostoner Gruppe stützt ihre Überlegungen auf die Resultate von Entwicklungsstudien über die Mutter-Säugling-Interaktionen und versucht sich so dem „Tanz von Patient und Therapeut“ zu nähern, um ihn analytisch zu durchdringen. Außerdem wurde zur Beschreibung bzw. theoretischen Darstellung der Veränderungsprozesse das Prinzip der Selbstorganisation von dynamischen Systemen herangezogen. Denn wenn die Beziehungsstrukturen zwischen Patient und Therapeut und die Veränderungen dieser Beziehung implizit sind, dann sind sie unserem expliziten, verbalisierbaren Bewusstsein verschlossen. Mit Hilfe der Synergetik wird versucht, Rückschlüsse auf die Wirkmechanismen der impliziten, unverbalisierbaren Veränderungen zu ziehen. Unter Anwendung des Prinzips der Selbstorganisation dynamischer Systeme auf die mentale Organisation des Menschen formuliert die Bostoner Gruppe die These, „*dass die Psyche in Abwesenheit einer entgegenwirkenden Dynamik dazu tendiert, sämtliche Verlagerungen und Veränderungen in der intersubjektiven Umwelt dazu zu benutzen, ein zunehmend kohärenteres „implizites Beziehungswissen“ zu erzeugen*“ (Stern, 2002). Das von ihnen vorgestellte Modell konzentriert sich also nicht auf die Struktur der Beziehung zweier Interaktionspartner, sondern auf diejenigen Prozesse, die diese Beziehung durchläuft und durch die sie sich verändert. Es handelt sich nicht um intrapsychische Prozesse wie die Internalisierung von Objekten, Partialobjekten und Selbstobjekten, sondern um die Internalisierung von Interaktionsmustern, die sich in „protonarrativen“ Szenen aus Handlung, Wahrnehmung und Affekten gestalten.

■ Der „Gegenwartsmoment“

In der Interaktion zwischen Patient und Therapeut ergeben sich Situationen, in denen beide Interaktionspartner gegenwärtig sind, sich nicht in der Zukunft oder in der Vergangenheit, sondern im Jetzt befinden. Stern nennt dieses Phänomen den „Gegenwartsmoment“ („now moment“).

Durch die „Gegenwartsmomente“ wird das intersubjektive Feld, das heißt das implizite Wissen um die Art der Beziehung zueinander erweitert und vertieft. Sie modifizieren das implizite Beziehungswissen sowohl des Patienten als auch des Therapeuten. Stern misst diesen „Gegenwartsmomenten“ so eminente Bedeutung bei, weil es Augenblicke sind, in denen sich die Bewusstheit beider Interaktionspartner im Jetzt, in der unmittelbaren Gegenwart begegnen. Sie sind bedeutend, weil häufig „*die Vergangenheit die Gegenwart ausblendet, indem sie einen großen Schatten über sie wirft, oder die Gegenwart durch die Zukunft ausgelöscht wird*“ (Stern, 2005).

Stern definiert den „Gegenwärtmoment“ als „kurze, emotional gelebte Geschichte“. Er ist der Grundbaustein psychisch bedeutsamer subjektiver Erfahrung mit zeitlicher Extension und schlägt vor, den „Gegenwärtmoment“ wie einen Traum als Phänomen in der Therapie zu nutzen.

Die psychotherapeutische Behandlung besteht aus einem gemeinsamen Ausloten der Interaktionsmöglichkeiten. Stern vergleicht sie mit dem „freien Spiel“ von Betreuungsperson und Säugling. Im „freien Spiel“ wie in der psychotherapeutischen Stunde gibt es ein ständiges Bemühen von beiden Beteiligten, die Beziehung in einem emotional stabilen Gleichgewicht zu halten. Dies geschieht durch Verhandlungen, Fehlschläge und Korrekturen, Kursberichtigungen und Unterstützungsmaßnahmen, so dass sich die Regulierungsprozesse innerhalb eines bestimmten Gleichgewichts bewegen oder zu diesem zurückfinden können. Bei diesen Interaktionen übernimmt im „freien Spiel“ die Betreuungsperson, in der Therapie der Therapeut meist den größten Anteil der Regulierungsprozesse.

■ Das „Vorangehen“

Stern und seine Gruppe bezeichnen diese gemeinsame Arbeit zwischen Patient und Therapeut als „Vorangehen“, in Anlehnung an die Mutter-Säugling-Interaktionen. Es sind Trial-by-Error-Prozesse, in denen sich beide Akteure auf Ziele zubewegen und diese Ziele auch identifizieren und sich über sie verständigen. Manchmal – wie beim „freien Spiel“ mit dem Säugling – ist das Ziel unklar, so dass es im Prozess des „Vorangehens“ entdeckt oder aufgedeckt werden muss (Stern & Process Study Group, 1998).

Das „Vorangehen“ besteht aus einer Aneinanderreihung von „Gegenwärtmomenten“, den subjektiven Einheiten, die die kleinen Richtungsänderungen im Prozess des „Vorangehens“ charakterisieren.

Die „Gegenwärtmomente“ werden als „Schemata des Zusammenseins-mit-dem-Anderen“ im Bereich des impliziten Beziehungswissens repräsentiert. Das Paar entwickelt ein Bündel von Mikrointeraktionsmustern, deren einzelne Schritte Irrtümer, Unterbrechungen und Wiederherstellungen beinhalten.

■ Der „Jetzt-Moment“

Während des „Vorangehens“ kann es zu affektiven Aufladungen von „Gegenwärtmomenten“ kommen. Eine Regulierung gelingt nicht, die Situation spitzt sich zu und wird zum Brennpunkt im psychotherapeutischen Prozess. Diese Augenblicke werden als „Jetzt-Momente“ (now-moments) bezeichnet (Stern et. al. 1998). Der „Jetzt-Moment“ ist eine besondere Art des „Gegenwärtmomentes“. In diesen Augenblicken kommt es zu einer subjektiven und affektiven Aufladung des intersubjektiven Raumes, der die Beteiligten verstärkt in die Gegenwart und in Aktionen hineinzieht.

■ „Implizites Beziehungswissen“, „Vorangehen“ und „Jetzt-Moment“ in der Praxis

Inwieweit aber haben alle diese Erkenntnisse Einfluss auf die Art unserer Behandlungen in der Praxis? Es scheint, dass sich für die erfahrenen Therapeuten, die täglich mit Patienten arbeiten und fern der Alma Mater ihr unspektakuläres Dasein fristen, Annahmen, mit denen sie seit Jahren arbeiten, bestätigt haben: die Wichtigkeit der Familienanamnese gerade auch in Hinblick auf das emotional-affektive Familienklima, die eminente Bedeutung der Empathie und Sympathie und die Aufgabe, Menschen zu unterstützen, beziehungs-fähiger zu werden. In diesem Zusammenhang möchte ich auf die historischen Arbeiten von Sandor Ferenczi (1999) und Paula Heimann (1978) verweisen.

„Die Notwendigkeit für den Analytiker mit seinem Patienten natürlich zu sein, ist genetisch begründet. Da das psychoanalytische Erlebnis einen Entwicklungsprozess darstellt, verbindet er das Natürliche mit dem Schöpferischen und verleiht der Analyse ihren künstlerischen kreativen Charakter. Beide, Patient und Analytiker, wachsen miteinander. Die Gegenseitigkeit, die reziproke Beeinflussung von Patient und Analytiker im psychoanalytischen Prozess, verdient eingehendes Studium ...“ (Heimann, 1978).

Für die ausschließlich mit Patienten arbeitenden Kollegen ist es meist so, dass sie während ihrer Arbeit mit Patienten Phänomene beobachten und mit technischen Problemen konfrontiert werden, die sie zu verstehen und analytisch zu durchdringen versuchen. Bei der akademisch wissenschaftlichen Vorgehensweise wird untersucht, inwieweit eine aufgestellte Hypothese in der Praxis Gültigkeit hat. Der Ansatz des „Praktikers“ ist eher: Welche Theorie gibt mir Antwort auf meine behandlungstechnischen Fragen? Anders formuliert: Welche Metapsychologie kommt meiner „prozeduralen (impliziten) Organisation von Emotionen“ am nächsten? Fonagy sagt, dass die Familien „auswählen“, welche emotionalen Prozeduren zulässig sind und welche nicht; dass diese regelbasierten Schemata „reflektieren“, welche Erwartungen an das eigene Verhalten und das anderer gestellt werden (Fonagy, 2009).

Ich möchte anhand dreier Beispiele aus meiner alltäglichen Praxis zeigen, wie mich die Theorien über das „Vorangehen“, den „Gegenwärtmoment“ und den „Jetzt-Moment“ unterstützt haben, die Interaktionen zwischen Patienten und mir zu verstehen.

1. Beispiel: Das „Vorangehen“

Eine 57-jährige Patientin mit chronischem Schmerzsyndrom (Gebershagen IV) wurde von einer Schmerztagessklinik als Notfall an mich überwiesen. In der letzten Woche ihres Aufenthaltes in der Tagesklinik hatte sich die Patientin an schwere Missbrauchserlebnisse in ihrer Kindheit erinnert. Auslöser für das Auftauchen dieser sorgsam verdrängten Erlebnisse war eine Stunde mit katathymem Bilderleben. Die Kollegen in der Tagesklinik waren in großer Sorge um die Patientin und wollten die weitere, sich unmittelbar anschließende therapeutische Versorgung nach ihrem Aufenthalt sicherstellen.

Zu mir in die Praxis kam eine große, kräftige, durch ihren Kurzhaarschnitt fast androgyn wirkende Frau. Mir erschien die Patientin wie versteinert, und ich hatte den Eindruck, dass sie sich in ihrem mächtigen Körper verbarrikadiert hatte. In den ersten Stunden machte sie nur Andeutungen über das traumatische Geschehen in der Kindheit. Aus der biographischen Anamnese war zu erfahren, dass ihre Mutter einen Kriegskameraden des Großvaters geheiratet und mit diesem doppelt so alten Mann, einem Landwirt, insgesamt 8 Kinder hatte. Die Patientin war die Jüngste. Als sie 3 Jahre alt war, erkrankte die Mutter an Brustkrebs. Nach mehrjährigem schwerem Leiden, u. a. mit Amputation eines Armes, verstarb die Mutter. Ein Jahr später starb auch ihr 86-jähriger Vater. Die Patientin war zu diesem Zeitpunkt 6 Jahre alt. Der älteste Bruder übernahm mit 18 Jahren den elterlichen Hof, alle Kinder bekamen einen Vormund. Die Patientin als Jüngste wurde zu einer Schwester der Mutter und deren Mann, ebenfalls ein Landwirt, gegeben. Sie lebte in dieser Familie bis zu ihrem 15. Lebensjahr. Schon im zweiten Jahr ihres Aufenthaltes in der Familie der Tante begann der Missbrauch durch den Onkel. Die Tante bemerkte das Interesse ihres Mannes für ihr Mündel, lastete es aber nicht ihrem Mann, sondern dem Kind an und begann ebenfalls, die Nichte körperlich zu züchtigen und zu misshandeln. Die Patientin versuchte mehrmals wegzulaufen. Sich jemandem anzuvertrauen wagte sie nicht, da Tante und Onkel gedroht hatten, dass sie in ein Heim für schwer erziehbare Mädchen komme, wenn sie es anderen Menschen erzähle. Erst als sie mit 15 Jahren nach ihrem Schulabschluss eine Lehre aufnahm, wagte sie erneut wegzulaufen. Dieses Mal erhielt sie Hilfe durch ihren Lehrherren und dessen Frau, die sie bei sich aufnahmen. Über den Missbrauch schwieg sie auch weiterhin. Seit sie den Hof des Onkels verlassen hatte, lebte sie ein autonomes, aber auch sozial zurückgezogenes Leben. Nach der Lehre ging sie mit 17 Jahren in eine Großstadt und machte eine weitere Ausbildung in einem sozialen Beruf. Mit Ende 20 heiratete sie einen Mann aus dem Süden Europas und hat mit ihm eine Tochter, auf die sie sehr stolz ist. Sie beschreibt die Tochter als unabhängige junge Frau.

Seit dem frühen Erwachsenenalter lebte die Patientin mit körperlichen Schmerzen. Bis zur Geburt der Tochter waren es schwere Migräneanfälle mit Aura, später kamen diverse orthopädische Leiden (Rücken, Knie etc.) hinzu, die sicher auch als Tribut an ihre schwere Arbeit im Nachtdienst auf einer internistischen Station zu sehen waren.

Erst im Verlauf der Therapie erfuhr ich, dass die Patientin außer den chronischen Schmerzen noch eine Reihe von Symptomen hatte, die im Zusammenhang ihrer komplexen Traumastörung stehen, über die sie aber nie zu sprechen wagte, weil sie fürchtete, für verrückt gehalten zu werden. So hatte sie schwerste Ein- und Durchschlafstörungen und eine ausgeprägte Dunkelangst. Beides kompensierte sie, indem sie schon seit Jahrzehnten im Nachtdienst arbeitete. Auch war es ihr unerträglich, wenn jemand hinter ihr ging oder sie mit dem Rücken zur Tür sitzen musste. Körperliche Berührungen ertrug sie eigentlich nur von ihrer Tochter.

In den Therapiestunden hatte ich das Gefühl, dass die Gegenwart dieser Patientin der Schmerz war, die Vergangenheit von ihr zum Schutz des Selbst verdrängt wurde und ihr die Zukunft ungewiss erschien. Ihr Mann war schon berentet und

wollte in seine Heimat zurückkehren. Ein Umzug würde aber die Trennung von der Tochter bedeuten.

Nach einer Eingewöhnungsphase liefen die Stunden sehr ähnlich ab. Trotz ihrer kräftigen Statur war ihr Händedruck zum Stundenbeginn oft so flüchtig, dass ich manche Stunde überlegte, ob wir uns überhaupt die Hand zur Begrüßung gereicht hatten. Bevor sie sich setzte, veränderte sie die Position ihres Sessels so, dass sie den Abstand zu meinem Sessel auf ungefähr 2 Meter vergrößerte und drehte ihn so, dass sie die Tür im Auge behalten konnte.

Meist berichtete sie von ihrer Arbeit und ihren Schmerzen. Bei mir blieb nach den Stunden oft ein Gefühl der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins zurück. „... je traumatischer eine Beziehungserfahrung war, desto rigider scheinen die Übertragungsmuster zu sein oder, mit der Terminologie der sich selbstorganisierenden Systeme ausgedrückt, desto unausgewogener sind die Wechselwirkungen der Elemente beider Subsysteme (Patient und Therapeut sind Subsysteme) und desto dominanter die Parameter, die die Interaktion dysfunktional ordnen“ (Gunz,, 2008). Es wird vermutet, dass frühkindliche Traumata und stressreiche Bindungsmuster in der Kindheit zu strukturellen Veränderungen in basalen Hirnregionen führen können, wie Dysfunktionen in der Ausbildung von Synapsen, Störungen der Migration sich entwickelnder Nervenzellen und fehlerhafter Differenzierung von Zellverbänden. Konkreter scheinen diese Veränderungen Einfluss auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten sowie auf die Affekt- und Stressregulation zu haben (Fujiwara & Markowitsch, 2003). Solche Überlegungen halfen, die Situation für mich erträglicher zu machen, aber den Abstand zwischen den Stühlen veränderten diese Erkenntnisse nicht.

In manchen Stunden sprach die Patientin von ihrer Tochter, die erfolgreich ihr Abitur geschafft hatte. Es erschien, als ob die Patientin ihre Tochter als Erweiterung ihres Selbst erlebte. Ich habe mich immer sehr über diese Geschichten gefreut. Nicht nur, weil sie eine willkommene Abwechslung in unserem Stundenalltag aus Schmerz und unabänderlichen Abfolgen von Leid und Fehlverhalten anderer Menschen waren, sondern auch weil sie Bereiche ihres Lebens zeigte und mit mir teilte, die sie mit Stolz und Zufriedenheit erfüllten. Meine Interventionen, dass sie und ihr Mann dem Kind diese Möglichkeiten eröffnet haben, wurden von der Patientin nicht angenommen, sondern sie hob dann die besondere Begabung des Mädchens hervor. Ich hatte in solchen Momenten das Gefühl, der Patientin zu nahe gekommen zu sein. Mir wurde zunehmend klar, dass die Patientin im Leben ihrer Tochter unbewusst eine neue eigene Lebensgeschichte von sich entwarf, von einem Leben, wie sie es unter anderen Bedingungen hätte führen können. Deshalb, so vermutete ich, war es wichtig, dass die Tochter allein, ohne äußere Hilfe, so erfolgreich im Leben steht.

In größeren Abständen gab es aber auch Stunden, die gänzlich anders verliefen. Meist wurden diese Sitzungen mit einer direkten Frage an mich eingeleitet. Wenn die Patientin mich in der Stunde direkt ansprach und etwas von mir oder meinem Leben wissen wollte, hatte ich das Gefühl, dass es wie eine Berührung war, eine implizite Beziehungsaufnahme in der Gegenwart, im Jetzt.

Die professionelle Verantwortung verbietet es uns zwar, denselben Lebensraum mit unseren Patienten zu teilen, es ist aber irreführend anzunehmen, dass das komplexe emotionale Sein des Analytikers, aber auch die Banalitäten seines Alltagslebens den Wahrnehmungen des Patienten verborgen bleiben könnten (Stern & Process Study Group, 1998). Zu fragen wäre auch, ob es das wirklich sollte, zumal Realitätskerne für die Entwicklung einer „gesunden Übertragungsneurose“ notwendig sind.

Zu diesem von mir gewählten Beispiel, gibt es eine Vorgeschichte:

Die Patientin kam meist über eine Viertelstunde zu früh und las im Wartebereich die Zeitung. Dieses Mal hatte ich vor der Sitzung eine Freistunde und kam mit einer großen Kiste voller Balkonpflanzen in die Praxis. Nach dem Begrüßungsritual fragte die Patientin, ob die Pflanzen für meinen Balkon seien. Ich bejahte die Frage.

Patientin: „Das waren aber nicht nur Blumen.“

„Nein, ich habe auch Kräuter eingekauft, die gedeihen recht gut, sind aber leider nicht winterhart.“

„Wozu denn die Kräuter? Verwenden Sie die zum Kochen?“

„Ja, aber einige wie der Majoran blühen und duften auch schön.“

(Schweigen)

(Ich versuchte den [Beziehungs-]Faden nicht abreißen zu lassen:) „Haben Sie auf Ihrem Balkon auch Pflanzen?“

„Ich habe einen Nordbalkon.“

(Schweigen)

(Ich war irritiert und hatte ich den Einfall, dass die Patientin ein Nordbalkon ist. Aber ich verweilte nicht bei diesem Gedanken, sondern versuchte den Dialog tapfer weiterzuführen, mich nicht abweisen zu lassen:)

„Ja, und ist Ihr Balkon bepflanzt?“

(Sie berichtete, dass ihr Mann eine große Voliere mit Kanarienvögeln auf dem Balkon hat und dass sie einige Blumen dort zieht, die auch im Schatten gedeihen:) „... und es kommen auch Bienen, aber die sind in der Stadt ja selten. In unserem Dorf gab es einen Imker ...“

Sie fuhr fort, dass ihr Vater beim Imker einen Honigtopf nur für sie allein gekauft habe. Der Honigtopf habe dann in der Speisekammer auf einem Bord gestanden, auf dem sie als kleines Kind den Honigtopf erreichen konnte. Aber das Allerschönste sei gewesen, wenn die Mutter Brot backte und sie das erste kleine Vorbrot von ihr bekam. Dieses kleine, noch warme und herrlich duftende Brot tunkte sie dann in ihren Honigtopf.

Leider habe ich keine Möglichkeit, in diesem Text die „Dialog-Musik“ hörbar zu machen, sondern kann nur die „Dialog-Noten“ aufschreiben. Es muss hier aber über die Tempi berichtet werden, in denen das „Vorangehen“ stattfand, weil es ein Teil der modifizierten psychoanalytischen Therapie bei Patienten mit komplexen Traumata darstellt. Die „Modifizierung“ einer analytischen Behandlung kann nicht nur aus Veränderungen im äußeren Setting wie Stundenfrequenz oder im-Sitzen-Arbeiten bestehen, sondern auch durch die Veränderung der Neutralität

hin zu einer „strategischen Neutralität“ und einer aktiveren Haltung in den Stunden entstehen. Mit diesen Veränderungen soll die Regressionsbereitschaft für den Patienten steuerbarer bleiben. Bei Patienten mit komplexen Traumastörungen hat es sich außerdem bewährt, die Projektionsfläche weiter zu reduzieren. Eine Möglichkeit ist, die Tempi der Dialoge nicht zu stark zu dehnen. Eine Phrase in der Musik, eine Strophe in einem Kinderlied oder einem Gedicht dauern 3-4 Sekunden (Ramberg, 2006; Stern, 2005). Auch im Gespräch sollte die Antwort in dieser Zeitspanne gegeben werden, um nicht Gefahr zu laufen, dass der Gesprächsfaden abreißt. Im oben niedergeschriebenem Dialog traten Pausen ein, die weitaus länger waren als 3-4 Sekunden, aber ich habe mich bemüht, diese Pausen nicht zu lang werden zu lassen, um das „Vorangehen“ nicht zu gefährden und die Beziehung zu sichern.

Nach Stern ist der scheinbar erratische Inhalt psychotherapeutischer Gespräche vom impliziten Bedürfnis des Patienten wie auch des Therapeuten getrieben, das implizite gemeinsame Beziehungsfeld zu erweitern. Bei Patienten, die in der Kindheit traumatisiert wurden, ist die Möglichkeit der Mitarbeit bei der „Dialog-Musik“ durch die unbewusste prozedurale Organisation ihrer Emotionen und ihre geringeren Möglichkeiten zur Stressregulation eingeschränkt. Zu lange Pausen stellen für diese Menschen einen Stressor dar.

Das „Vorangehen“ bereitet nicht nur einen „Gegenwartsmoment“ vor, sondern wirkt selbst verändernd (Stern, 2005). In diesem Beispiel stellen die „Ungenauigkeiten“ und die Irritationen im Gespräch, aber auch deren Korrekturen eine interpersonelle Leistung dar.

In dyadischen Interaktionen zwischen Mutter und Säugling kommt es immer wieder zu Entgleisungen und Korrektur. Nach Stern ist dies die wichtigste Lernerfahrung für einen Säugling. Diese „Ungenauigkeiten“ („sloppiness“) sind auch in dynamischen Systemen der Auslöser für Veränderungen. Sie sind die Destabilisierungen des Systems, die den Übergang von einem stabilen Ordnungszustand zu einem anderen stabilen Systemzustand ermöglichen.

Für mich war „der Nordbalkon“ mit all seinen Schatten eine „Entgleisung“ unseres Dialoges. Ich möchte behaupten, dass diese Irritation und deren erfolgreiche gemeinsame Überwindung erst die Erinnerung an den Honigtopf und das frische Brot ermöglichte. Nach schweren Traumata sind Beeinträchtigungen des autobiographischen Gedächtnisses möglich (Fujiwara & Markowitsch, 2003). Dies wird durch die Störungen in der selbstreferenziellen Perspektive und durch eine fehlerhafte Einbettung von Informationen in den für das autobiographisch-episodische Gedächtnis essenziellen Zeitrahmen (räumlich-zeitliche Integration im Kontext) erklärt. Vorstellbar wäre, dass die Honigtopf-Erinnerung von der Patientin als „gelebte Geschichte“ (Stern, 2005) gespeichert wurde, als eine Erfahrung, die innerlich narrativ formatiert wurde, ohne sie in Worte zu fassen oder zu erzählen. Diese „gelebten Geschichten“ werden auch als emotionale Narrationen bezeichnet. Das narrative Format ist die Struktur für die nonverbale mentale Organisation unserer Erfahrungen mit motiviertem menschlichem Verhalten. Werden die gelebten Geschichten mit einem anderen Menschen geteilt, so spricht

Stern von „erzählten Geschichten“. Das Erzählen stellt eine Transformation von implizitem Beziehungswissen zu einer expliziten Beziehungserfahrung dar.

In der Stunde wurde es der Patientin durch die oben beschriebene Irritation („sloopiness“) möglich, sich zu erinnern, die Erinnerung zu verbalisieren und sie mit mir zu teilen. Das heißt, die gelebte Geschichte verwandelte sich in eine erzählte Geschichte und wurde dem expliziten Bewusstsein zugänglich gemacht. Es war eine Geschichte aus ihrer frühen Kindheit, in der sie liebevoll umhegt und oral versorgt wurde. Sie konnte an eine Vergangenheit zurückdenken, in der sie fürsorgliche Eltern hatte und es einen Honigtopf gab, der nur für sie gekauft worden war. Sie erinnerte sich an das kleine Brot, das ihr gegönnt wurde und von der Mutter nur ihr zugedacht war. Sie konnte sich an eine Mutter entsinnen, die gesund war und sie nährte. Die Patientin hatte sich bis zu diesem Zeitpunkt nur an die Mutter erinnert, die tot in der guten Stube aufgebahrt lag.

Zu den alles infizierenden Kindheitserinnerungen der Misshandlungen durch Onkel und Tante war eine neue Erinnerung hinzugekommen. Die jahrelangen Missbrauchserfahrungen hatten dazu geführt, dass die Vergangenheit der Patientin stumm war und als intrusische Restriktion die Freiheit in der Gegenwart begrenzte.

Ich glaube, für die Patientin war es von eminenter Wichtigkeit, sich daran erinnern zu können, dass es für sie auch ein Leben vor dem Jahrzehnt der Traumatisierung gegeben hatte. Durch diese „erzählte Geschichte“ konnte die Patientin sich einen Teil ihrer Lebenskontinuität zurückgeben.

Ich würde hier sogar noch weiter gehen und sagen, dass durch diese Honigtopf-Erinnerung, die sie durch das Erzählen mit mir teilen konnte, auch eine Veränderung in ihrem Erleben ihrer eigenen Vergangenheit stattgefunden hat. Mit der Veränderung ihrer Kindheit ist nicht eine Relativierung ihres schweren Schicksals durch den ein Jahrzehnt währenden Missbrauch gemeint. Diese Veränderung hat auch nicht die Funktion, in der Vergangenheit erlittenes Leid und empathisches Versagen durch analytische empathische Aktivität zu korrigieren. Vielmehr wird in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut etwas Neues geschaffen, das die intersubjektive Umwelt verändert. Die frühere Erfahrung und das Wissen über die eigene Vergangenheit werden in der Gegenwart rekontextualisiert, so dass von einer anderen mentalen Landschaft ausgehend operiert werden kann, die neue Verhaltensweisen und Erfahrungen in der Gegenwart und Zukunft ermöglicht.

Diese Veränderung heißt, die Patientin hat ihrer Vergangenheit eine Erinnerung hinzufügen können, die aus einer Zeit stammt, in der sie umsorgt und geliebt wurde. Die erinnerte Geschichte wurde zu einer „lebendigen Vergangenheit“, also zu einer Erinnerung aus der Vergangenheit, die in der Gegenwart gefühlt wurde. Dies ist sicher etwas, das den Selbstwert und das Selbstverständnis der Patientin gestärkt hat und ihr half, Veränderungen in ihrem Beziehungsverhalten vorzunehmen.

2. Beispiel: Der „Jetzt-Moment“

Ganz besonderes Augenmerk wird von Stern auf die so genannten „Jetzt-Momente“ gelegt. Die „Jetzt-Momente“

verlaufen sehr viel dramatischer und haben einen plötzlichen Höhepunkt. Tritt ein „Jetzt-Moment“ auf, wird der Therapeut aus seiner frei schwebenden Aufmerksamkeit gerissen und landet ganz plötzlich, wenn er Glück hat, sogar mit beiden Beinen zuerst, im Jetzt.

Das zweite Beispiel betrifft die Therapiearbeit mit einer 24-jährigen Sozialpädagogik-Studentin, die sich seit drei Jahren in analytischer Psychotherapie befand. Zum Zeitpunkt des Therapiebeginnes hatte sie eine schwere depressive Episode mit akuter Suizidalität. Auslöser war eine Kumulation von Zurückweisungen durch Menschen aus ihrem Lebensumfeld. In den zurückliegenden Jahren der analytischen Psychotherapie hatte sich im Leben der Patientin viel verändert. Die Patientin hatte ihr Studium erfolgreich abgeschlossen und eine Anstellung als Sozialpädagogin gefunden. Sie war bei den Eltern ausgezogen, lebte in einer Wohngemeinschaft, und sie hatte ihre erste feste Beziehung zu einem Mann. Sie wirkte insgesamt ausgeglichener und Symptome wie starkes Nägelkauen und soziale Phobien sowie ihre starke Schüchternheit hatten sich gemildert oder waren ganz verschwunden. Eigentlich waren die Patientin und ich mit der Therapie zufrieden. Wenn da nicht diese Sache mit dem pünktlichen Stundenanfang gewesen wäre. Es verging so gut wie keine Stunde, zu der sie nicht zwischen 10 und 20 Minuten zu spät kam. Auf der anderen Seite war es meist schwierig, die Stunden pünktlich zu beenden. Am Stundenende, schon im Hinausgehen, fiel ihr meistens noch etwas ganz Wichtiges ein, das sie mir, schon in der Tür stehend, noch erzählen musste. Dieses regelmäßige Sprengen des therapeutischen Rahmens versuchte ich mit diversen Interventionen zu klären und zu verändern.

Wenn ich die Patientin mit ihrem Verhalten konfrontierte, entschuldigte sie sich. Einmal versuchte sie mich zu „trösten“, dass sie doch kaum zu spät komme und ihre Freunde viel länger warten müssten. Eigentlich sei sie bei mir so pünktlich wie sonst nirgends. Ausgiebig analysierten wir den Widerstand. Dabei wurden wir auch fündig: So hatte sie einmal miterlebt, wie ich mich von einem anderen Patienten verabschiedete. Ihr erschien die Verabschiedung herzlicher - der narzisstische Wunsch die Einzige zu sein, Neid und Eifersucht wurden bearbeitet. Sie war Einzelkind und hatte Geschwisterrivalität nie erlebt, aber sie hatte stets mit dem Vater um die Mutter konkurriert. Sie erzählte, wie eng die Beziehung ihrer Eltern sei und dass sie sich stets als fünftes Rad am Wagen gefühlt habe. Ihre Mutter habe sich nur mit ihr beschäftigt, wenn der Vater nicht zu Hause gewesen sei.

Diese Therapiestunden waren gut und wichtig, aber ihr Zuspätkommen veränderte sich nicht. Zu guter Letzt teilte ich der Patientin meinen Ärger mit. Die Patientin war empathisch und gelobte Besserung. Eigentlich wussten wir aber, dass sich nichts verändern würde. Mit der Zeit schämte ich mich für mein Bedürfnis nach Pünktlichkeit und für mein rigides Über-Ich. Versuche, das Beste aus der Situation zu machen, also die Zeit für einen Kaffee oder ein Telefonat zu nutzen, waren aber auch frustrierend. Ich empfand dann mein Verhalten als Mitagieren und der gemeinsamen Arbeit nicht zuträglich.

Ich hatte das Gefühl, am Ende meiner therapeutischen Interventionsmöglichkeiten angekommen zu sein. Der Grad an Frustration veranlasste mich, das Problem einem Supervisor vorzustellen. Es musste sich um einen „blinden Fleck“ handeln, und ich hoffte, durch die Supervision sehend zu werden.

Der Supervisor hielt die Unpünktlichkeit der Patientin für einen Nebenschauplatz, der nur von der gemeinsamen Arbeit ablenke. Er riet mir, der Patientin vorzuschlagen auch das Stundenende selbst zu gestalten. Ich fand seinen Vorschlag einleuchtend. Die Intervention schien mir auch im Hinblick darauf, dass die Patienten versuchte, das Stundenende zu dehnen, sehr angemessen.

Zu einer der nächsten Sitzungen kam sie wieder fast 20 Minuten zu spät.

Ich fragte, was es denn gegeben habe, dass sie nicht rechtzeitig zur Stunde habe kommen können. Es waren wieder die kleinen Widrigkeiten vom Telefon, das klingelte, gerade als sie aus dem Büro gehen wollte, und von der verpassten Straßenbahn. Nach diesen Erläuterungen der Patientin schlug ich ihr vor, dass sie von nun an den Anfang und das Ende der Stunde selber gestalten könne.

„Ich habe den Eindruck, dass es Ihnen wichtig ist, den Beginn Ihrer Therapiestunde selbst zu bestimmen. Wie wäre es, wenn Sie auch das Ende unserer Sitzungen festlegen?“

Die Patientin setzte sich halb auf und drehte sich zu mir um, so dass sie mich ansehen konnte. Und noch ehe ich mich von dieser unerwarteten Reaktion erholt hatte, fragte sie:

„Hat das Ihr Supervisor gesagt?“

Nach einer Schreckminute antwortete ich:

„Ja. Ich habe mir keinen Rat mehr gewusst und fürchtete, dass ich etwas Wichtiges, das unsere gemeinsame Arbeit betrifft, übersehe.“

Nach einer längeren Pause spürbaren Nachdenkens, sagte sie:

„Haben Sie nicht Angst, dass ich die Stunden furchtbar überziehe?“

„Das habe ich mich auch gefragt. Aber dann gedacht, dass wir doch erst einmal sehen könnten, wie wir mit diesem neuen Umgang unserer Stunden zurechtkommen.“

Die Patientin legte sich wieder hin und schwieg einige Zeit: „Meine Eltern haben immer gesagt, wenn man mir den kleinen Finger gibt, nehme ich gleich die ganze Hand.“

Die Patientin begann, Erinnerungen aus ihrer Kindheit zu berichten, und wir beide erhielten durch die „erzählte Geschichte“ ein tieferes Verständnis über die emotionalen impliziten Beziehungsmuster zwischen ihr und ihren Eltern, über die drakonischen Strafen von Stubenarrest und körperlicher Züchtigung, die auf Unpünktlichkeit folgten. Es waren sehr schambesetzte Erinnerungen. Aber es schien der Patientin jetzt sehr viel leichter zu fallen, die Erinnerungen mit mir zu teilen.

Der Stundenbeginn blieb weiter variabel, aber der Zeitrahmen des Zuspätkommens verringerte sich. Am Ende der Therapie berichtete die Patientin, dass ihre Freunde schon häufiger anerkennend bemerkt hätten, wie angenehm sie es fänden, dass sie so pünktlich geworden sei.

Ich glaube, dass die Veränderung durch die authentische Antwort und auch durch das Verstehen, dass es mir nicht um Züchtigung oder Einhaltung von Regeln ging, sondern dass

ich Sorge hatte, unsere gemeinsame Arbeit und damit ihr Wohl zu gefährden, zustande kam. Die dramatische Zuspitzung des „Jetzt-Momentes“ mündete in einen „Moment der Begegnung“ (moment of meeting). Die Patientin konnte nun von schambesetzten Erinnerungen erzählen, die vorher fest in ihr verschlossen gewesen waren.

„Es hat den Anschein, als ob der Therapeut unwillkürlich in den Sog eines Systems mit unbekanntem Spielregeln gerät. Und oft gibt es trotz bewusster Reflexion der Gegenübertragungsgefühle Schwierigkeiten, dem Strudel zu entkommen“ (Gunz, 2008).

Meine starke Irritation durch die Unpünktlichkeit der Patientin war sicher so ein Strudel. Durch die Intervention des Supervisors machte ich der Patientin einen Vorschlag, der unser vertrautes intersubjektives Beziehungsumfeld veränderte. Dieser Bruch im gewohnten Vorgehen muss den therapeutischen Rahmen nicht zwangsläufig gefährden, aber die Patientin reagierte irritiert und vermutete gleich, dass sich ein Dritter in unsere Dyade eingemischt hatte. Die Situation erforderte eine spezifische und persönliche Antwort, die über die bekannten technischen Maßnahmen hinausging. Stern und die Process Study Group (1998) schreiben, dass der Therapeut sich entscheiden muss, ob er im vertrauten habituellen Rahmen bleiben will oder nicht. Er ist zu einer Art „Aktion“ gezwungen. Diese Aktion kann die Bitte an den Patienten um Klarifikation sein. Der Therapeut kann eine Deutung geben oder Schweigen. Er kann aber auch den gewohnten Rahmen verlassen und etwas Neues wagen (Stern & Process Study Group, 1998). Beide, Therapeut und Patient, begegnen einander in diesem Augenblick des „Jetzt-Momentes“ als Personen. Sie sind relativ ungeschützt, weil sie ihre gewohnten therapeutischen Rollen aufgeben.

In meinem Beispiel konzentriert sich der „Jetzt-Moment“ auf stark besetztes Übertragungsmaterial. Gerade bei Patienten mit höherem Strukturniveau ist dieser hochemotional aufgeladen und kommt sehr unvorbereitet. Die Patientin erlebte meine Konfrontationen mit ihrer Unpünktlichkeit als die einengenden und strengen Forderungen ihrer Eltern. Sie hatte das Gefühl, die Regeln dienten deren Bequemlichkeit. Sie fühlte sich von ihnen nicht gesehen und in ihren Bedürfnissen wahrgenommen.

Dieses aufgeladene Übertragungsmaterial hätte sicher auch durch eine authentische Deutung aufgelöst werden können. Nur ist in meinem Beispiel das Material erst durch den gemeinsam bestandenen „Jetzt-Moment“ und den daraus resultierenden "Moment der Begegnung" sichtbar geworden. Also erst nachdem sich die gemeinsame implizite Beziehung einer Neueinschätzung unterzogen hat. Die Veränderung des intersubjektiven Feldes machte es möglich, dass wichtige explizite Inhalte auftauchten. So konnte die Reinszenierung des Zuspätkommens neu inszeniert werden, weil über die Realität des Therapeuten neue Elemente in die Beziehung gelangten (Daser, 2005).

Es muss an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass das Modell des impliziten Beziehungswissens und seiner Veränderungen kein Defizit-Modell, im Sinne von „mikrokorrektiven emotionalen Erfahrungen“ ist, sondern ein Modell von der Erzeugung von Kontexten, die neue emergente Eigenschaften zulassen.

3. Beispiel: Agieren und implizite Beziehung

In der dritten Fallvignette möchte ich deutlich machen, dass die impliziten Beziehungserfahrungen nicht unbedingt verbalisiert werden müssen, um wirksam im Sinne von Veränderung zu sein.

Eine 26-jährige Studentin der Geisteswissenschaften wurde durch ihre Gynäkologin überwiesen. Sie hatte in wenigen Wochen stark an Gewicht verloren (BMI 16,5) und eine Amenorrhoe.

Zu mir kam eine ernste junge Frau mit großen dunklen Augen, die durch ihr hageres Gesicht noch größer wirkten. Sie war gänzlich uneitel gekleidet. Der gerissene Schnürsenkel war wieder zusammengeknotet, die erdbraune Kleidung unterstrich die asketische Anmutung. Ich erfuhr, dass sie bis vor Kurzem noch mit ihren Eltern und einem jüngeren Bruder zusammengelebt hatte. Jetzt lebte sie allein in einer kleinen Souterrainwohnung. Ihre biographische Anamnese war unauffällig. Sie hatte das Gymnasium besucht und war kurz vor dem Diplomabschluss ihres Studiums. Sie war aktives Mitglied ihrer Kirchengemeinde und schien sozial gut integriert. Der starke Gewichtsverlust und dass es sich um eine psychische Krankheit handeln könne, schienen die Patientin völlig zu überraschen. Die ersten Stunden waren voller Tränen. Der Grund der Tränen blieb mir verschlossen. In meiner Gegenübertragung hatte ich das Gefühl, dass die Patientin die Therapiestunden wie eine weitere Prüfung oder gar Strafe empfand.

Es wurde Herbst und kälter. Die Patientin kam weiter mit dem Fahrrad. Sie sorgte nicht für wärmere Kleidung, und so kam sie meist völlig durchgekühlt zur Sitzung. Sie nahm Platz, antwortete einsilbig auf Fragen und weinte. Anfang November war es bitterkalt geworden. Als ich zur Begrüßung ihre eiskalte Hand in meine nahm, fragte ich sie – eigentlich noch bevor ich es mir selbst richtig überlegt hatte –, ob sie eine Tasse Tee trinken möchte.

Sie willigte ein: „Aber nur wenn es Ihnen keine Umstände macht.“ In dieser Stunde hielt sie sich am Teebecher fest. Wir sprachen wenig. Ich bedrängte sie nicht mit Fragen, aber das Schweigen war nicht kalt, sondern warm, als gäbe die Abwesenheit von Worten die Möglichkeit, dass sich etwas anderes entwickeln könnte. Von dieser Stunde an bereitete ich für jede Stunde Tee. Ich erfuhr über die dampfende Teetasse hinweg, dass sie sich in einen jungen Theologiestudenten verliebt hatte. Am Tag, als er zum Priester geweiht wurde, habe sie sich vorgenommen, nur noch so viel zu sich zu nehmen, wie sie unbedingt zum Leben brauche und auf alles Überflüssige, jeden Luxus in ihrem Leben zu verzichten.

Zum Nikolaustag bekam ich von ihr ein kleines Päckchen. Als ich es öffnete, befand sich darin eine Tüte mit Tee. Auf dem Etikett stand „Kontakt-Tee“.

Vermutlich wurde das „Teeangebot“ durch zahlreiche Vorgänge in den vorangegangenen Sitzungen vorbereitet. Das Auftauchen dieses Momentes war aber weder geplant oder vorhersehbar, sondern spontan. Ich hatte in diesem Moment mitagiert. Sandler bezeichnet das als „Rollen-Antwortbereitschaft“, Klüwer prägte den Begriff des „Handlungsdialoges“.

Sprechen und Handeln sind keine grundsätzlich unterschiedlichen Tätigkeiten, weil jedes Wort ein Handlungsmoment

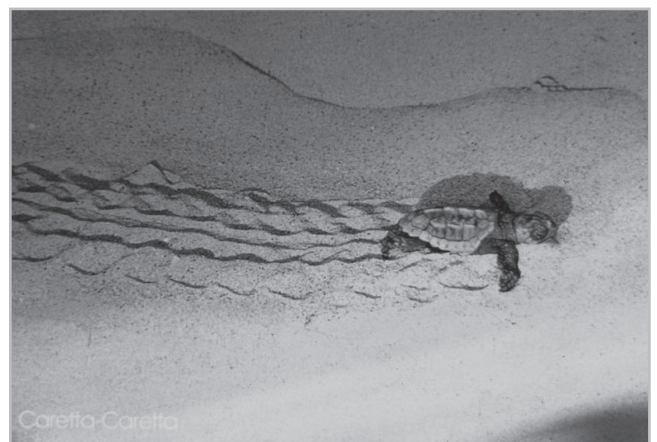
ist und jede Handlung einen Mitteilungsaspekt besitzt (Daser, 2005). Heute wird die unfreiwillige Mitbeteiligung des Analytikers am Agieren des Patienten von vielen Autoren als ein für den analytischen Prozess unverzichtbares Phänomen verstanden (Klüwer, 2000).

Ich glaube, das Teeangebot wurde von uns beiden implizit verstanden und brauchte keine Worte, um seine Wirkung zu entfalten. Der Vorgang erweiterte das implizite Wissen über unsere Beziehung. Stern (2005) geht davon aus, dass in diesen Momenten die Interaktionspartner spüren, was im anderen vorgeht, und sie wechselseitig Anteil nehmen. Es findet eine Interpenetration beider Psychen statt und erzeugt zwischen ihnen einen neuen Zustand der Intersubjektivität.

Der Moment des „Kontakt-Tees“ war eine kurze und stark verdichtete Geschichte unserer Beziehung. Diese Geschichte wurde nicht niedergeschrieben oder erzählt, sondern unmittelbar erlebt. Die Momente prägen sich dem Gedächtnis beider Beteiligten ein. Auch ohne verbalisiert zu werden, wird der Moment gespeichert, so dass man sich an ihn erinnert und er ins Bewusstsein gelangen kann (Stern, 2005).

Solche Aussagen sind schwer zu belegen. In dieser analytischen Psychotherapie brachte die Patientin am Ende der Behandlung Postkarten und Fotos mit. Mit Hilfe der Bilder beschrieb und illustrierte sie ihre Empfindungen während der Therapie. Ich möchte hier die ersten beiden Bilder zeigen. Sie stellen den Therapiebeginn bis zum „Kontakt-Tee“ dar.

Mein Angebot der Tasse heißen Tees war eine spontane Handlung, über die ich vorher in keiner Weise nachgedacht hatte. Im Nachhinein fragte ich mich, ob dieses Mitagieren eine tiefere analytische Arbeit der Patientin verzögert und gehindert habe. Aber auch, ob diese Form der Bemutterung für die Patientin eher entwicklungshindernd gewesen sein könnte. In den Phasen, in denen das Kind um die eigene Autonomie ringt, unterbricht es aktiv den intersubjektiven Dialog zwischen sich und einem oder beiden Elternteilen (Ramberg, 2006). Ich habe mir diese Fragen während der Therapie immer wieder gestellt. Erst durch die Fotos am Ende unserer gemeinsamen Arbeit sind sie zum Teil beantwortet worden.



Mit dem ersten Bild der kleinen Schildkröte beschrieb die Patientin, wie sie sich fühlte, als sie zu mir kam. Es macht deutlich, wie stark die Patientin regrediert war. Die Ich-Regression kann zum regressiven Sprachverlust und damit zum sekundären Versagen der Symbolisierungsfunktionen

führen (Ermann, 2005). Bis zum spontanen Tee-Angebot hatte ich keine Möglichkeit gefunden, mit der Patientin in Kontakt zu kommen. Mit dem Geschenk des Kontakt-Tees zeigte die Patientin, dass ihr die Intervention geholfen hatte, ihr Verstummen zu überwinden und mit mir in Verbindung zu treten. Diese Kontaktaufnahme beschreibt sie durch das zweite Bild. Es ist ein Bild von ihr und ihrem Vater.



Für die Patientin symbolisierte dieses Bild Schutz und Geborgenheit, aber auch Hilfe bei der Regulation unerträglicher emotionaler Zustände.

Die drei Beispiele sollen zeigen, dass ein spontaner und vielleicht auch persönlicher Moment innerhalb der Therapie, die implizite Beziehung zwischen Patient und Therapeut verändern und so die Heilung voran bringen kann.

Ich möchte mit einem Text von Stern (2005) abschließen.
„Diese Überlegungen rufen alte Fragen auf den Plan, die die Unterscheidung zwischen den stärker psychoanalytisch orientierten Therapieformen einerseits und den Körper-, Bewegungs- und Ausdruckstherapien andererseits betreffen. Da sich die Psychoanalyse traditionell auf den verbalen Bereich konzentrierte, war es unvermeidlich, dass alternative Therapien auftauchten, die dem Körper Vorrang gaben. Heute kann niemand behaupten, den Königsweg zum Unbewussten gefunden zu haben. Ob Traum, freie Assoziation, „Gegenwärtmoment“, Körpersensationen oder körperlicher Ausdruck und Aktionen – wenn sich schon kein Königsweg ausmachen lässt, so bieten sie allesamt, doch einen hinreichend guten Zugang zur menschlichen Psyche einschließlich ihrer unbewussten und impliziten Anteile.“

■ Literatur

- Beutel, M.E. (2005). Neurowissenschaften und Psychotherapie. Neuere Entwicklungen, Methoden und Ergebnisse. *Psychotherapeut*, 2, 1-10.
- Daser, E. (2005). Anerkennung als interaktionelles Moment in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 2, 168-183.
- Eisenberger, N.I., Liebermann, M.D., Williams, K.D. (2003). Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science*, 302, 290-292.
- Ermann, M. (2005). Explizite und implizite psychoanalytische Behandlungspraxis. *Forum der Psychoanalyse*, 1, 3-13.
- Ferenczi, S. (1999). Ohne Sympathie keine Heilung. Frankfurt: Fischer TB
- Fonagy, P. (2009). Fortschritte in Affect Science: Implikationen für Klinische Interventionen in der Psychosomatischen Medizin. Hand-out. DGPT-Kongress, Mainz.
- Fujiwara, E. & Markowitsch, H.J. (2003). Das mnestiche Blockadesyndrom – hirneurobiologische Korrelate von Angst und Stress. In G. Schiepek (Ed.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 186-212). Stuttgart: Schattauer.
- Gunz, A., Villmann, T, Bergmann, B. & Geyer, M. (2008). Übertragung. Ein attraktiver Systemzustand. *Forum der Psychoanalyse*, 3, 229-2245.
- Heimann, P. (1978). Über die Notwendigkeit für den Analytiker mit dem Patienten natürlich zu sein. In S Drews (Ed.), *Provokation und Toleranz: Alexander Mitscherlich zum 70.Geburtstag* (S. 215-230). Frankfurt: Suhrkamp.
- Klüwer, R. (2000). Agieren. In W. Mertens & B. Waldvogel (Eds.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 42-48). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ramberg, L. (2006). In dialogue with Daniel Stern: A review and discussion of *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. *Internationales Forum of Psychoanalysis*, 15, 19-33.
- Roth, G. (2003). Wie das Gehirn die Seele macht. In G. Schiepek (Ed.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 28-41). Stuttgart: Schattauer.
- Stern, D.N. & the Process Study Group (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stern, D.N. & the Process Study Group (2002). Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. *Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. Psyche – Z Psychoanal*, 56, 974-1006.
- Stern, D.N. (2005). Der Gegenwärtmoment. *Veränderungsprozess in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.

■ Korrespondenzadresse

Dr. med. Katherina Giesemann
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse
Türkenstraße 104
80799 München
E-Mail: dr.giesemann@web.de