

Von der Kooperation zur Mit-Bewegung¹

Günter Heisterkamp

1 *Adler als Vordenker der intersubjektiven Perspektive*

Dieser Aufsatz gründet in der Überzeugung, dass „Alfred Adler als Vordenker der intersubjektiven Perspektive in der Psychoanalyse“ anzusehen ist und „mit seinen psychologischen Auffassungen zur Beziehung, zur Entwicklung, zum Problem der Macht und zum Gemeinschaftsgefühl (...) wichtige Positionen vorgedacht“ hat, wie es Petra Heisterkamp (1996, S. 131) bereits vor über 20 Jahren hervorgehoben hat. Vorbereitet wurden diese Überlegungen von Witte und Antoch. Zwischen dem, was und wie es Adler vor über 100 Jahren gesagt und wie er es in seinen Behandlungen angewandt hat und einer zeitgemäßen Weiterführung seines ganzheitlichen Konzeptes, erst recht seiner psychodynamischen Grundüberzeugung klafft allerdings eine Lücke, die ich in diesem Aufsatz ausdrücklich und psycho-logisch zu schließen versuche, und zwar so, dass der verlaufsanalytische Entwurf Adlers erhalten bleibt und psychologisch weitergeführt wird. Adlers Vermächtnis liegt in der skeptischen Frage an seine Leser und Zuhörer: „Ist denn das so sicher, daß wir alle Bewegung sind, unser Leben nur als Bewegung zu fassen ist?“ (Adler, 1926/1982, S. 137). An anderer Stelle ergänzt er im Sinne seiner morphologischen Grundannahme: „Dieses Bild der eingeschränkten Bewegung finden wir bei allen neurotischen Symptomen“ (Adler, 1931b/1979, S. 52). Darin verbirgt sich eine bis auf den heutigen Tag unerledigte methodologische Entwicklungsaufgabe der Individualpsychologie als Wissenschaft. Lebensbewegung wird so zum Dreh- und Angelpunkt einer tiefenpsychologischen Analyse, d. h. alle Aussage- und Vorgehensweisen müssen aus dieser Psycho-logik abgeleitet werden, sonst füllen sich die Verstehenslücken mit Projektionen, die den Phänomenen unangemessen sind.

In früheren Aufsätzen habe ich bereits herausgearbeitet, in welche methodologischen Schwierigkeiten sich Adler mit seiner dynamischen Weiterführung selbst und seine Nachfolger gebracht hat. Um mich so wenig wie nötig zu wiederholen, verweise ich deswegen auf meine methodologischen Veröffentlichungen „Konturen einer tiefenpsychologischen Analyse originärer Lebensbewegungen“ (1990) und „Selbstbewegung und Mit-Bewegung“ (2002b) sowie „Psychotherapie aus der Mit-Bewe-

¹ Diesen Aufsatz widme ich meinem verehrten Kollegen und lieben Freund, Drs. Robert C. Ware, mit dem ich über viele Jahre im Steißlinger Kreis an der leiblichen Fundierung analytischer Psychotherapie gearbeitet habe und der am 19. Juni 2017 plötzlich verstorben ist.

gung“ (1993). Mein frühester Beitrag zur Weiterentwicklung der Individualpsychologie geht auf einen Aufsatz aus dem Jahre 1983 mit dem Titel „Psychotherapie als Beziehungsanalyse“ zurück, in dem ich mich mit dem Problem der Vernachlässigung des Beziehungsaspektes und der mangelnden Einführung trotz aller guten individualpsychologischen Vorsätze befasste und den ersten Versuch mit einem Behandlungsmodell (dem *Indem* aus Akzeptanz und Verweigerung) mache.

Hier wird mit dem Begriff der Lebensbewegung der Psychische Gegenstand Adlers wieder aufgegriffen. In diesem Sinne haben Peter Geißler und ich unser Einführungswerk in eine leibfundierte Behandlung als „Psychoanalyse der Lebensbewegungen“ (2007) konzipiert. Der „Psychische Gegenstand“ (Salber, 1982) hat zwei Seiten: die Auffassungsweise (Theorie) und die Vorgehensweise (Methode). Der letzte Aspekt, also die praxeologischen Überlegungen, wird hier im Vordergrund stehen. Das hat mehrere Gründe: Die allgemeinen Auffassungen und Ableitungen geraten in der Psychoanalyse im Allgemeinen und in der Individualpsychologie im Besonderen leicht zu Erörterungen, die sich zu weit von den gemeinten Phänomenen entfernen und nicht mehr zu ihnen zurückfinden. Die praxeologischen Ausführungen hingegen ermöglichen wegen ihrer Nähe zum unmittelbaren Wirkungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut immer wieder Prozesse des präsentischen Verstehens.

2 Psychotherapie als Kooperation?

Adlers Grunderfahrung vom Seelischen ist eine ganzheitliche. So bemüht er sich ausdrücklich darum, das Geschehen *zwischen* Patient und Therapeut durchgängig und umfassend zu betrachten. „Die Beratung ist für den Patienten ein soziales Problem. Jede Begegnung eines Menschen mit einem anderen ist ein solches. Es wird sich demnach jeder in seinem Bewegungsgesetz vorstellen“ (Adler, 1933a/1973, S. 173). In der amerikanischen Originalausgabe aus dem Jahre 1931 unter dem Titel „What Life Should Mean To You“ schreibt Adler: „Treatment itself is an exercise in cooperation and a test of cooperation“ (Adler, 1931a/1958, S. 72). Die deutsche Übersetzung dieser Stelle in „Wozu leben wir“ in der Werkausgabe des Fischer-Verlags (1979) ist mit „Die Behandlung selbst ist eine Erziehung zu gemeinschaftlicher Arbeit und ein Test für die Bereitschaft dazu“ (Adler, 1931b/1979, S. 64) leider pädagogisch verbrämt und psychologisch verunglückt. Es ist ein besonderes Verdienst von Antoch, dem Mitherausgeber dieser Werkausgabe, in seinen eigenen Publikationen (2006, S. 355) einen wesentlichen Beitrag für den Erhalt des eigentlichen Sinns des Adler-Zitates geleistet zu haben. Eine angemessene deutsche Übersetzung lautet: „Die Behandlung selbst ist eine Übung *in* Kooperation und eine Prüfung *der* Kooperation.“ Diese Definition ist mittlerweile zu einem geflügelten Wort in der Individualpsychologie geworden. Das „itself“ halte ich für besonders beachtenswert. Damit wird der Fokus von der bloßen Feststellung, Psychotherapie sei eine Kooperation, noch mehr auf die Tatsache gelenkt, dass es bei der Therapie um „interaktive“, „intersubjektive“ oder „relationale“ Wirkungszusammenhänge geht. Ausgehend von der allgemeinen Erfahrung, dass niemand

Objekt sein will (Adler, 1918/19/1982, S. 28 f.) betont er die „Gleichwertigkeit“ als therapeutisches Prinzip. Petra Heisterkamp (1995) hebt hervor, dass dies aus einem intersubjektiven Ansatz heraus geschieht.

„Die von Adler betonte ‚Gleichwertigkeit‘ läßt den gesamten psychotherapeutischen Prozeß als ein wechselseitiges Geschehen zwischen Subjekten erscheinen, wobei über lange Zeit der analytischen Behandlung die gleichwertige Subjekt-Subjekt-Beziehung nur durch die Psychoanalytikerin aufrechterhalten wird. Diese Position in der psychotherapeutischen Beziehung beizubehalten, d.h. die Spannung zu einem Gegenüber auszuhalten, sich nicht helfend des Patienten zu bemächtigen und sich nicht durch ihn bemächtigen zu lassen, ist eine der vordringlichen Aufgaben des Psychotherapeuten. Für Patienten bedeutet diese intersubjektive Erfahrung, sich selbst finden und den Anderen wahrnehmen zu können. Das dabei entstehende freudige Gefühl wird erlebt als ein ‚Zwischen uns beiden‘ (Benjamin, 1990, S. 49).“ (Petra Heisterkamp, 1995, S. 250)

Hier wird eine tiefenpsychologische Behandlung bereits als ein Wirkungsgeschehen von Verwicklung und Entwicklung gesehen, und *das Therapeutikum liegt in dem Geschehen als Ganzem*. Diesen Grundgedanken will ich im Folgenden weiterführen entsprechend einem stimmigen psychischen Gegenstand im Sinne Adlers. Was ein Begriff wie Kooperation allerdings noch nicht hergibt, ist die spezifische Eigenart therapeutischer Wirkungszusammenhänge, z. B. die verschiedenen Verfassungen von Patient und Therapeut oder die asymmetrische Form des Wirkungsgeschehens. Das Spezifische des psychotherapeutischen Werkes verschwindet in der Pauschalaussage von Kooperation, übrigens genauso wie in den Begriffen „Beziehung“, „Kontakt“, „Interaktion“, „Intersubjektivität“, „Relation“ usw. Dennoch bleibt mit dem Hinweis auf das „treatment itself“ eine Zentrierung der psychoanalytischen Überlegungen auf das, *was sich zwischen Patient und Analytiker abspielt*, also auf die Behandlung als Ganzes, die Behandlung als Werk, kurz das Behandlungswerk (Endres & Salber, 2001) bestehen.

Adler, der davon ausging, dass der Patient gar nicht anders kann, als sich in seinem charakteristischen Bewegungsmuster vorzustellen und dem Therapeuten sogar schon seinerzeit nahelegte, zuweilen von Worten oder Settingvorgaben abzusehen und vorwiegend auf die Ausdrucksbewegungen zu achten, lag deswegen der Begriff der „Operation“ oder der „Handlung“ nahe. In der aktuellen Psychoanalyse ist der Handlungsbegriff ja auch zunehmend bedeutender geworden mit den Zuspitzungen in der Enactmentforschung (Heisterkamp, 2002b) und mit der Entdeckung der Gegenwartsmomente nach Stern (2005). Ich sehe deswegen *die gegenwärtige Entwicklungsaufgabe der Psychoanalyse darin, das unmittelbare Wirkungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut psychoanalytisch zu erfassen und praxeologisch zu erschließen*. Wenn wir die Asymmetrie der psychotherapeutischen Behandlung nicht übersehen, ist die Formulierung Adlers, nach der Psychotherapie

eine Übung der Kooperation und eine Einübung von Kooperation sei, ein grandioser Entwurf. Der Begriff der Operation stellt darüber hinaus auch einen Bezug zu Piaget, dem bedeutendsten Entwicklungs- und Lernpsychologen des vorigen Jahrhunderts, her. Was er für die Intelligenz – wenn auch noch unter Vernachlässigung der emotionalen Beteiligung – entdeckt hat, gilt für die gesamte seelische Wirklichkeit. Sie entstammt konkreten Erlebnis- oder Handlungseinheiten. Selbstentfremdeten Patienten, die erlebensleer von sich oder über sich sprechen, fehlen frühe Selbstobjekterfahrungen, wie ich sie an einem Beispiel in meinem Buch (2015) über das Glück der Großelternsituation beschreibe.

Es geht um ein Erlebnis auf einer Fahrradtour, bei der mein jüngster, damals zweijähriger Enkel, der als einziger nicht auf einem eigenen Fahrrad fuhr und mit einem Kindersitz auf dem Gepäckträger seiner Mutter Vorlieb nehmen musste. Von einer empathischen Tante wurde er in seinem Eingezwängt Sein wahrgenommen und sprachlich empathisch („Das ist aber auch eng“, das letzte Wort „eng“ dabei stimmlich hervorgehoben und mit Gesten unterstrichen) begleitet. Das Wort „eng“ übernahm er und beklagte sich anschließend bei seiner Mama lauthals und wiederholt „Eng, Mama, eng!“ Dabei patschte er mit den Händen gegen ihre Hüfte. Ein schönes Beispiel einer amodalen Einstimmung eines Selbstobjektes auf den affektiven Zustand eines Kindes (Stern, 1992)!

Es ist für Adler selber nicht so leicht, bei seiner Seh- und Kernerfahrung zu bleiben, wie das folgende Zitat zeigt: „Der Vollzug der Änderung im Wesen des Patienten kann einzig nur sein eigenes Werk sein“ (Adler, 1930/1974, S. 62). Der Therapeut könne nur die Irrtümer zeigen, der Patient müsse selbst „die Wahrheit lebendig machen“ (Adler, 1933a/1973, S. 174). Aus heutiger Sicht wird das psychotherapeutische Werk nicht als Ganzes gesehen. Um es an dem seit Adler geläufigen, englischen Sprichwort zu erläutern, nachdem man ein Pferd nur zum Wasser führen, aber „es nicht trinken machen“ (Adler, 1933a/1973, S. 174) könne: Dieses stimmt nämlich nur in einem eingeschränkten Sinne. Das Gleichnis verführt zu einer Vereinseitigung des psychotherapeutischen Wirkungsgeschehens, als ob der Therapeut immer wisse, wo eine bekömmliche Tränke für ein bestimmtes Tier zu finden wäre. Es verdeckt die Hinweise des Pferdes bei der Suche nach dem Wasser; und wenn es nicht trinkt, kann die Quelle oder das Wasser auch vergiftet sein. Die Therapieergebnisse resultieren aus einem Wirkungsprozess *zwischen* Patient und Therapeut, sie sind immer Resultate des gesamten Werkes. Ob die Schüler am Ende des Mathematikunterrichts den Satz des Pythagoras verstanden haben, hängt nicht nur von ihnen allein ab, sondern auch von dem Unterrichtsprozess, aus dem heraus die Lernergebnisse erwachsen sind. Ich denke auch an viele Supervisionen, in denen Supervisanden latent vorwurfsvoll hervorheben, dass ihre Patienten alles verstanden hätten, es aber nicht umsetzen würden. Eine solche Äußerung sichert eine kognitivistische Vorannahme, dass das Einsehen notwendig zu einer Veränderung führe. Die Erfahrung lehrt uns aber etwas anderes. Dennoch ist an der Äußerung Adlers ein wesentlicher Aspekt, der nicht zu übergehen ist, nämlich dass kreative Wandlungen im Patienten und/oder im Therapeuten Ereignisse sind, in denen etwas mit den Betroffenen passiert, in denen etwas lebendig wird, sie vom Leben affiziert werden, wie es in der Lebensphänomenologie

heißt. Die Gefahr des Gleichnisses besteht darin zu übersehen, dass jede Wandlung ein schöpferischer relationaler Akt ist, den man nicht einfach machen kann, wie man trinken kann, sondern für den man sich nur offen halten kann. In diesem Sinne macht Bauriedl (1994; Herberth & Maurer, 1997) darauf aufmerksam, dass die Veränderung des Patienten im Therapeuten beginne.

Die seiner Zeit weit vorausseilende Erkenntnis vom intersubjektiven Geschehen zeigt sich in der primär ganzheitlichen Perspektive auf das Geschehen zwischen Patient und Therapeut. Uns hat Adler aber noch einige psychologische Weiterführungen als Entwicklungsaufgabe hinterlassen. Die Struktur der Kooperation zwischen Patient und Therapeut ist eine andere als die bei einem Liebespaar, bei einem Lehrer und seinen Schülern, bei einem Trainer und seinen Spielern, bei einem Pastor und seiner Gemeinde, bei einem Bestatter und seinen Auftraggebern usw. Deswegen bleiben wir noch eine Weile auf dem Weg, die psychotherapeutischen Wirkungszusammenhänge beschreibungsnah und phänomengemäß genauer zu erfassen. Das Muster der Kooperation, das Adler wie Freud und Jung ebenso praktizierten, ist noch von einer kognitivistischen Voreinstellung geprägt. Der Therapeut ist der Wissende und der Patient der Ratsuchende, und es geht nur darum, die unbewussten Motive des Patienten aufzudecken. Das Pferdebild von der Therapie ist dafür typisch und kennzeichnet die anfängliche Einbahnstraße tiefenpsychologischer Behandlungen.

Seiner kooperativen Grundauffassung verdanken wir auch fundamentale Auffassungen zur Einführung und zur Ermutigung. Und er versichert ausdrücklich: „Niemand, der auch nur das geringste von der Individualpsychologie verstanden hat, würde hergehen und versuchen, Fälle wie die genannten dadurch zu heilen, daß man dem Patienten (...) Vorwürfe macht, als wenn wir Dinge zum Guten wenden könnten, indem wir den moralischen Zeigefinger erheben“ (Adler, 1929a/1981, S. 168). Das ist aber leichter zu schreiben oder zu fordern, als es in der Hitze oder Aufregung des wechselseitigen Geschehens praxeologisch zu verwirklichen ist. In den Ausführungen von Adler und vielen seiner Nachfolger kommt es immer wieder – leider bis auf den heutigen Tag – zu Verstößen gegen die eigenen Proklamationen.

Bei Formulierungen wie: Fehler und Irrtümer aufzudecken, dem Patienten tendenziöse Apperzeptions-schemata nachzuweisen, Vorgänge als falsch, unreif und unhaltbar hervorzuheben usw. spürt man aus heutiger Sicht sofort, wie schnell sich das globale Beziehungsmuster noch in diagnostisch distanzierte Kategorisierungen oder autoritäre Bestimmungen wandelt und die operative Teilhabe an diesem System wenig therapeutisch und schon gar nicht empathisch wirksam werden kann, sondern viel eher einer fatalen Wiederholung zu entsprechen scheint. Wenn Adler von einem Entlarven oder Demaskieren oder Entwaffnen des Patienten spricht, missrät die Diagnose zu einem Steckbrief oder Sündenregister. Wenn er die Aufdeckung des neurotischen Systems oder Lebensplans als wichtigsten Bestandteil der Therapie betrachtet, wird deutlich, welches Übergewicht Aufdeckung, Einsicht, Erkennen, also die kognitive Komponente, wie es auch noch bei Freud und Jung geschieht, bekommt. Es ist aus heutiger Sicht geradezu ein Widerspruch in sich festzustellen, dass diese Aufdeckung „in

einem freundschaftlichen ungezwungenen Gespräch“ stattfindet. Die Rede von „Freunden“ oder „Partnern“ begreift nicht die anzustrebende psychotherapeutische Beziehung. Und Verweise auf so etwas wie Gleichwertigkeit sind Moralisierungen, die blind machen für die jeweils zu beobachtende, zu beschreibende und zu bearbeitende Form psychotherapeutischen Bezogenseins. Auch die Berufungen von „Gemeinschaftsgefühl“ oder „Solidarität“ gehen nicht über die Verwendung auf einem Parteitag, bei einer Predigt oder in einer Talk-Runde hinaus. Mit der Wahl dieser Kategorien bewegen wir uns nur noch im Banne der Worte und bringen uns in eine tendenziöse Verfassung, in der wir aus dem methodologischen Austausch mit den Phänomenen herausfallen.

Das Essential Adlers, *„sich der Führung des Patienten zu überlassen“* (1930/1974, S. 60) ist zweifellos als Vermächtnis zu erhalten. Bereits seine folgenden Worte machen aber auch deutlich, dass dieses Folgen ständig in der Gefahr ist, zu einer Verfolgung zu werden, wenn z. B. die „Operationslinie“ des Patienten „aufgedeckt“ oder diese gar „demaskiert“ werden soll. Oder wenn es wenig später heißt, dass Fehler oder primitive Apperzeptionsschemata dem Patienten „vor Augen zu führen“, ihm Abwege nachzuweisen und als „unreif, unhaltbar“ zu „entlarven“ sind. Derartige Moralisierungen als Randerscheinungen abzutun, statt sie als zentrale Widersprüche von Adlers Gegenstandsbildung zu überwinden, führt die Individualpsychologie bis auf den heutigen Tag in Publikationen wie in Protokollen ihrer Institutionen auf *wertende Abwege*, bei denen die psychologischen Fragen nach den Einheiten des Erlebens sowie dem Zusammenwirken zugunsten von Wertungen aufgegeben werden. Wenn Individualpsychologen das Wort Gemeinschaftsgefühl in den Mund nehmen, dann dauert es nicht lange, bis sie die Individualpsychologie zu predigen scheinen. Das hängt unmittelbar mit der Tabuisierung des Machtbegriffes zusammen. Antoch, der sein gesamtes individualpsychologisches Leben mit der Analyse dieser Phänomene verbracht hat, fasst die Ergebnisse in diesem Sinne zusammen. Danach schielen Adlerianer nicht nur auf einem Auge, sondern sind blind: z. B. für die Macht der Liebe oder die Macht von Gewohnheiten oder Besessenheiten oder für den tiefenpsychologischen „Gemeinsinn“ beispielsweise hinter der Verabredung von Hooligans zu einer Prügelei.

Die praxeologischen Überlegungen fangen neben allen grundlegenden Entdeckungen vor etwa hundert Jahren verständlicherweise noch ziemlich vorwissenschaftlich an. So betont Adler, dass die Aufdeckung des neurotischen Lebensstils „in einem freundschaftlichen, ungezwungenen Gespräch“. (Adler, 1930/1974, S. 60) geschehe. Vom Therapeuten schlicht zu fordern, dass er „persönlich“, „freundlich“, „ungezwungen“, „solidarisch“ oder „gleichwertig“ zu reagieren habe, birgt methodologische Unzulänglichkeiten, die sich bis heute auswirken. Alle derartigen Zuschreibungen haben fachliche Mängel. Sie sind so global, dass sie wiederum nichts sagend werden. Sie gelten für eine Vielzahl von Berufen oder Funktionen. Sie bleiben die Antwort schuldig, wie diese Eigenschaften eine psychologische Behandlung machen oder was diese und andere geforderten Eigenschaften machen, wenn sie nicht mehr gebraucht werden. Stattdessen führen sie zu Tugendkatalogen, an denen Therapeuten oder Lehrer oder die vielen anderen Berufe gemessen werden. Sie bleiben das Spezifische schuldig, was einen Therapeuten vom Lehrer, Pfarrer, Trainer oder Bestatter unterscheidet.

Die methodologischen Unzulänglichkeiten werden sogar bei typisch erscheinenden Attributen deutlich. Wer würde bezweifeln, dass ein Therapeut auch empathisch sein sollte? Aber diese geforderte Eigenschaft kann auch wirksam bei der Folter eingesetzt werden. Zurzeit kann man einen kollektiven Prozess beobachten, in dem der Begriff der Achtsamkeit zum neuen geflügelten Wort wird und sich immer weiterer Ausbreitung erfreut. Bei der letzten Olympiade habe ich schmunzelnd festgestellt, dass „achtsam“ und „Achtsamkeit“ mittlerweile auch den Pferdesport erreicht hat. Die Achtsamkeit einer Dressurreiterin oder einer Geländereiterin für das Verhalten und Erleben ihrer Pferde qualifiziert diese nicht für die psychotherapeutische Behandlung. Die genannten Eigenschaften gewinnen erst ihren Sinn, wenn sie als Züge einer Mitbewegung innerhalb eines psychotherapeutischen Behandlungswerks erfasst werden. Der globale Hinweis auf Achtsamkeit bleibt eine leere Floskel, wenn nicht die Asymmetrie des Behandlungsgeschehens mitgedacht wird und insbesondere die Regeln der Transformation eingesetzt und eingeübt werden, dass z. B. die Gegenübertragungsgefühle – insbesondere die anstößigen – zugelassen werden und eine Form gefunden wird, wie sie förderlich in den Behandlungsprozess eingeführt („transformiert“) und psychotherapeutisch wirksam werden können, also zur Befreiung des Patienten aus seinen Blockierungen und Verstrickungen verhelfen.

3 *Lebensbewegung und Mit-Bewegung*

Adlers Grunderfahrung vom Leben als Bewegung entwirft seinen gesamten psychischen Gegenstand. Er spricht vom „Strom des Lebens“ (1924/1982, S. 83), von „seelischer Bewegung (die alles ist), alles durchfließt“ (Adler, 1927/1982, S. 198), vom „lebendigen Strom des seelischen Geschehens“ (1931c/1982, S. 160), der sich in einer „ewigen Entwicklung“ (1924/1982, S. 83) befindet. Der Irrtum vieler Psychologen bestehe darin, dass sie das Ganze, d. h. die Lebensbewegung, übersehen und stattdessen abgesonderte Teile wie Gefühl, Intellekt usw. vorzufinden glauben und sie „’gegeneinander’ halten und abmessen“ (1927/1982, S. 198). Von seelischen Störungen kann man dann sprechen, wenn die Lebensbewegung stockt, überdreht, stottert, wenn sie erstarrt, gerinnt, zerfällt, sich auflöst usw. (s. auch Adler, 1932/1982, S. 249, 1933b/1983, S. 22). Das Grundgefühl struktureller Destabilisierung artikuliert sich in Angst, die schließlich nur noch in extremisierten Sicherungen wie der Selbstabtötung zu ertragen ist. Das sind Störungsbilder, die zum Kerngedanken des Seelischen als einer Lebensbewegung passen. Dabei macht Adler auch darauf aufmerksam, dass die so genannten Störungen, die auftreten, letztlich immer auch ein Ausdruck des schöpferischen Umgangs mit einer originär erlebten Notlage darstellen. Letztlich handelt es sich immer um notgeborene Formen der Selbstunterdrückung im Dienste des Überlebens. Relativ betrachtet sind auch alle Störungen Residuen der Lebenssteigerung.

Den zentralen Bezugspunkt analytischer Behandlung bilden die ganzheitlichen Wirkungszusammenhänge zwischen Patient und Therapeut, in denen jeder jeden bewegt und beide von der sich entwickelnden und umfassenden Erlebniseinheit bewegt werden. Sie greift dabei den fundamentalen

Gedanken Adlers auf, „*sich der Führung des Patienten zu überlassen*“ (Adler, 1930/1974, S. 60). Darin, dass das Leben sich immer bildet und umbildet, kann man den leibfundierten „Urkeim“ oder den „seelischen Urprozeß“ (Adler, 1931d/1982, S. 204) sehen. Adlers Analyse zielt, wie Gisela Eife in Anlehnung an Witte hervorhebt, auf das „Leben selbst, das sich entfalten und steigern will“ (Eife, 2010, S. 42). Sich der Führung des Patienten zu überlassen oder ihm zu folgen impliziert ebenfalls die für die psychotherapeutische Behandlung typische Verfassung. Von „folgen“ zu sprechen birgt aber noch die Gefahr, das notwendige Führen des Patienten zu übersehen. Letztlich überschreitet jede Zieldeutung oder Zielvermutung den aktuellen Entwicklungsstand der Behandlung. Auch jede Erwägung oder Erprobung zum Setting führen den Patienten zu Erfahrungsmöglichkeiten günstig erahnter Entwicklungsbedingungen.

Der Kern tiefenpsychologischer Behandlung liegt in einer asymmetrischen Zentrierung: Alles, was der Therapeut erlebt, was er tut oder lässt, wird in den Dienst des potenziellen Weiterkommens des Patienten gestellt und hinsichtlich seiner weiteren Entwicklung beachtet, nämlich ob es lebbar ist, ob es sich entwickeln und halten kann. Die Grundstruktur tiefenpsychologischer Behandlung liegt also in einer Mitbewegung. Ob wir folgen oder führen ist also hier nicht die Frage, sondern ob unser Tun und Lassen der Mitbewegung dient. Der Untersuchungsgegenstand einer psychoanalytischen Praxeologie liegt in den Wirkungszusammenhängen *zwischen* Patient und Therapeut. In dem aus den alltäglichen Lebensvollzügen herausgehobenen und durch Regeln gekennzeichneten Behandlungsfeld sieht sich der Patient ausdrücklich und unausdrücklich animiert, seine Form der Wirklichkeitsgestaltung herauszubilden. Indem der Therapeut dabei eine spezifische Verfassung einnimmt, *hat er teil an der aktuellen Erfahrungsbildung seines Patienten mit den Chancen heilsamer Veränderungen (oft für beide) und den Gefahren unheilsamer, zumeist wechselseitiger Benötigungen*. Das Wirkungsgefüge tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Behandlung habe ich deswegen auf den Begriff einer „Mit-Bewegung“ gebracht (Heisterkamp, 2007a, S. 302 ff., Geißler & Heisterkamp, 2013, S. 81 ff.). Das unmittelbare und mittelbare Geschehen zwischen Patient und Therapeut ist das therapeutische Agens und Medium. *Die operative Teilhabe des Patienten an der Einrichtung des Behandlungswerkes, an seiner Erhaltung und Gestaltung oder auch an seiner Wiederherstellung, wenn es verloren gegangen ist, sowie die schließliche Beendigung begründen und ermöglichen dauernd selbstschöpferische Wandlungserfahrungen*.

Mit-Bewegung lässt sich als Prototyp der psychoanalytischen Behandlung ansehen. In diesem „regellosen Regelwerk“ ist die Rede von Technik unpassend und die Beschreibung von Praktiken oder Verfahren bleibt bezogen auf den Sinn der Behandlung. Ein Prototyp wie der der Mit-Bewegung bleibt offen für neue Erkenntnisse und Erfahrungen, ohne den originären Bezug auf die Struktur psychotherapeutischer Behandlung zu verlieren. Er bewährt sich auch für eine Werkanalyse, d. h. die Beschreibung und Zergliederung von Behandlungsverläufen sowie für die Einschätzung psychoanalytischer Kompetenz. Die Fuge zwischen „Mit“ und „Bewegung“ betont die Wesensmerkmale tiefenpsychologischer Behandlung:

- sich mit dem Erleben des Patienten zu bewegen und offen zu bleiben für das sich dabei entwickelnde („interpersonale“) Gesamtgeschehen;
- bedeutsame unklare Stellen des Verlaufsgeschehens zu markieren und zu zerdehnen;
- das Bemühen, sich verstehend in die Lage des Patienten einzufühlen;
- die Kompetenz des Therapeuten, sich dabei selbst wahrzunehmen und zu spüren;
- die Fähigkeit, zwischen beiden Wahrnehmungen unterscheiden und in einem tiefenpsychologischen Sinne als Momente eines Gesamtgeschehens einander zuordnen zu können;
- sowie die Kunst, das eigene Erleben psychotherapeutisch zu transformieren, d. h. in entwicklungsförderliche Interventionen zum Wohle des Patienten umzuwandeln.

Diese Kennzeichen richten quasi eine psychoanalytische „Werkstatt“ ein und sind die psychotherapeutischen Arbeitsprinzipien. Die grundlegende Frage jeder Behandlungsanalyse lautet: *Hilft die jeweilige Intervention, die Struktur der Mit-Bewegung zu erhalten (respektive einzurichten, wiederherzustellen, abzurunden) oder verändert sich das Gefüge der Mit-Bewegung in das Beziehungsmuster einer Benötigung?* Das sind alle Beziehungs- oder Wirkungsgefüge der Verstrickung, in denen der eine oder der andere oder beide sich wechselseitig *benötigen* zur eigenen Abwehr bzw. Sicherung. Dieses Geschehen als eine umfassende und durchgängige Ganzheit zu betrachten bedeutet aber noch mehr. Patient und Therapeut werden nämlich von dieser umfassenden Wirkungseinheit noch einmal in besonderer Weise bewegt. Sie erzeugt Wirkungsfelder, die anders und mehr sind als die einzelnen Kompetenzen der Beteiligten. Das wird in der Rede von Intersubjektivität oder Relation angedeutet oder mitgedacht, aber praxeologisch nicht hinlänglich erfasst. *In dem Mehr und Anders des psychotherapeutischen Werkes liegt seine psychotherapeutische Wirkung (s. Kap. 6).*

Auf die Empathie des Psychotherapeuten und die psychästhetische Form dieser basalen Form der Mitbewegung hat Adler im Zusammenhang mit dem Verstehen des Lebensstils früh verwiesen. „Die Einsicht und das Verständnis für diesen Plan erwirbt man am besten durch die künstlerische Versenkung, durch intuitive Einfühlung in das Wesen des Patienten.“ (Adler, 1930/1974, S. 58) Er bleibt dabei selbst noch in diagnostischer Distanz. Die *psychästhetische Erfassung* war auf den Lebensstil des Patienten gerichtet und noch nicht auf das Zusammenwirken hier und jetzt mit dem Patienten. Während Adler anfangs entsprechend dem szientistischen Vorurteil Freuds das zentrale Anliegen einer analytischen Behandlung in der kognitiven Aufdeckung des neurotischen Systems sah, wird ihm in den Arbeiten von 1926 bis 1931 – wie Gisela Eife hervorhebt – die Einfühlung immer wichtiger: „Es ist notwendig, Schritt für Schritt sich einzufühlen in den anderen, um zu verstehen“ (Adler, 1931e/1982, S. 79). Es ist in der Individualpsychologie ein geflügeltes Wort geworden, wie Adler Empathie definiert, nämlich mit „den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen“ (Adler, 1928/1982, S. 224). Hier haben wir wieder ein weiteres Essential der individualpsychologischen Konzeption vor uns. Aber bezogen auf den Prototyp der Mitbewegung wird deutlich, dass dieser empathische Fortschritt Adlers noch in einer Einseitigkeit stecken bleibt. Zur Ganzheit des psychotherapeutischen Werkes gehört, dass das Erleben des Thera-

peuten nicht verloren geht, sondern dass er dieses psychotherapeutisch transformieren kann in ein tieferes Verständnis bzw. in weiterführende Erprobungen (s. u.).

Das eigentliche Therapeutikum liegt also in der Art und Weise des gemeinsam geschaffenen Behandlungswerkes und in der Art und Weise der unmittelbaren und mittelbaren Teilhabe daran. Während die gelingenden Behandlungsverläufe Wirkungsgefüge *wechselseitiger Befreiung* ausformen, inszenieren sich die Störfälle der Mitbewegung als Wirkungsgefüge *wechselseitiger Benötigung*. Benötigung bedeutet immer ein psychosoziales Arrangement, das der Sicherung und Abwehr eines einzelnen, zumeist der wechselseitigen Selbstschutzmaßnahme, dient. Es wäre einen eigenen Beitrag wert, die Freuden befreiender Psychotherapieverläufe zu besprechen. Hier sollen sie wenigstens noch einmal erwähnt werden, weil die gavisen Gefühle gegenüber den depressiven und aggressiven in der Praxis so häufig tabuisiert werden und diese Verleugnung einer *déformation* professionelle Vorschub leistet (Heisterkamp, 2007b, 2011).

4 Analytische Psychotherapie aus der Mit-Bewegung

Um den Prototyp der Mit-Bewegung zu veranschaulichen, greife ich auf ein deskriptiv verdichtetes Beispiel aus meinen letzten Veröffentlichungen (Heisterkamp, 2016) zurück: Es fällt aus dem üblichen psychoanalytischen Rahmen, weil der Therapeut eine Ausdrucksbewegung nicht nur „anspricht“, sondern als *behandlungsmethodische Andeutung* versteht. Damit sind Ausdrucksbewegungen des Patienten gemeint, die auf die Entwicklungsebene der weiteren Behandlung anspielen. Sie enthalten einen Entwurf für Behandlungsformen, in denen sich unausdrückliche Bedeutungen herausbilden können. Lernpsychologisch handelt es sich dabei um *Vorgänge der strukturellen und regredienten Reduktion*. Über die kontinuierliche Beachtung der leiblichen Selbstbewegungen erhält der Therapeut, während er sich mit seinem Patienten „bewegt“, eine *anschauliche Orientierung im komplexen Wirkungsgeschehen*. Ein Beispiel dazu:

Ein sich selbst entfremdeter Patient zeigte während der Behandlung ein deutlich gespaltenes Erleben zwischen einer „guten“ Mutter und einem „bösen“ Vater. Nach einiger Behandlungszeit, in der ich ihn empathisch zu begleiten versuchte, aber mit meinen Interventionen immer wieder in einen abstrakten Austausch geriet, bei dem ich das Gefühl vermisste, ihn wirklich erreicht zu haben, ergab sich zum wiederholten Mal eine Situation, in der er über seine Beziehung zu den Eltern nachdachte. Während er das im Sinne seiner emotionalen Spaltung tat und ich ihm zuhörte, sah ich, wie er dabei auf der Couch seinen Kopf hin und her bewegte, als ob er mir damit körperlich mitteilte, dass das, was er mir da sage, so nicht stimme.

Die Mit-Bewegung zieht sich als Grundgestalt durch das gesamte Beispiel und bezeichnet eine typische Form des Bezogenseins, die sich bereits als Begleitung deutlich von allen kooperativen Formen des Miteinanders abhebt. Ich folge hier im Sinne Adlers dem Erleben und Verhalten des Patienten

und versuche mich in die Lage des Patienten einzufühlen. Der Begriff der Mit-Bewegung impliziert die grundlegende Forderung einer empirischen Methode, den Phänomenen beschreibend zu folgen, sich auf sie einzulassen, bei dem sich Zeigenden zu bleiben, mag es noch so eigenartig, seltsam oder gar anstößig sein.

Die Fuge zwischen „Mit“ und „Bewegung“ vertieft das psychologische Verständnis, insofern der Therapeut sich selbst in seinen empathischen Bemühungen nicht verloren geht, sondern copathisch und empathisch, mitfühlend und einführend seinem Patienten folgt. Die Fuge ist hier sowohl ein Bindestrich (Einfühlung) als auch ein Trennungsstrich (zwischen dem Erleben des Patienten und dem des Therapeuten). Indem der Therapeut sich mit seinem Patienten mit bewegt, drängt sich ihm eine Modellszene auf. Sie hat etwas Paradoxes an sich und lässt im Psychotherapeuten die Ahnung aufkommen: Je mehr er sich deutend engagiert, umso distanzierter erlebt er sich im Kontakt zum Patienten. Er spürt, dass es so nicht weitergeht.

Eine Intervention drängt sich mustergültig auf, wenn der Therapeut durch entsprechende Wiederholungen immer deutlicher merkt, dass er sich mit dem Patienten in einer auffälligen, belastenden, verwickelten und die Behandlung störenden sowie die Entwicklung des Patienten blockierenden Situation befindet. Ich spüre also, dass ich mit meinen Verstehensbemühungen nicht beim Patienten ankomme. In der „Begegnung“ mit ihm „stoße ich mit meinem Kopf gegen eine Wand“. Nach einigen Wiederholungen fällt mir auf, dass ich mit meinen bemühten Interventionen ein quälendes Wirkungsgefüge zwischen dem Patienten und mir schaffe – gewissermaßen in der Ko-Übertragung – und sinne darüber nach, wie ich aus dieser Verstrickung wieder herausfinde.

Das bedeutet zum einen, empathisch mit der leidvoll eingeschränkten und notdürftig abgesicherten Selbstbewegung des Patienten *mitzuschwingen*. Das bedeutet zum anderen, den *Bezug zum eigenen (mental und leiblichen) Erleben nicht zu verlieren*, auch wenn die wachgerufenen Gefühle und Empfindungen als „negativ“ oder als „anstößig“ gelten oder eigene unerledigte Komplexe belebt werden.

Aufgrund meiner bisherigen Erfahrungen mit ihm und mit anderen selbstentfremdeten Patienten kenne ich diese Situation und das Dilemma: Ob ich mich empathisch in sein mögliches Erleben einzusetzen oder ihm zu folgen versuche oder ob ich diese Szene zu überstehen oder zu überspielen versuche, jedes Mal lande ich in einem gemeinsamen „Quälwerk“. In solchen Situationen merke ich, wie sich mein Kopfdruck erhöht, wie ich mich anstrengte, den Patienten doch noch zu erreichen, und wie ich meine Anstrengungen noch steigere und im Laufe meiner frustrierten Bemühungen ärgerlich werde. Meine Gegenübertragung brachte mich aber insofern weiter, als ich eine leibfundierte Ahnung bekam von den leidvollen und wütend machenden Erfahrungen des Patienten, bei seinen frühen Bezugspersonen emotional nicht angekommen und nicht wahrgenommen worden zu sein. Ich war an eine Stelle gekommen, wo ich einen deutlichen Widerstand verspürte, meinem Patienten auf derselben sprachlich-abstrakten Ebene zu antworten, ihn z. B. auf etwaige verneinende

Kopfbewegungen anzusprechen, weil ich davon überzeugt war, mit ihm wieder in ein quälendes Miteinander zu geraten. *Ich spürte, dass die Veränderung, um die der Patient rang und vor der er gleichzeitig Angst hatte, in mir auf eine Wandlung drängte.*

Ich markierte deswegen seine Kopfbewegungen und hob hervor, dass ich damit befasst sei, was seine Kopfbewegungen in diesem Zusammenhang wohl bedeuten oder sagen würden. Ob er sich vorstellen könnte, sich diesen einmal ohne Worte zu überlassen und nachzuspüren, was dann komme? Er war erstaunt, wollte das aber gerne einmal ausprobieren.

Indem er sich eine Weile seinen leiblichen Ausdrucksbewegungen überließ, fand er Gelegenheit, die unbewusste Bedeutung seiner Kopfbewegung auszuloten. Das Ergebnis war sowohl für ihn als auch für mich überraschend: Er merkte nämlich, dass er den Kopf weiter nach rechts bewegen konnte, während er bei der Bewegung nach links eine Verspannung spürte. Bald darauf erinnerte er sich daran, wie er im Ehebett zwischen seinen Eltern lag und stellte völlig überrascht fest, dass der Vater auf der beweglichen Seite, während die Mutter auf der anderen Seite lag. Dabei spürte er mit leibhafter Gewissheit, wie er sich bei der Linksbewegung (in Richtung seiner Mutter) verkrampfte und ihm die Rechtsbewegung (zu seinem Vater, bei dem er öfter im Bett schlafen durfte und an den er sich gerne „ankuschelte“) sehr leicht fiel. So wurde eine tiefe Spaltung und Störung der Triangulierung zugänglich.

Während der handelnden Inszenierungen ergeben sich regelmäßig *Lernprozesse des präsentischen oder operativen Verstehens*. Indem der Patient seinen Kopf hin- und her bewegt, evozieren seine Empfindungen eine frühe Erinnerung, die einen entscheidenden Aspekt seiner Elternbeziehung verdeutlicht. Das operative Verstehen ereignet sich im Verlauf der Handlung. Hier erfasst der Patient die Bedeutung seiner Bewegungen, ohne dass der Therapeut sie anspricht oder gar deutet. Im Gegenteil: Er klärt seinerseits den erstaunten Therapeuten auf, was er gerade in seiner Erprobung „am eigenen Leibe“ erfahren und verstanden hat. Das operative Verstehen lässt sich als einen Vorgang ansehen, der auch zum Grundprinzip eines ganzheitlichen Lernkonzeptes gemacht werden kann (Piaget, 1946; Aebli, 1966). Dieser Vorgang ist sowohl didaktisch als auch psychotherapeutisch als eine strukturelle Reduktion zu fassen. Indem ich die körperlichen „Einfälle“ oder „Assoziationen“ „markiere“ und den leiblichen Ausdrucksbewegungen folge, mache ich mich mit dem Patienten *auf den aktualgenetischen Weg einer strukturellen oder regredienten Reduktion des Seelischen*.

Die *operative Dimension* dieser psychotherapeutischen *Behandlung* regt beim Patienten eine Fülle von *Enactments oder Handlungseinheiten* an, in denen er seinen Analytiker in seine Wirklichkeit einbezieht bzw. einzubeziehen versucht. Indem sich der Analytiker auf dieses Wirkungsgeschehen im strukturellen Rahmen der Mit-Bewegung einlässt, d. h. das eigene Handeln und Mithandeln möglichst so gestaltet, dass es für den Patienten entwicklungsförderlich ist (s. Streeck, 2000, S. 50), nimmt der Patient an einem unmittelbar heilsamen Geschehen teil, das sowohl *ein unmittelbares (implizites) als auch ein mittelbares (explizites) Verstehen* ermöglicht. Die Merkmale der Mit-

Bewegung kennzeichnen jeweils spezifische psychotherapeutische Schwellensituationen und implizieren auch die jeweiligen Drehgrenzen, an denen sie sich auch in wechselseitige Benötigungen verändern können.

5 *Leibliche Dimension der Mit-Bewegung*

Den unmittelbaren Wirkungszusammenhängen der Behandlung ist mein Buch zum basalen Verstehen (2002a) gewidmet. Es greift die aktuelle Enactmenttheorie auf, die sich im Schlüsselbegriff des Handlungsdialogs verdichtet und erweitert das Verstehen auf die Wirkungsgefüge des gesamten Behandlungswerkes, insbesondere auf der Grundlage der leiblichen und operativen Dimension des psychotherapeutischen Wirkungsgeschehens. Der wirkungsanalytischen Auffassung entspricht in der gegenwärtigen Psychoanalyse der performative Ansatz im Sinne von Pflüchthofer (2005, 2008), der sich wegen der tradierten Ängste vor dem Körperlichen und der Berührung noch viel vorsichtiger diesem für die Psychoanalyse brisanten Thema nähert, als es für einen leibfundiert arbeitenden Psychoanalytiker der Fall ist. Für Psychoanalytiker mit einem individualpsychologischen Herkommen bietet Adler schon zu seiner Zeit eine beeindruckende Wende an, die praxeologische Perspektive zu erweitern. Bereits seinerzeit hob er ausdrücklich die leiblichen und originären Artikulationen des Selbst hervor.

Darin liegt ein von der Geschichte der Tiefenpsychologie wenig beachteter, aber wesentlicher Unterschied zwischen der Freud'schen und der Adler'schen Position, worauf ich in meinen früheren Veröffentlichungen immer wieder hingewiesen habe. Adler erschien es unerheblich, besondere klinische Vorkehrungen dafür zu treffen, dass eine Übertragungsneurose entsteht. Er war vom Beginn seines Wirkens an davon überzeugt, dass der Patient gar nicht anders kann, als seine lebensstiltypische Wirklichkeit auch im „Ordinationszimmer“ auszuformen (Adler, 1933a/1973, S. 173).

So plädierte er für einen größeren Bewegungsspielraum und warnte davor, zu starre Regeln („etwa einen bestimmten Platz anzuweisen“) einzuführen, weil dem Therapeuten dadurch vieles entginge: „Ich sehe einen Vorteil darin, die Bewegungen eines Patienten nicht zu unterbrechen“ (Adler, 1933a/1973, S. 174). Bei seiner geradezu bewegungs- und körperpsychotherapeutisch anmutenden Einstellung wundert es nicht, dass er bereits sehr früh auf den „Organdialekt“ und die „Sprache des Körpers“ (z. B. 1912a oder 1931b) hinwies und als „psychotherapeutischen Kunstgriff“ hervorhob, sich „wie bei einer Pantomime zu verhalten, auf die Worte des Patienten eine Weile nicht zu achten und aus seiner Haltung und aus seinen Bewegungen innerhalb seiner Situation seine tiefere Absicht herauszulesen“, um den Sinn des Symptoms deutlich zu erkennen. (Adler, 1930/1974, S. 63).

Deswegen beachtet er ausdrücklich die so genannten nonverbalen Ausdrucksformen, also die leiblichen Artikulationen des Beziehungsgeschehens. Er nennt dabei den Blick, die Gangart, die Stärke oder Schwäche der Annäherung des Patienten. Konkret macht er auf die Phänomene des Händ-

drucks aufmerksam sowie die Art und Dauer des Sprechens. Da jedes Tun oder Lassen, jedes Verhalten und Erleben als eine Form des Bezogenseins betrachtet wird, geht der individualpsychologische Analytiker davon aus, dass der Patient während der Behandlung gar nicht anders kann, als seine originäre Wirklichkeit mit ihm in Szene zu setzen.

Um mich aus dem Banne der tradierten Wörter (Körper und Seele, verbal und nonverbal usw.) zu befreien, bezeichne ich alle Artikulationen des Selbst als Lebens- oder Selbstbewegungen (Geißler & Heisterkamp, 2007). Die in einer komplexen Lebensbewegung nur künstlich isolierbaren körperlichen oder mentalen Momente sind nicht für sich verstehbar, sondern nur als Einzelzüge einer sich entwickelnden und umfassenden seelischen Wirklichkeit. Die körperlichen Artikulationen des Selbst werden nicht als Ausdrucksformen eines Eigentlichen (der Seele) oder als Begleiterscheinungen (Epiphänomene) angesehen, sondern wie die mentalen als bedeutsame Züge der seelischen Wirklichkeitsgestaltung. Hier geht es darum, ob dem leiblichen Erleben als basaler Form der Selbstwahrnehmung und Selbstartikulation die ihm zustehende Bedeutung zugebilligt wird.

Im intersubjektiven Geschehen zwischen Patient und Therapeut bilden sich unmittelbare Bewegungsmuster heraus. Die leiblichen Artikulationen durchgliedern die Wirkungszusammenhänge zwischen beiden in basaler Weise und pointieren optimale Stellen psychotherapeutischer Intervention sowie mögliche Wendepunkte des Seelischen. Über die kontinuierliche Beachtung der leiblichen Selbstbewegungen erhält der Therapeut, während er sich mit seinem Patienten „bewegt“, eine *anschauliche Orientierung im komplexen Wirkungsgeschehen*. Darin erkenne ich erst den tiefenpsychologischen Sinn von Freuds Formulierung, dass das Seelische „vor allem“ ein körperliches sei (Freud, 1923). „Vor allem“ ist nämlich nicht nur eine sprachliche Wendung, sondern ein entwicklungspsychologischer Hinweis, der immanent auf die Vorgänge der strukturellen oder regredienten Reduktion aufmerksam macht.

Die Ausdrucksbewegungen brauchen die ihnen entsprechende Zeit und den ihnen entsprechenden Raum, damit sie den tiefenpsychologischen Sinn offenbaren können, den sie unbewusst implizieren. Meine Verfassung dabei ist, dass ich versuche, mich mit dem Erleben des Patienten mitzubewegen und weiterhin die Intention habe, ihn zu verstehen, mich aber *wissend-unwissend* erlebe: Ich weiß, dass ich nicht voraussagen könnte, was bei meiner Anregung herauskommt, aber ich bin aufgrund meiner Erfahrungen überzeugt, dass das Unbewusste des Patienten sich dieser basalen Ausdrucksbewegungen „bedient“, wenn ihm nur die entsprechenden Ausdrucksmöglichkeiten geboten werden. Beim Zugang zu den Organisationsebenen des Selbst haben die leiblichen Ausdrucksformen eine grundlegende Bedeutung. Darüber findet sich ein struktureller Zugang zu den „frühen“, bis in das aktuelle Geschehen hinein nachwirkenden Keimformen der Selbstwerdung. *Umgekehrt ist das komplexe aktuelle Selbsterleben jederzeit strukturell rückführbar auf immanente Grundgestalten*. Auf diese Weise können diese Grundformen auch über das aktuelle Selbsterleben erreicht und verändert werden, insofern der nötige entwicklungsanalogue bzw. strukturelle Zugang gefunden wird.

Was ich unter behandlungsmethodischen Andeutungen oder Anspielungen verstehe, möchte ich an der obigen Modellszene als wesentlichem Zwischenschritt der Behandlung veranschaulichen. Ich erlebe diese sich zum wiederholten Male konstellierende Situation irgendwie bedeutungsvoll, auffällig, störend, fragwürdig, furchtbar und fruchtbar zugleich. Aufgrund meiner Erfahrungen mit der leibfundierten analytischen Psychotherapie ahne ich hier noch nicht fassbare Tendenzen des Seelischen und ich weiß, dass sie ihre Zeit und ihren Raum brauchen, um den bisher unzugänglichen Bedeutungen zum Ausdruck zu verhelfen, das gilt besonders für die sich zuerst entwickelnden leiblichen Ausdrucksbewegungen. In dem betreffenden Behandlungsausschnitt sind es die Kopfbewegungen des Patienten, die sich im Verlauf der Wirkungszusammenhänge artikulieren. Im empathischen An- und Durchsprechen kann der Patient bereits eine Ahnung davon entwickeln, was es heißt, in seiner originalen Tendenz wahrgenommen zu werden. Hier findet auch die ahnungsvolle und literarische Formulierung Adlers einen tiefenpsychologischen Sinn:

„Die individualpsychologische Schule ist grundsätzlich daran gebunden, das System einer seelischen Erkrankung auf jenen Wegen zu erforschen, die der Kranke selbst gegangen ist“ (Adler, 1930/1974, S. 114).

Die Wirkungszusammenhänge zwischen Patient und Therapeut lassen sich aus der Entwicklungsgeschichte unserer Selbstwerdung herleiten. Analog zur Entstehung intelligenten Verhaltens lassen sich auch alle mentalen Züge aus konkreten operativen Wirkungsgefügen herleiten. Wenn wir im Seelischen von Zuneigung und Abneigung oder Zuwendung und Abwendung sprechen, ist es fast schon ein Pleonasmus, auf die entsprechenden Ausdrucksbewegungen hinzuweisen, aus denen sie in einem Prozess allmählicher Abstraktion erwachsen sind. Indem nun der Patient einmal ausdrücklich eine Weile seinen Kopfbewegungen folgt, kann man davon ausgehen, dass bei ihm prototypische Erfahrungen dieses Komplexes auf basaler Ebene wachgerufen werden. Da hier seelische Vorgänge sprachlich verallgemeinert werden (z. B. emotionale Qualitäten wie „Zuwendung“ und „Abwendung“) und auf die zugrunde liegenden Operationen (zuwenden und abwenden) wie auf eine Grundgestalt zurückgeführt werden, spreche ich von struktureller Reduktion. Da damit auch immer eine früher entwickelte Kernerfahrung belebt wird, handelt es sich auch um einen regredienten Tiefgang.

Wegen des strukturellen Tiefgangs haben die körperlichen Ausdrucksbewegungen eine basale Bedeutung. Deswegen müssen seelische Störungen, um erfasst und begriffen zu werden, auf der Entwicklungs- bzw. Strukturebene erreicht werden, auf der sie nachhaltig behindert wurden. *Die prototypische Intervention besteht darin, den leiblichen Andeutungen wieder den Bewegungsspielraum zu bieten – möglichst unter zeitweiliger Ausklammerung sprachlicher Kommunikation –, den sie benötigen, um die basalen Bedeutungen, die sie unbewusst enthalten, operativ auszudrücken.* Das interaktive Wirkungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut ist permanent durchzogen von *impliziten Anspielungen auf Handlungsproben oder Probehandlungen*. Sie enthalten eine Entwicklungschance für die psychoanalytische Behandlungslehre. Diese behandlungsmethodischen Andeutungen und

Anspielungen lassen sich auch etymologisch als Vorläufer von Deutungen ansehen (Ware, 2007, S. 485 ff.).

Wenn ich von Komplexen spreche, gilt es das „Und“ zwischen den Polaritäten und die damit gegebene Spannung zu beachten. Psychoanalytisch reicht es nicht, von einem Zuviel oder Zuwenig von Zuwendung und Abwendung auszugehen, sondern die impliziten Spannungen auf dem entsprechenden Entwicklungsniveau und die entsprechenden Strukturierungsnotwendigkeiten sind zu berücksichtigen. Das tun wir, wenn wir diese Wirkungszusammenhänge z. B. nach Piaget (1946) als einen dialektischen Anpassungsprozess ansehen, der aus dem Wechselspiel von Assimilation und Akkommodation resultiert, oder wenn wir sie nach Salber (1965) als einen dialektischen Prozess der Einübung verstehen, der aus der Polarität von Verwirklichung und Anverwandlung resultiert. Das Angebot einer Probehandlung oder Erprobung, die aus dem Bezug auf das sich Zeigende heraus entsteht, eröffnet ein seelisches Übungs- und Anregungsfeld, in dem sich der aktuelle Entwicklungsstand des Komplexes aktualisieren kann, leibhaftig wahrnehmbar und basal behandelbar wird. Mit den behandlungsmethodischen Anspielungen und Andeutungen haben wir einen grundlegenden Zugang zu den Bedingungen seelischer Entwicklung.

Mit diesen Überlegungen greifen wir die für die damalige Zeit sehr fortschrittliche These Adlers auf, dass die Aufgabe des Arztes oder Psychologen darin bestehe, „dem Patienten die Erfahrung von Kontakt mit einem Mitmenschen zu vermitteln“ und führen ihn weiter. Gleichzeitig überwinden wir die vermögenspsychologische These im Nachsatz des Zitates, als würden wir dabei den Patienten „befähigen, dieses geweckte Gemeinschaftsgefühl auf andere zu übertragen“ (Adler, 1929a/1981, S. 39).

Die Annäherung an die leibliche Dimension und ihre Integration ist m. E. in der Individualpsychologie noch besonders rückständig, also noch zögerlicher als in der Psychoanalyse im engeren Sinne. Ich vermute, dass sich darin noch eine Überanpassung an die „große Schwester Psychoanalyse“ ausdrückt und das, obwohl Alfred Adler die Türe für die leiblichen Ausdrucksformen des Seelischen und für die handelnde Inszenierung weit geöffnet hat. Individualpsychologen verhalten sich wie Konvertiten und versuchen ihre vermeintlichen Mängel durch besondere Überanpassungen zu kompensieren.

Das Überraschende und Originäre dieser leibfundierten „Assoziationen“ oder „Einfälle“ oder „Erinnerungen“ macht schließlich noch auf ein zentrales Anliegen der „Individual“psychologie aufmerksam. Mit dieser Bezeichnung wird, was Witte (2010) und Eife (2016) hervorheben, das Subjektive seelischer Lebensbewegungen und die methodischen Schwierigkeiten, es zu erfassen, thematisiert. Wenn man Verallgemeinerungen vermeiden will und das Einmalige erfassen möchte, dann wird es wichtig, den Weg der Entwicklung zu gehen und „den Spuren zu folgen, die das Kind gegangen ist“ (Adler, 1931d/1982, S. 195). Das obige Beispiel veranschaulicht, wie gerade die behandlungsmethodischen Andeutungen oder Anspielungen *einen Möglichkeits- und Anregungsraum bieten für individuelle oder subjektive Ausdrucksformen*. Vor diesem Hintergrund ist es aber wiederum auffällig, dass gerade die Individualpsychologie sich noch zögerlicher als die anderen tiefenpsychologischen Richtungen hin-

sichtlich einer leibfundierten Psychoanalyse verhält. Ich vermute, dass es sich hier ganz besonders um eine Überkompensation handelt. In der originären Domäne subjektiver Ausdrucksformen, wo sie mit biographischen Methoden den anderen tiefenpsychologischen Richtungen voranschreiten könnte, fehlt ihr der Mut zur Eigenständigkeit.

6 *Ist denn das so sicher, dass das Ganze mehr und anders ist als die Summe seiner Teile?!*

In der Supervision richtet sich die Aufmerksamkeit auf die sich ergebenden Wirkungsgefüge („Beziehungsmuster“) zwischen Patient und Therapeut. Unter der ganzheitlichen Perspektive drängen sich typische Muster auf. Die Störfälle des psychotherapeutischen Werkes werden gewöhnlich unter den Begriffen des Widerstandes abgehandelt. In diesem Zusammenhang erfahren wir dann von den Widerständen des Patienten auf der einen Seite und entsprechenden (Gegenübertragungs-) Widerständen auf Seiten des Therapeuten. Unter einer wirkungsanalytischen („relationalen“, „interpersonellen“) Perspektive werden „die“ Widerstände in ihrem Zusammenwirken betrachtet. Die Frage richtet sich dabei zentral auf das im Konzert der Interaktionen entstehende Wirkungsgefüge, und zwar, ob es sich um das psychotherapeutische Werk einer Mit-Bewegung handelt oder ob es zu einer Fehlentwicklung gekommen ist. Das strukturelle Merkmal einer solchen besteht darin, dass das Behandlungswerk sich in eine unheilsame, entwicklungshemmende Beziehungsform hinein entwickelt hat. Hierbei handelt es sich um Formen der wechselseitigen Benötigung, in der jeder jeden zur eigenen Abwehr und Sicherung nötig hat bzw. sich dazu nötigen lässt. In diesen Wirkungseinheiten bleibt der Therapeut in den ihm angetragenen Formen der Benötigung verstrickt, sei es, dass er seine eigenen Widerstände nicht wahrnimmt, oder sei es, dass es ihm mit seinen Interventionen nicht gelingt, das psychotherapeutische Werk der Mit-Bewegung und nichts als der Mit-Bewegung „wiederherzustellen“, wie es in der Selbstpsychologie in Anlehnung an Wolf (1988) heißt.

Der Therapeut wird vom Patienten psycho-logisch notwendig in seine Wirklichkeitsgestaltung einbezogen. Dabei erhält er die besondere Möglichkeit, die Nöte des Patienten und die Zwickmühlen seiner Wirklichkeitsgestaltung wahrzunehmen. Das eigentliche Therapeutikum liegt – allgemein gesprochen – in der Kompetenz des Therapeuten, so zu intervenieren, dass das Beziehungsmuster der *Benötigung* nicht fortgesetzt wird, sondern sich für den Patienten Anregungen ergeben, wie er aus seinem psychologischen Dilemma wieder herausfinden kann. Dabei eröffnet sich für den Patienten immanently ein Möglichkeits- und Anregungsraum für selbstschöpferische Wandlungserfahrungen.

Die vielfältigen Formen der Benötigung werden an den Gefühlen der Beteiligten deutlich. Sie sind Qualitäten des Gesamterlebens. An dieser Stelle erhalten die so genannten „Gegenübertragungsgefühle“ seit jeher eine zentrale Bedeutung. Sie fallen unter der relationalen oder intersubjektiven Perspektive auf, insofern das Präfix „Gegen“ noch tendenziös erscheint, da im Wirkungsgeschehen zwi-

schen Patient und Therapeut die Mitwirkung des Therapeuten an der jeweiligen Belebung der Übertragung des Patienten unumgänglich ist. Das grundlegende Therapeutikum liegt darin, dass der Therapeut in der Lage ist, diese für das einfühlsame Verständnis des Patienten zu nutzen. Typische Gefühle in der Mitschwingung sind, dass der Therapeut sich gelähmt oder überreizt, übersehen oder gedrängt fühlt, unter Druck gesetzt erlebt, dass er sich gelangweilt oder stimuliert, überfordert oder unterfordert, verführt oder verstoßen, idealisiert oder entwertet, abgestorben oder überdreht, gekränkt oder umsorgt und dergleichen mehr fühlt und sich die jeweilige Form der Beziehung – trotz aller Interventionen – weniger ändert als verfestigt.

Die verschiedenen Formen der Benötigung stellen zusammen mit den Formen der Mit-Bewegung ein reichhaltiges Spektrum zur Verfügung für die Formen des Bezogenseins oder des Selbstseins im Bezogensein, wie Robert Antoch den schillernden Begriff des Gemeinschaftsgefühls übersetzt hat. Sie umfassen auch die entwicklungspsychologischen Formen des Bezogenseins, die sich mit dem Therapeuten während der Behandlung beleben, wie sie Petra Heisterkamp (2010) anschaulich herausgearbeitet hat. Wir gehen dabei im Sinne Adlers von der existentiellen Grunderfahrung aus, dass wir den Menschen nur verstehen in seiner sphärischen Existenz, wie man in Anspielung auf Sloterdijk sagen könnte, d. h., dass die Grundform seelischen Existierens immer ein In-Sein, ein Mit-Sein oder ein „Mit-Leben“ darstellt und dass die Formen des Bezogenseins variieren zwischen Vernichtung und Befreiung. Mit den Beziehungsgefügen der Benötigung und mit den Beziehungsgefügen der Mit-Bewegung wird also das Ganze nicht nur als Ganzes berufen, sondern phänomengemäß und beschreibungsnah erfasst.

Die Einbeziehung körperpsychotherapeutischer Verfahren und insbesondere das Bewusstsein potenzieller oder tatsächlicher Berührungen offenbaren auf einer basalen Ebene besonders schnell und evident die seelischen Wirklichkeiten der Patienten. So wird der selbsterfahrene Therapeut in seiner Mit-Bewegung vieler belastender und blockierender Beziehungsmuster inne: wie der Versorgung, der Vereinnahmung, der Manipulation, der Distanzierung, der Bemächtigung, der Abtötung, der Entfremdung, der Überforderung, der Verzärtelung, der Unterwerfung, der Bewunderung, der Idealisierung, der Verteufelung, der Vernachlässigung, der Verstrickung, der Missachtung, der Verachtung, der Vernichtung usw. Das Entscheidende liegt jeweils in dem umfassenden Wirkungsgefüge, das sich konstituiert und seine heilsamen oder unheilsamen Auswirkungen auf die Beteiligten hat.

Ein grundlegendes Merkmal für Störungen des psychotherapeutischen Werkes liegt im Fehlen des symbolischen Raumes, wenn quasi die Fuge zwischen „Mit“ und „Bewegung“ als Trennungs- und Bindestrich verloren geht. Das lässt sich besonders an Patienten mit ich-strukturellen Störungen zeigen. Sie haben große Schwierigkeiten, die therapeutische Situation als quasireale, aus dem normalen Leben herausgehobene Situation zu erfassen. Ihnen geht wegen der starken Labilität der Grenzen der symbolische Raum verloren, und sie sind besonders von einer malignen Regression bedroht. Sie können das Modellhafte oder Experimentelle der psychotherapeutischen Situation nicht oder nicht si-

cher erfassen. Das gilt verständlicherweise besonders in affektverdichteten Beziehungssituationen, wie sie sich bei leibfundierten oder körper- und bewegungsorientierten Interventionen oder gar Berührungen immer wieder ergeben. Musterbeispiele finden sich immer wieder im Verlauf der Behandlung von Patienten, die unter einer Borderline-Störung leiden. Es sei hier auf die differenzierten Beschreibungen von Reinert (2004) hingewiesen. Auch bei weniger schwer gestörten Patienten lässt sich beobachten, wie die Grenzen zwischen Phantasie und Wirklichkeit verschwimmen, Therapieangebote mit Realangeboten verwechselt werden, die „Ich-Spaltung“ für den Patienten verloren geht. Solche therapeutischen Szenen bleiben behandelbar, solange der Therapeut seinerseits und stellvertretend für den Patienten das Behandlungswerk wahren kann, indem er sich weiterhin mit dem aktuellen Erleben mit bewegt und dem Patienten Anregungen bereitstellt, die ihm helfen, die Fähigkeit, sowohl Akteur als auch Betrachter zu sein, zu entwickeln und einzuüben.

Freud benennt das Ganze psychotherapeutischer Behandlung auch schon. In einem Geleitwort zu Aichhorns „Verwahrloste Jugend“ (1925) nennt Freud entsprechend einem „Scherzwort“ *das Kurieren* (neben dem Erziehen und Regieren) einen „*unmöglichen Beruf*“ (S. 565). 1937 differenziert er seine Auffassung (S. 94 ff.). Er konkretisiert seine Überlegungen, indem er auf die Begrenztheit der psychotherapeutischen Anstrengungen verweist, da man sich „des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein“ könne. Im Weiteren macht er auf die iatrogenen Bedingungen einer parteilichen oder feindseligen Behandlungsatmosphäre aufmerksam. Er hebt implizit bereits hervor, was wir heute mit projektiver Abwehr benennen. Ferner verweist er ausdrücklich auf die Bestimmungsproblematik jeder Behandlung: *Wenn einem Menschen Macht verliehen werde, falle es ihm schwer, diese nicht zu missbrauchen*. Schließlich hebt er noch hervor, dass in dem Behandlungsprozess auch unerledigte eigene Bedürfnisse geweckt werden können. Die Psychoanalyse musste seinerzeit noch auf Paula Heimann (1950) warten, bis die Bedeutung der Gegenübertragung entdeckt wurde. Sie brauchte noch weitere fünfzig Jahre, bis die relationalen Bezüge von Patient und Therapeut spruchreif wurden.

Im Folgenden möchte ich das Wirkungsgefüge der Mit-Bewegung an einem beeindruckenden Beispiel von Stephenson (2011) erläutern. Es beschreibt, wie er die tradierte Festlegung auf das Liegsetting in der psychoanalytischen Therapie im Sinne der Mit-Bewegung flexibilisiert. Ich wurde dabei auch an das berühmte Purzelbaumbeispiel Balints erinnert, das für mich eine Wende in der psychoanalytischen Praxeologie darstellt, aber von der Geschichte der Psychoanalyse bis auf den heutigen Tag nicht angemessen gewürdigt wurde (Heisterkamp, 1998, 2002a). Damit es diesem Beispiel von Stephenson in der Individualpsychologie nicht ebenso ergeht, greife ich es aus der Sicht eines verlaufsanalytisch orientierten und leibfundiert arbeitenden Psychoanalytikers auf. Es ergänzt die Gedanken, die ich in der Zeitschrift „Psychoanalyse und Körper“ unter dem Titel „Setting als Inszenierung“ (2017a) behandle. Das Beispiel impliziert – in meinen Worten – das Relativitätsprinzip der Psychologie, nämlich dass sowohl das Beibehalten als auch das Verändern des Settings der Weiterentwicklung des Patienten dienlich sein können und umgekehrt.

„Mit Frau A. O. begann die Analyse in einem Setting, das sowohl eine Frequenz von drei Stunden in der Woche einschloss - als auch die Tatsache, dass sie in diesen Stunden auf der Couch lag. Das führte in kürzester Zeit zu einem besorgniserregenden Phänomen: Sobald sie sich auf die Couch legte, erstarrte sie zusehends und verlor jegliche körperliche, aber auch sprachliche Beweglichkeit. In dieser ersten Zeit hatte ich noch keine Kenntnis von dem verheerenden Vernichtungskrieg, den ihr Vater gegen sie geführt hatte, es entstand aber mit der Zeit in mir ein Bild in der Gegenübertragung, das immer unabweislicher und intensiver wurde: Immer wieder hatte ich das Gefühl, ihr „Henker“ zu sein. Doch es schien so, als ob kein Henker hier seine Tätigkeit mehr ausüben konnte: Ihr ‚Totstellreflex‘ führte so weit, dass sie wie leblos wirkte – und eine Tote kann man nicht mehr töten. Erst im Laufe der Jahre kristallisierte sich dieser zentrale Aspekt ihres Lebensstils heraus: Jeder auch nur vermutete Vernichtungskrieg sollte bei ihr ins Leere treffen - denn sie war ja bereits Nichts.

Nachdem klar war, dass die Symptome sich von Stunde zu Stunde verschlimmern würden (sie war in diesem Zustand wirklich ‚totenbleich‘ und beim Verabschieden am Ende der Stunde fühlte ich jedes Mal, dass ihre Hand eiskalt und starr war), gab es nur eine Alternative: Abbruch - oder ein Wechsel des Settings. Ich war zunächst unsicher, wie ich ihr weiter helfen könne, erkannte nur sehr deutlich, dass ein Beharren auf dem Couch-Setting in diesem Fall die Problematik nur unproduktiv verschärfen würde. Nach einiger Zeit, in der wir uns beide mit dieser Sachlage konfrontierten und nach Lösungen suchten, bot sie mir schließlich einen ‚Kompromiss‘ an, den ich letztlich als sinnvoll empfand: Für die nächsten zwei Jahre sah daraufhin das Setting so aus: Ich blieb, wo ich war, nämlich sitzend in meinem Sessel hinter der Couch - und sie stand an der gegenüberliegenden Wand, so nahe neben der Türe, dass sie mit einem Griff die Türklinke erreichen und damit ‚den Fluchtweg sichern‘ konnte.

Es ist klar, dass mich dieses Setting in meiner professionellen Identität verunsicherte. Weder in meiner Ausbildung, noch in den Jahren meiner Praxis hatte ich je davon gehört, dass man in einer solchen Situation eine Analyse führen könne. Ich hatte zwar das Gefühl, dass sich dadurch nichts an meiner analytischen Grundhaltung geändert hatte, aber was den anerkannten Kanon der analytischen Settings anbelangte, war ich mir nicht so sicher, ob das noch eine Analyse sein konnte. Gleichzeitig war mir klar, dass der von ihr angebotene Kompromiss die einzige Chance war, weiter therapeutische Hilfe anbieten zu können - von der immer deutlicher wurde, wie sehr sie diese wünschte.

In den folgenden Jahren kam es noch mehrmals zu einem Wechsel des Settings. Das Kriterium dafür war stets, ob wir beide zu der Ansicht kommen konnten, dass der jeweilige Wechsel Möglichkeiten zur Weiterentwicklung für sie enthielt, die im Vorhergehenden nicht mehr ausgeschöpft werden konnten.“ (Stephenson, 2011, S. 79 f.)

Der therapeutische Prozess ist ein einzigartiger und ein einmaliger Vorgang. Die Berufung auf das Schöpferische in der seelischen Behandlung lässt sich noch differenzieren. Da ist zunächst einmal *das individuell Schöpferische des Patienten und das des Therapeuten* zu berücksichtigen. In diesem Sinne ist jeder Behandlungsprozess als ein kreatives und unverwechselbares Geschehen zu betrachten, so

einmalig, wie jeder von beiden ist. Das Schöpferische des Patienten und auch das des Therapeuten wirken darüber hinaus im Sinne eines Ganzen, das mehr ist und anders ist als seine jeweiligen Teilnehmer. Schöpferisch ist hierbei nicht bezogen auf ein Individuum, *sondern das „Subjekt“ der Analyse ist das übergreifende Behandlungswerk*. Dieses selbst ist einzigartig und einmalig. Selbst die Wiederholung des Behandlungsprozesses mit denselben Beteiligten führt wieder zu einer einmaligen seelischen Produktion. Ich nutze dieses offene Beispiel von Stephenson zur Veranschaulichung von typischen psychoanalytischen und/oder individualpsychologischen Behandlungsproblemen, die sich in der traditionellen Weiterbildung zum Analytiker leicht ergeben, auf die die Weiterbildungskandidaten in ihrer Weiterbildung nur ungenügend vorbereitet sind und worauf eine leibfundierte analytische Psychotherapie stimmig im Sinne einer psychotherapeutischen Mit-Bewegung eingehen könnte.

Am Beginn einer differenzierten Schilderung steht die Beobachtung und Beschreibung der Phänomene mit der Grunderfahrung eines stagnierenden Behandlungsverlaufs. Der Analytiker nimmt besorgt wahr, wie die Patientin zusehends erstarrt und jegliche körperliche und sprachliche Lebendigkeit verliert. Der Therapeut merkt: So geht es nicht weiter, es muss sich was ändern. Entsprechende typische Gefühle kennen wir von Eltern gegenüber ihren Kindern in Schwellensituationen, von Partnern in Beziehungen oder von Angehörigen mit alternden Eltern. Hier hat auch die Erkenntnis von Thea Bauriedl ihren psychologischen Ort, nach der die Veränderung im Psychotherapeuten beginnt.

An dem Beispiel beeindruckt mich zunächst einmal die phänomengemäße Beschreibung einer entscheidenden Modellszene aus der Behandlung einer schwer belasteten Patientin. Sie stellt das Wirkungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut als Verlaufsgestalt dar. Sie ist „relational“ oder „intersubjektiv“ und das bedeutet, dass das gesamte Wirkungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut hier zum analytischen Gegenstand wird. Das Beispiel von Stephenson lese ich so, dass nicht nur ein zu diagnostizierender Lebensstil zu bestimmen ist, der erkannt, aufgedeckt und verstanden werden muss, sondern dass das Gesamtgeschehen zwischen Patient und Therapeut zu erfassen ist: insbesondere dass die sichernde Position, sich tot zu stellen, gewissermaßen auch für den Therapeuten gilt: Er erlebt sich schachmatt gesetzt von seiner Patientin, insofern er sich in seiner Gegenübertragung immer wieder als Henker oder Scharfrichter erlebt, was er zunächst einmal nur verhindern kann, indem er sich immer mehr zurücknimmt. Relational oder ganzheitlich betrachtet, hat die Patientin ihren Therapeuten machtvoll in ihre Ohnmachtsposition gebracht, in der es für sie scheinbar nur noch die neurotische Lösung zu geben scheint, ihr Leben zu sichern, in dem sie es abwürgt (abtötet). Die psychotherapeutische Kunst besteht nun darin, die sich ergebende seelische Konstellation oder Konfiguration als Szene zu verstehen *und entsprechend der behandlungsmethodischen Anspielung zu transformieren*.

Den tiefenpsychologischen Sinn erhalten die Wirkungszusammenhänge, wenn sie im Sinne von Piaget als dialektische Anpassungsprozesse aufgefasst werden, die sich erst über ein operatives Balancieren ergeben, also über das Geschehen zwischen zwei Personen, die miteinander ko-operieren. Sie

inszenieren also miteinander ein Seelendrama. Darüber stellt sich heraus, wie die Wirklichkeit des Patienten entsteht, wie sie sich für die Beteiligten anfühlt, wie beide hineingeraten, sich verstricken und wie sie eventuell wieder aus dem belastenden Gefüge herausfinden. Man macht also eine für diesen Komplex typische Gefühlsgeschichte mit, die in Behandlungsprozessen anfangs von seelischen Leiden bestimmt ist, die im glücklichen Falle in die Erleichterungen und Freuden des Neubeginns und der Wandlung übergehen. *Die operative Teilhabe an diesem Wirkungsgeschehen macht das Heilsame aus.* Indem Patient und Therapeut einen bestimmten Komplex auf dem psychotherapeutischen Schauplatz ins Bild bringen und psychotherapeutisch durchspielen, *erweitert sich der Möglichkeits- und Anregungsraum für selbstschöpferische Veränderungen, der Spielraum der Lebensbewegungen für den Patienten und nicht selten auch der des Therapeuten.*

Ich erlaube mir hier das Beispiel eines Kollegen aufzugreifen, weil er so offen ist, an einem differenzierten Beispiel zu zeigen, wie seine verstehende Mit-Bewegung mit seiner Patientin ihn an die Grenzen seiner eigenen Weiterbildung bringt und er es wagt, das latent oder manifest idealisierte Standardsetting der Psychoanalyse zu modifizieren. Besonders auffällig für die Entwicklung der Individualpsychologie ist dabei, dass der Urvater, gerade Alfred Adler, das Portal für ein flexibles, der jeweiligen strukturellen Lage des Patienten angepasstes Setting weit geöffnet hatte.

Ich finde das Beispiel sehr instruktiv, weil es die wesentlichen Kennzeichen der Mit-Bewegung hervorhebt, Sie bieten einen bedeutsamen Anhalt für eine Praxeologie psychotherapeutischer Behandlung. Der Therapeut spürt z. B., dass die Behandlung für ihn belastend, ja unerträglich geworden ist. Das ist eine typische Situation tiefenpsychologischer Behandlung: Sie ist furchtbar und fruchtbar zugleich und drängt auf Veränderungen in der Behandlung und auf eine Wandlung im Therapeuten. In einer leibfundierte analytischen Psychotherapie wird die „Henkerszene“, in die hinein sich das Wirkungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut entwickelt hat, als bedeutsame Figuration – oft die Reinszenisierung einer (frühkindlichen) Beziehungsatmosphäre – angesehen, die zu verstehen gesucht wird. Wenn die nachfolgenden Kooperationen immer wieder in das Quälwerk der *wechselseitigen* Selbstentfremdung oder gar Abtötung geraten, taucht umso drängender die Notwendigkeit eines operativen Verstehens auf, d. h., dass die Situation strukturell reduziert wird. Dabei greift der Therapeut auf die impliziten Andeutungen oder Anspielungen des Patienten zurück. In diesem Fall wird wohl über das Liegen auf der Couch die Quelle der frühen Ängste und Nöte der Patientin wiederbelebt worden sein: wie sie sich in ihrer Familie wie in Feindesland erlebt und insbesondere von ihrem Vater ständig bedroht gefühlt hat.

Auf diese Weise konstellierte sich Modellsituationen der Behandlung. Darüber intensivieren und vertiefen sich die Leidensgefühle der Patientin und das Mitfühlen des Therapeuten. Dementsprechend wird auch das Setting flexibel genutzt – also funktional im Sinne der Mit-Bewegung. Der Therapeut findet einen für die leibfundierte analytische Psychotherapie typischen Ausweg, indem er die leiblichen Hinweise der Patientin aufgreift: nämlich sie selber eine Situation finden lässt, die für

sie erträglich ist. Dabei wird noch einmal offenbar, wieso das Liegesetting für die Patientin noch eine Überbürdung darstellt. Stephenson's Patientin erhielt durch das Angebot einer Erprobung die Chance, ihre basale Angst ins Bild zu bringen: Sie stellte sich neben die Tür, um sprungbereit für eine Flucht zu sein.

Das klassische analytische Liegesetting lässt sich durchaus als grandiose leibfundierte Erprobung verstehen, die sich im Laufe der Frühgeschichte der Psychoanalyse mit speziellen Patienten entwickelt hat. Wenn man daran denkt, dass Freud das klassische Setting aus historischen und persönlichen Gründen eingeführt hat, ist jedoch zu bedenken, dass jeder Weiterbildung die Gefahr innewohnt, dass dieses Erbe sich auch als pathologische Weitergabe eines tradierten Familienmusters erweisen könnte.

Stephenson hebt hervor, dass die Patientin bereits sehr früh Signale hinsichtlich des für sie unbekömmlichen Settings gegeben hat. Diese wurden aber wegen der herkömmlichen Idealisierung des Liegesettings, wie es in der Weiterbildung oft üblich ist, anfangs übergangen. In der kontradiktorschen Formulierung und Zuspitzung „entweder Abbruch oder Settingwechsel“ steckt m. E. noch die Überbewertung des Formalen und das Aufbegehren gegen unsinnig erlebte Setzungen und lässt keinen Raum mehr für die Vielzahl aufschlussreicher Zwischenspiele: Setting bedeutet Schauplatz, steht für einen aus den Vollzügen des Alltags herausgenommenen Raum. Ansonsten werden aus den verschiedenen Settings (Liegen, Sitzen, Bewegen) Formen der Festlegung, der Festsetzung oder der Auflösung. Die Praxis kann ein Spielraum bleiben, in dem möglichst viele Bewegungsformen in den Dienst einer vertieften Selbsterfahrung gestellt werden und die Einübung in neue Lebenserfahrungen erprobt werden können. Im Rahmen der Mit-Bewegung setzen wir ko-operativ z. B. das Seelendrama der wechselseitigen Selbstunterdrückung in Szene und gestalten im gelingenden Falle die Befreiung aus dem jeweiligen Quälwerk mit den Gefühlen der Erleichterung und den Freuden des Neubeginns. Die operative Teilhabe an diesem Seelendrama ermöglicht basale Formen der Wahrnehmung und des Verstehens und gewinnt über die operative Dimension einen regredienten Tiefgang des Erlebens. Durch eine strukturelle Reduktion (z. B. von Zuneigung und Abneigung) auf Grundformen seelischen Verhaltens und Erlebens (zuneigen und abneigen) wird Seelisches basal fassbar.

Außerdem offenbart die Offenheit des Autors einen zeittypischen methodologischen Konflikt der Psychoanalyse im Allgemeinen und der Individualpsychologie im Besonderen. Die leibliche Dimension wird wahrgenommen, wird aber nicht für die Behandlung genutzt. Der Analytiker nimmt deutlich wahr, wie seine Patientin auf der Couch abstirbt. Hier melden sich natürlich meine körperpsychotherapeutischen Phantasien. Wie hat sich diese Erfahrung herausgebildet und welche Gefühle hat die erlebnismäßig abgestorbene Patientin auf der Couch in der Gegenübertragung in ihm wachgerufen? Die Patientin hat sicherlich nur sehr reduziert geatmet. Wie hat der Therapeut geatmet, wie war der respiratorische Dialog und welche seelischen Konstellationen bildeten sich dabei zwischen Patientin und Therapeut? Ich vermute, dass sich hierbei bereits ein seelisches Quälwerk herausbildete, bei

dem sich ein gestalthohes sprachliches Durcharbeiten neben einer sich bei Patient und Therapeut immer mehr steigenden Atemlosigkeit ergab. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Berichte in der Supervision diese Ebene selten erreichen und dass wir auf die Vertiefungen einer nachbildenden oder inszenierenden Supervision/Intervision angewiesen sind. Stern hat uns am Ende seines letzten Buches Folgendes gewissermaßen als Vermächtnis hinterlassen:

„Wir müssen stets bedenken, dass Veränderung und Heilung in der Therapie weder durch den theoretischen Ansatz noch durch spezifische behandlungstechnische Maßnahmen herbeigeführt werden. Das ausschlaggebende Behandlungselement ist die Beziehungserfahrung. Die meisten Untersuchungsergebnisse stützen diese Schlussfolgerung (BCPSG, 2009, 2010). Ich habe zu zeigen versucht, dass die therapeutische Beziehung ihre Lebendigkeit unter anderem aus dem Zusammenspiel der Vitalitätsformen bezieht. Sie sind für die Psychotherapie wesentlich, ob wir sie explizit anerkennen oder nicht. In Gesprächen über die Supervision angehender Therapeuten ist häufig zu hören, dass all das, was der Auszubildende dem Supervisor nicht erzählt, genau das ist, was in der Sitzung recht eigentlich passiert ist.“ (Stern, 2011, S. 189 f.)

Begrüßung und Verabschiedung bieten erfahrungsgemäß eine Fundgrube für leibfundierte Anspielungen und Andeutungen. Was hat der Therapeut in diesen Situationen erlebt? Hat die Patientin gemerkt, dass ihre Hand eiskalt und totenstarr war? Welche Impulse spürte der Therapeut? Da lägen wieder viele Andeutungen für eine leibfundierte Behandlung. Diese Dimension wird in der Psychoanalyse nur intellektualisierend angesprochen. So ist es auch jetzt im Falle meiner eigenen sprachlichen Ausführungen. Also auch in meinen „gedanklichen Überlegungen“ liegt eine Fülle von behandlungsmethodischen Anspielungen „begraben“, übersehe ich mit dem Leser viele verlaufsanalytische Andeutungen. Obwohl auch die psychoanalytische Praxeologie immer häufiger die „nonverbalen“ Ausdrucksbewegungen thematisiert, schreckt sie immer noch davor zurück, die leibliche Dimension des psychotherapeutischen Wirkungsgeschehens für ein operatives und präsentisches Geschehen bereitzustellen.

Wenn das Wirkungsgeschehen als Ganzes zum eigentlichen Subjekt der Analyse gemacht wird, merkt der Therapeut plötzlich – nicht selten unter peinlichen und belastenden Gefühlen – einen bedeutsamen Moment der „Begegnung“, in dem er zu spüren beginnt und der Patient vielleicht mit ihm, vielleicht nach ihm oder gar vor ihm oder in einer schöpferischen Begegnung beide erfassen, welches Beziehungsgefüge sich zwischen ihnen entwickelt hat. Stephenson findet sich plötzlich wieder in einer vernichtenden Situation („Krieg“) mit seiner Patienten. Da diese ja nicht der Sinn und das Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung ist, hält er sich immer mehr zurück, gerät er in die Spirale einer fatalen Selbstunterdrückung und die Wirkungszusammenhänge zwischen ihm und seiner Patientin stecken in dem Teufelskreis eines seelischen Vernichtungskrieges fest, in dem jeder Angst bekommt, existenziell vernichtet zu werden und jeder nur den frustrierten Fluchtweg der Selbstunterdrückung zu haben scheint. Die quälenden Ohnmachtsgefühle und ihre kompensatorischen Siche-

rungen treiben ihr grauenvolles Spiel mit den Betroffenen. Dabei werden beide von dem Drama wechselseitiger Unterwerfung oder Bemächtigung erfasst. Und das ist das Andere, das Mehr der Ganzheit, in das ihre Interaktionen sie hineingeführt haben. Hier liegt der zugleich furchtbare und fruchtbare Moment der Begegnung. Jeder fühlt seine verzweifelte Ohnmacht und sein heftiges Aufbegehren.

Der Binde- und Trennungsstrich zwischen „Mit“ und „Bewegung“ wird hier bedeutsam. Zumindest der Therapeut – darin liegt seine wesentliche Qualifikation – rückt von dem Geschehen wieder ab, wie wenn er sich zurücklehnt und erst einmal tief durchatmet (eine grundlegende Form der eigenen Wiederbelebung!) und den Patienten ebenfalls dazu anregt, die Szene, die sich zwischen ihnen abgespielt hat, zu betrachten und psychotherapeutisch zu bearbeiten. Im günstigen Falle bekommen beide ein Gefühl dafür, was sie für eine gemeinsame Wirklichkeit oder Wirkungseinheit geschaffen haben. Der Sinn des gemeinsamen Tuns und Lassens wird offenbar. Jede dieser seelischen Figurationen hat gewissermaßen ihr eigenes „Gemeinschaftsgefühl“. Ein solches Begriffschamäleon mit seinen alles und nichts sagenden Implikationen führt immer wieder in die Irre. Es führt zu weit weg von den zu verstehenden Phänomenen. Wenn sich z. B. so genannte gewaltbereite, eigentlich gewaltbedürftige gegnerische Hooligans verabreden, um sich krankenhausreif zu verprügeln, dann hat ihr Tun auch einen „Gemeinsinn“, aber einen völlig anderen als der Bedeutungshof, der mit dem wertenden Begriff vom Gemeinschaftsgefühl wachgerufen wird. Es gibt ein unendliches Spektrum von Bezogenheiten, da das Sphärische oder In-der-Welt-Sein eine Grundbedingung seelischen Existierens ist, hinter die wir auch begrifflich nicht mehr gelangen können. Jede Aussage zum Seelischen setzt Bezogensein oder Wirkungszusammenhänge oder eine Wirklichkeit voraus.

Wenn dieses Mehr oder Andere des Ganzen (z. B. die wechselseitige Vernichtung) erfasst ist, lässt sich das Wirkungsgefüge in diesem Kontext oft relativ leicht durcharbeiten und die vom Therapeuten angebotene Probehandlung wieder in die Behandlungsform der Mit-Bewegung bringen: Indem das Setting allgemein als eine Form der handelnden Inszenierung angesehen wird, in der die Patientin sich selbstverständlich fragen und jederzeit erproben kann, welcher Ort und welche Position oder Bewegung für sie besonders bedeutsam ist, natürlich insbesondere als wohltuend und bekömmlich erlebt wird. Nach einer herkömmlichen Sozialisation als Psychoanalytiker wird das möglicherweise als ein Sakrileg erlebt. So könnte die Patientin vielleicht zu einer „Durchbruchpatientin“, einer „Übergangspatientin“ für Stephenson geworden sein, wie sie Tilmann Moser benennt. Und dabei kommt etwas völlig Überraschendes heraus. Wenn die Patientin Gelegenheit bekommt auszuprobieren, welche Position sie als passend erlebt, von „wohlfühlen“ kann man (noch) gar nicht sprechen, erzeugt sie ein erschütterndes Bild, dass ihre Verfassung in basaler und eindringlicher Weise zum Ausdruck bringt.

In einer Weiterbildungsveranstaltung würde ich eine solche Szene, in der sich die Patientin sprungbereit an der Türe positioniert, nachspielen lassen und würde mich darauf verlassen können, dass über

diese Performance die gesteigerte Not und Angst und die Sicherungstendenzen der Patientin bzw. der Rollenspieler deutlich wird. Durch Nachbildungen ließe sich den Weiterbildungsteilnehmern lebhaft vermitteln, wie sich Verstehen, Mitfühlen und Durcharbeiten erprobend vertiefen lassen, wie sinnvoll und copathisch es ist, bei frühen Störungen operative Formen des Verstehens bereitzustellen. Die drastische Form der Abwehr und der Sicherung unterstreicht darüber hinaus noch einmal, wie leicht wir in einer bloß an sprachlichen Konventionen orientierten Behandlung das Subjektive seelischer Wirklichkeitsgestaltung verfehlen. Je früher die Störung liegt und je mehr sie aus basalen Formen des Selbstschutzes entstanden ist, umso mehr bedarf es der strukturellen Reduktion auf Handlungen. Wenn der Therapeut den Lebensbewegungen der Patientin folgt und bereit ist, die leiblichen Andeutungen und Anspielungen aufzugreifen, ist er auf dem regredienten Weg zu der Entwicklungsebene, auf der die Formen der Sicherung und Abwehr ausgeformt wurden.

Diese Inszenierungen bieten auch dem Therapeuten eine Fülle von Selbsterfahrungsmöglichkeiten, die wiederum eine Reihe von Anregungen implizieren, wie das Problem weiter behandelt werden kann. Mir selbst fallen hierzu viele kritische Rückmeldungen ein, die ich im Laufe meines Lebens von meinen Patienten oder auch Bezugspersonen erhalten habe: Ich denke zuerst an die Äußerung einer Tochter, die während ihres Studiums in meiner Praxis als Sekretärin gearbeitet hat. Sie hat wie ich auch die gemeinsame Arbeit in angenehmer Erinnerung. Das einzige, was sie dabei gestört habe, sei der Druck gewesen, den ich öfters verbreitet habe. Mir fällt hier auch eine frühere Äußerung eines Kollegen ein, mit dem mich seinerzeit eine geschwisterliche Rivalität verband, dass er mich auf einer Tagung nach einem Vortrag wie den „Rattenfänger von Hameln“ erlebt habe. Mir fällt die Rückmeldung eines Analysanden ein, der mich als geübter Chorsänger auf meine unpassende Stimmlage bei einem Vortrag aufmerksam machte. Vor kurzem thematisierte eine sensible Patientin ihre Angst, nicht mehr rechtzeitig gesund werden zu können, da sie bei mir schon deutliche Alterserscheinungen wahrgenommen hatte. Im letzten Kapitel meines Buches zum basalen Verstehen (2002a, S. 218 ff.) habe ich mich ausführlich mit der Beteiligung und der Verwandlung des Psychoanalytikers während der Behandlung befasst. In solchen Situationen bietet sich also eine kreative Gelegenheit für den selbstsicheren Analytiker, auch seine Beteiligung an den Störfällen der Behandlung zu reflektieren.

7 Weiterungen

Das prototypische Verständnis psychoanalytischer Behandlung, das in seinem Kern als Mit-Bewegung begriffen wird, bereichert auch die herkömmlichen Formen der Weiterbildung. Das lässt sich am prototypischen Lernen des psychoanalytischen Konzeptes und an der inszenierenden Supervision zeigen. Ich möchte mit der letzteren beginnen. Historisch geht diese Performance auf *Nachbildungen* zurück, bei denen im 18. Jahrhundert berühmte Gemälde mit lebendigen Personen nachgestellt wurden. Heute wird das Konzept um moderne dramaturgische und psychodramatische Mittel ergänzt und genutzt, um Gestaltungsprinzipien von Kunstwerken zu verlebendigen und zu demonstrieren. Eine

analoge Bedeutung kann das Verfahren auch für ein Verständnis der psychotherapeutischen Behandlung gewinnen. *Es bietet nämlich fundierte Anregungen, die unmittelbaren Wirkungszusammenhänge zwischen Patient und Therapeut bildhaft zu erfassen, behandlungsmethodisch zu erschließen sowie prototypische Formen psychoanalytischer Behandlung einzuüben.* Darüber hinaus stellt sie auch eine anschauliche und bildliche Grundlage dar, analytische Kompetenzen fundiert und valide einzuschätzen.

Seit langem experimentieren wir im Steißlinger Kreis, einer Gruppe von Psychoanalytikern/innen und tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeuten/innen, die sich mit der Integration bewegungs- und leiborientierter Verfahren in die psychoanalytische Behandlungsmethode befasst (Heinzel, 2008), mit dem Verfahren der szenischen Supervision. Es sind auch bereits einige Veröffentlichungen zum anstehenden Thema daraus hervorgegangen (Worm, 2005, 2007a, b; Moser, 2007, 2013; Heisterkamp, 2007a, 2009, 2011, 2014, 2017a). In meinem Aufsatz zum Gedenken an den verstorbenen Kollegen Hans Müller-Braunschweig (2017b) erläutere ich die Wirkungen eines bekannten Flashmob-Videos, mit dem im Internet die Wiedereröffnung des holländischen Reichsmuseums im Jahre 2013 beworben wird. Wer sich dieses Video ansieht, spürt bald, wie sich sein Erleben im Verlauf des Geschehens belebt und vertieft.

Ich habe die Verlaufsgestalt einer Nachbildung kürzlich am Beispiel des bekannten, 1935 entstandenen Bildes von Max Beckmann demonstriert. Mit seinen beiden Titeln „Familienbild George“ und „Familienbild Heinrich George“ deutet es bereits sprachlich die Strukturierungsnöte der Familie an. Es finden sich immer relativ schnell einige Mitspieler, die eine der Rollen zu übernehmen bereit sind: hier die des berühmten Schauspielers Heinrich George und seiner Sekretärin bzw. Souffleuse sowie die des Kindes, der Mutter und des Hundes. So regte ich in einem Seminar an einem psychoanalytischen Weiterbildungsinstitut die Teilnehmer zu einer Nachbildung des vorliegenden Bildes an und überließ die „Schauspielgruppe“ ihrer Inszenierung. Diese regte auch die teilnehmenden Beobachter noch an, die Regieassistenz zu übernehmen. Allmählich organisierte sich ein Wirkungsgefüge, das sich dem bekannten Bild annäherte. Nachdem das gruppendynamische Geschehen eine Weile hin- und herwogte und die ganzheitliche Kommunikation zwischen Spielern und Regisseuren sich immer feiner organisierte und dann allmählich wieder zur Ruhe kam, markierte ich nach einer Weile diesen stillen Hiatus und bat die Gruppe, eine Weile in der erspürten Verfassung zu verbleiben. In einer Gruppenpsychotherapie ließe sich an den Szenen der Rollenspieler und/oder dem Erleben der teilnehmenden Beobachter in vielfältiger Weise weiter psychotherapeutisch arbeiten.

Als Grundlage für eine tiefenpsychologische Analyse wurde eine Gesamtatmosphäre spürbar, die sich schwer und bedrückend über die Familienszene gelegt hatte und vermutlich alle Teilnehmer wie auch mich erfasst oder zumindest tangiert hatte. Die atmosphärische Gewalt, die die eigenen Aktivitäten geradezu lähmte, hatte eine völlig andere Intensität als das diagnostisch bereits erkannte Elend der abgebildeten Personen. Das wurde von vielen in der Gruppe gespürt: die schreckliche Einsamkeit

und Verlorenheit innerhalb dieses engen Verbundes, wo jeder jedem gleichzeitig zu nah und zu fern ist, sich als Opfer mächtig fühlt oder als Täter seine Ohnmacht verleugnet. In diese atmosphärischen Zwänge geraten Therapeuten immer wieder, ob sie es wollen oder nicht. Dementsprechend schränkt sich auch die psychotherapeutische Mitbewegung ein. Wir belegen diese Vorgänge mit dem Terminus technicus der projektiven Identifizierung. Der Begriff ist viel leichter zu verwenden als das eigene Verhalten und Erleben psychotherapeutisch zu organisieren. Im Rahmen der Weiterbildung lassen sich produktive Weiterführungen anschließen: wenn z. B. einzelne Personen in ihren Rollen in die Therapie kommen, wenn das Paar oder die Familie um eine Behandlung nachsuchen oder wenn eine analytische Kindertherapie mit begleitender Behandlung der Eltern ansteht. Und wenn der Familienhund Symptome entwickeln und eventuell einem Hundetrainer vorgestellt würde, könnten die familiendynamischen Einsichten auch behilflich sein. Ich erinnere mich an ein Mädchen im Vorschulalter, das von einem bissigen Terrier malträtierte Unterarme hatte. Indem sie den Hund immer wieder provozierte, verwies sie auf die erlebte Diskrepanz zwischen dem liebevollen Umgang der Mutter mit dem Hund und den hart und lieblos erlebten Kommentaren der Mutter ihr gegenüber. Sie wurde darüber auch zum Lautsprecher der Gesamtfamilie.

Nach solchen Hinführungen bedarf es nur noch eines kleinen Zwischenschrittes, um die nachbildende Evaluation oder Supervision direkt „vorzustellen“. Nachbildungen greifen Modellszenen der Behandlung auf und spielen sie in vielfacher Weise als Psychodrama durch. Die entsprechenden Auffassungen lassen sich bis zu Adler zurückverfolgen. Derartige Wirkungsgefüge zwischen Patient und Therapeut formen sich immer wieder aus. Sie stellen beide nicht selten vor ein Rätsel, und es bedarf oft einiger Therapiezeit und Verstehensarbeit, um der tiefenpsychologischen Bedeutung gewahr zu werden.

Adler macht schon sehr früh auf die in früher Kindheit gebildeten Lebensstile oder Lebensmuster („pattern of life“, Adler, 1929b/1978) aufmerksam. Damit verweist er auf die früh entwickelte Grundform seelischer Wirklichkeitsgestaltung. Dafür verwendet er oft den Begriff „Prototyp“, der am häufigsten in *The Science of Living* (Adler, 1929b/1978) vorkommt. Während Adler seiner Zeit entsprechend diese „Prototypen“ auf die Struktur eines Lebensstiles oder -planes begrenzte und anfangs Therapie auf die kognitive Aufdeckung dieser Grundmuster einengte, habe ich das gesamte therapeutische Werk in den Blick genommen und auf die Struktur einer Mit-Bewegung gebracht.

Vor diesem Hintergrund gewinnen auch die von Adler (1912b/1972, 1931b/1979) vielerorts angeführten Kindheitserinnerungen ihren tiefenpsychologischen Sinn als Bilder, Muster, Modelle oder Prototypen seelischer Wirklichkeitsgestaltung, die „innere“ und „äußere“ Konflikte umfassen und über eine Subjekt-Objekt-Spaltung der Wirklichkeit hinausgehen. Kindheitserinnerungen habe ich als anschauliche Vorformen von Begriffsbildungen bezeichnet. Karl Heinz Witte (2010, S. 38 ff.) verdichtet das Verständnis von Kindheitserinnerungen als die individuelle Weise des „In-der-Weltseins“ und sieht sie als präsentische Erfahrungen gewesener Augenblicke. Deswegen sind die Adler'schen Kind-

heitserinnerungen auch mit den Gegenwartsmomenten von Daniel Stern (2005) vergleichbar. Sie haben und „repräsentieren die regulierenden Muster unserer Lebensgestaltung“ (Witte, 2010, S. 39).

Auch in der Weiterbildung hat das prototypische Verständnis eine strukturierende Bedeutung. Prototypen sind der Paradoxie des Seelischen angemessen: offen für das sich Zeigende und geschlossen im Sinne einer strukturierten Vorgabe. Ein Prototyp wie der der Mit-Bewegung bleibt offen für neue Erkenntnisse und Erfahrungen, ohne den Bezug auf die Struktur psychotherapeutischer Behandlung zu verlieren. Er bewährt sich für eine Werkanalyse, d. h. die Beschreibung und Zergliederung von Behandlungsverläufen sowie für die Einschätzung psychoanalytischer Kompetenz. Schließlich ist dieser Prototyp ein advance organizer (Ausubel, 1960) für alle diejenigen, die die psychoanalytische Therapie erlernen oder ein Programm für Weiterbildungskandidaten entwerfen möchten. Prototypen verhindern, dass die Kandidaten vor lauter „Bäumen“ (Modulen, Einzelerkenntnissen, Einzelerlebnissen, Einzelbegriffen) den „Wald“ (das Werk der Behandlung als Ganzes) nicht mehr sehen.

Schlüsselbegriffe psychoanalytischer Behandlung (wie Asymmetrie, Abstinenz, Einsicht, Deutung, Widerstand, Regression, Projektion, Übertragung, Gegenübertragung usw.) finden in dem Behandlungswerk der Mit-Bewegung ihren tiefenpsychologischen Sinn und ihre psychologische Verbindlichkeit. Nehmen wir z. B. die Bedeutung der für die tiefenpsychologische oder analytische Behandlung typischen Asymmetrie und Abstinenz. Beide Begriffe lassen sich weniger an äußeren Merkmalen wie der Settingposition oder des metrischen Abstandes erläutern, als vielmehr am Prinzip des psychotherapeutischen Werkes: verstehend mit dem Patienten mitzuschwingen und die eigene Teilhabe am Übertragungsgeschehen für die Strukturierungsbemühungen (Selbstbehandlungen) des Patienten zu nutzen. Darin liegen Asymmetrie und Abstinenz begründet. Was immer ein Therapeut tut oder lässt, es findet seine Bedeutung im sich darüber konstituierenden Wirkungsgefüge mit dem Patienten. Wenn sein Tun und Lassen eine Form wechselseitiger *Benötigung* bewirkt, sind wir gewohnt, von mangelnder Abstinenz zu sprechen, wobei der Therapeut den Patienten zur Selbstsicherung gebraucht und/oder sich in diesem Sinne von ihm gebrauchen lässt. Sein Tun und Lassen wird als abstinenz angesehen, wenn er es in den Dienst des Therapieprozesses stellt und den Patienten dabei unterstützt, sich aus seiner notgeborenen Selbstbehinderung zu befreien. Mit dem Begriff der Abstinenz, der historisch gesehen aus einer defensiven Position heraus geschaffen wurde, bewegt sich die psychoanalytische Theorie allerdings noch sehr stark im Banne der Wortlogik. Das verschleiert den Umstand, dass die therapeutische Unterstützung nicht nur im Sinne einer Wiederholung der frühkindlichen Manipulation, sondern ebenso im Sinne einer Wiederholung der frühkindlichen Entbehnungen entgleisen kann (Moser, 1989, Roth, 1986). Jede Art des Settings (sitzen, liegen, bewegen) kann den Behandlungsprozess sowohl beleben als auch in den Dienst der Abwehr und Sicherung genommen werden und den Prozess der Behandlung behindern. Das Setting selbst ist letztlich immer eine Form der Inszenierung von Therapeut *und* Patient (Heisterkamp, 2017a).

Für die Patient-Therapeut-Beziehung gilt das besonders von der Tiefenpsychologie herausgearbeitete Relativitätsprinzip. Bei der Definition des therapeutischen Bezuges müssen Psychoanalytiker sowohl im herkömmlichen als auch im erweiterten Setting die spannungsvolle Dialektik regulieren, dass physikalische Berührung bzw. physikalischer Abstand nur aus dem situativen Kontext verstanden werden können und dieser einmal entwicklungsförderlich und ein anderes Mal entwicklungshemmend sein kann. Intensives emotionales Berührtsein kann durch leiblichen Kontakt sowohl vermieden als auch erst ermöglicht werden, wie umgekehrt das Erleben ohne einen leiblichen Kontakt gefördert oder verleugnet werden kann. Deswegen wird „Abstinenz“ als eine um den Prozess des Patienten zentriert bleibende Mit-Bewegung verstanden und „mangelnde Abstinenz“ als eine Entgleisung des therapeutischen Werkes in eine *Benötigung*, in der sich Patient und Therapeut in ihrem labilen oder labilisierten Selbstwertgefühl wechselseitig auf Kosten des anderen zu stabilisieren versuchen. Damit ist „Abstinenz“ keine Frage des physikalischen Abstandes, sondern der psychotherapeutischen Verfassung (Heisterkamp 2009, S. 95). Auch die Weiterbildung lässt sich prototypisch gestalten, indem wir alle Aussage- und Vorgehensweisen auf den Prototypen einer Mit-Bewegung beziehen.

Literatur

- Adler, Alfred (1912a/1973). Organdialekt. In Adler, Alfred & Furtmüller, Carl. *Heilen und Bilden. Ein Buch der Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen*. (S. 114–122) Frankfurt am Main: Fischer
- Adler, Alfred (1912b/1972). *Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer
- Adler, Alfred (1918/19/1982). Bolschewismus und Seelenkunde. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. I*. (S. 23–32). Frankfurt am Main: Fischer
- Adler, Alfred (1924/1982). Kritische Erwägungen über den Sinn des Lebens. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. I*. (S. 79–83). Frankfurt am Main: Fischer
- Adler, Alfred (1926/1982). Die Individualpsychologie als Weg zur Menschenkenntnis und Selbsterkenntnis. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. I*. (S. 135–157). Frankfurt am Main: Fischer
- Adler, Alfred (1927/1982). Individualpsychologie und Wissenschaft. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. I*. (S. 193–203). Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1928/1982). Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. I*. (S. 224–231). Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1929a/1981). *Neurosen. Fallgeschichten*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1929b). *The science of living*. New York: Greenberg.
- Adler, Alfred (1930/1974). *Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1931a/1958). *What Life Should Mean To You*. New York: Capricorn Books.

- Adler, Alfred (1931b/1979). *Wozu leben wir?* Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1931c/1982). Der nervöse Charakter. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. II.* (S. 159–172). Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1931d/1982). Individualpsychologie und Psychoanalyse. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. II.* (S. 192–209). Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1931e/1982). Der Sinn des Lebens. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. II.* (S. 71–84). Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1932/1982). Die Systematik der Individualpsychologie. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. II.* (S. 248–252). Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1933a/1973). *Der Sinn des Lebens.* Frankfurt am Main: Fischer.
- Adler, Alfred (1933b/1983). Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühles. In *Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze. Bd. III.* (S. 21–32). Frankfurt am Main: Fischer.
- Aebli, Hans (1966). *Psychologische Didaktik.* Stuttgart: Klett.
- Antoch, Robert (2006). Über das Selbstsein im Bezogensein. Übertragungsmomente in Adlers Konzept des „Lebensstils“. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 31, S. 347–360
- Ausubel, David Paul (1960). The use of advance organizers in the learning and retention of meaningful verbal material. *Journal of Educational Psychology* 51, S. 267–272
- Bauriedl, Thea (1994). *Auch ohne Couch.* Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Eife, Gisela (2010). Einleitung. In *Alfred Adler. Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937).* Studienausgabe Bd. 3. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 9–53
- Eife, Gisela (2016). *Analytische Individualpsychologie in der therapeutischen Praxis. Das Konzept Alfred Adlers aus existentieller Perspektive.* Stuttgart: Kohlhammer
- Endres, Norbert, Salber, Wilhelm (2001). Analytische Intensivbehandlung (IB). *Gestalttherapie– Forum für Gestaltperspektiven* 15 (2), S. 59–81
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es.* GW Bd. XIII. Frankfurt am Main: Fischer 1999, S. 235–289
- Freud, Sigmund (1925/1999). Geleitwort zu: Aichhorn, August. Verwahrloste Jugend. In *Gesammelte Werke Bd. XIV.* (S. 565–567). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, Sigmund (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. *Gesammelte Werke Bd. XVI.* (S. 59–99). Frankfurt am Main: Fischer
- Geißler, Peter & Heisterkamp, Günter (Hrsg.). (2007). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie.* Wien: Springer
- Geißler, Peter & Heisterkamp, Günter (2013). *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie.* Gießen: Psychosozial-Verlag
- Heimann, Paula (1950). On Countertransference. *Int. Journal of Psycho-Analysis* 31, S. 81–84
- Heinzel, Roland (2008). Wie der Steißlinger Kreis entstand. *Psychoanalyse und Körper* Nr. 12, 7. Jg., H. 1, S. 109–111

- Heisterkamp, Günter (1983). Psychotherapie als Beziehungsanalyse. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 8, H. 2, S. 86–105
- Heisterkamp, Günter (1990). Konturen einer tiefenpsychologischen Analyse originärer Lebensbewegungen. Teil I und II. *Zeitschrift für Individualpsychologie* 15, S. 83–95 und S. 163–176
- Heisterkamp, Günter (1993). Psychotherapie aus der Mit-Bewegung. In Blothner, Dirk & Endres Norbert (Hrsg.). *entschieden psychologisch*. Bouvier, Bonn, S. 134–143
- Heisterkamp, Günter (1998). *Vom Handeln des Analytikers in der „talking cure“*. Psychosozial 21, H. 4 (Nr. 74), 19–32
- Heisterkamp, Günter (2002a). *Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Heisterkamp, Günter (2002b). Selbstbewegung und Mit-Bewegung. *Selbstpsychologie Heft 10*, S. 440–461
- Heisterkamp, Günter (2007a). Praxis der Analyse seelischer Lebensbewegungen. In Geißler, Peter & Heisterkamp, Günter (Hrsg.). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. (S. 299–340). Wien: Springer
- Heisterkamp, Günter (2007b). Psychoanalyse und Freude. In Kühn, Rolf & Witte, Karl H. (Hrsg.). *psycho-logik*. Jahrbuch für Psychotherapie. Philosophie und Kultur. Bd. 2 (S. 102–119). München: Verlag Karl Alber.
- Heisterkamp, Günter (2009). Kunstwerke psychotherapeutischer Behandlung. *Psychologische Medizin* 20 (2), S. 27–36
- Heisterkamp, Günter (2011). Freude bringt alles in Bewegung, was im Menschen ist. In Wahl, Pit, Sasse, Heiner & Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.). *Freude – Jenseits von „Ach und Weh“?* (S. 40–73). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (Beiträge zur Individualpsychologie Bd. 37)
- Heisterkamp, Günter (2014). Die Bedeutung nachbildender Supervision für Entwicklung und Einschätzung psychoanalytischer Kompetenz. *Selbstpsychologie* 52 (15. Jg.), S. 132–156
- Heisterkamp, Günter (2015). *Vom Glück der Großeltern-Enkel-Beziehung. Wie die Generationen sich wechselseitig fördern*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Heisterkamp, Günter (2016). Zur leiblichen Fundierung einer psychoanalytischen Praxeologie. In Walz-Pawlita, Susanne, Unruh, Beate & Janta, Bernhard (Hrsg.). *Körper-Sprachen*. (S. 167–176). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heisterkamp, Günter (2017a). Setting als Inszenierung. *Psychoanalyse und Körper Nr. 30*, 16. Jg., Heft I, S. 29–56
- Heisterkamp, Günter (2017b). Zur leiblichen Dimension im psychotherapeutischen Wirkungsgeschehen. In Niemeier, Volker & Wirth, Hans-Jürgen (Hrsg.). *Psychodynamische Psychosomatik und Kreativität. Zum Gedenken an Hans Müller-Braunschweig (1926–2014)*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heisterkamp, P. (1995). „Niemand will Objekt sein“ (A. Adler). Zum Verständnis des Machtproblems aus individualpsychologischer Sicht. In Schmidt-Lellek, Christoph. J. & Heimannsberg, Barbara (Hrsg.). *Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie*. (S. 239–252). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

- Heisterkamp, P. (1996). Alfred Adler als Vordenker der intersubjektiven Perspektive in der Psychoanalyse. *Z. f. Individualpsychol.* 21, S. 131–143
- Heisterkamp, P. (2010). Formen des Bezogenseins. In Wahl, Pit, Sasse, Heiner & Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.). *Intersubjektivität oder Robinson Crusoe*. (S. 98–124). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, (Beiträge zur Individualpsychologie Bd. 36)
- Herberth, Franz, Maurer, Jürgen (Hrsg.) (1997). *Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis*. Brandes & Ap- sel, Frankfurt am Main.
- Moser, Tilmann (1989). *Körpertherapeutische Phantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Moser, Tilmann (2007). *Supervision als Rollenspiel*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Moser, Tilmann (2013). Szenische Supervision. In Geißler, Peter & Heisterkamp, Günter (Hrsg.). *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie*. (S. 169–174). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Pflichthofer, Diana (2005). Hörräume – Klanghüllen. Die Stimme als ästhetisches Element in der analytischen Aufführung. *Forum Psa.* 21, S. 333–349
- Pflichthofer, Diana (2008). *Performanz in der Psychoanalyse: Inszenierung – Aufführung – Verwandlung*. *Psyche* 62, S. 28–50
- Piaget, Jean (1946). *Psychologie der Intelligenz*. Zürich: Rascher.
- Reinert, Thomas (2004). *Therapie an der Grenze: die Borderline-Persönlichkeit. Modifiziert-analytische Langzeitbehandlungen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Roth, Nobert (1986). Nachwort. In Moser, Tilmann. *Das erste Jahr*. (S. 149–190). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Salber, Wilhelm (1965). *Morphologie des seelischen Geschehens*. Ratingen: Henn.
- Salber, Wilhelm (1982). *Der psychische Gegenstand*. 5. erw. Aufl. Bonn: Bouvier.
- Stephenson, Thomas (2011). Ambivalenz, Konflikt, Mehrdeutigkeit, Paradoxie und eine individual-psychologische Antwort auf die absolute Fragilität der analytischen Praxis. In Rieken, Bernd, Sindelar, Brigitte & Stephenson, Thomas: *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft*. (S. 72–87). Wien: Springer.
- Stern, Daniel Norman (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stern, Daniel Norman (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Brandes & Ap- sel, Frankfurt am Main
- Stern, Daniel Norman (2011). *Ausdrucksformen der Vitalität*. Frankfurt am Main: Brandes & Ap- sel.
- Streeck, Ulrich (2000). Szenische Darstellungen, nichtsprachliche Interaktion und Enactments im therapeutischen Prozeß. In *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozeß*. (S. 13–55). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ware, Robert C. (2007). Eros und Sexualität im Spielraum der körperpsychotherapeutischen Beziehung. In Geißler, P., Heisterkamp, Günter (Hrsg.). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. (S. 459–486). Wien: Springer.

- Witte, Karl Heinz (2010). *Zwischen Psychoanalyse und Mystik. Psychologisch-phänomenologische Analysen.* Freiburg i. Breisgau: Karl Alber.
- Wolf, Ernest. S. (1988). Atmosphäre und Abstinenz. In Kutter, Peter, Páramo-Ortega, Raul & Zagermann, Peter. (Hrsg.). *Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse.* (S. 187–206). München: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Worm, Gisela. (2005). Handlungsdialoge zum Verstehen der therapeutischen Beziehung – Möglichkeiten und Schwierigkeiten. In Sulz, Serge, Schrenker, Leonhard & Schricker, Christoph (Hrsg.). *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit.* (S. 265–274). München: CIP-Medien.
- Worm, G. (2007a). Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. In Geißler, Peter & Heisterkamp, Günter (Hrsg.). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch.* (S. 211–238). Wien: Springer.
- Worm, G. (2007b). „Der Körper lügt nicht?“ – Zur Widerstandsanalyse in der körperlichen Interaktion. In Geißler, Peter & Heisterkamp, Günter (Hrsg.). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch.* (S. 259–289). Wien: Springer.

Autor

Prof. Dr. Günter Heisterkamp

Stolsheide 5, D-40883 Ratingen

guenter.heisterkamp@gmx.de

Zuletzt: Universität Essen (Fachgebiete: Pädagogische und Klinische Psychologie), Lehranalytiker (DGPT, DAGG, DGIP), Gruppenanalytischer Teamsupervisor und Organisationsberater (DAGG), Ausbildung in Bioenergetischer Analyse (CBT); Arbeits- und Interessenschwerpunkte: die leibliche Dimension des psychotherapeutischen Wirkungsgeschehens, Atmosphäre und Freude in Psychotherapie und Psychoanalyse, Supervision und Weiterbildung.