

Dr. Ulrich Seidel

### **Ach wie gut dass niemand weiß.....? Überlegungen zur Begegnung im psychoanalytischen Feld**

Falls Sie den Ankündigungstext im Programmheft der Jahrestagung für meinen Vortrag gelesen haben sollten, dann haben Sie sicherlich bemerkt, dass ich damals, als ich den Text formulieren musste, noch keine Ahnung hatte, was ich Ihnen heute vortragen werde. Auch wenn die Tagung unter dem Titel „Wie arbeiten Individualpsychologen heute?“ steht, konnte es ja wohl nicht Sinn dieses Vortrages sein, einfach nur Beispiele aus meiner täglichen Arbeit zu referieren. Rein vorgestaltlich wusste ich nur, dass es darum gehen sollte, wieweit sich Therapeut/Analytiker zeigt, wie weit er aktiv sein kann bzw. sollte. Sich zeigt als Person zum einen und zum anderen als Individualpsychologe. Es sollte also gehen um die Beziehung oder deutlicher um die Begegnung zwischen Analytiker/Therapeut und Patient und zum anderen um die Identität als Individualpsychologe in meiner Arbeit. Konkreter wurden meine Vorstellung nach unserem Frühjahrsworkshop des AAIN im April diesen Jahres. Prof. Roth hatte aus neurophysiologischer Sicht die Vormachtstellung des Unbewussten bestätigt und gleichzeitig den Veränderungsspielraum durch den Prozess der „Einsicht“ äußert pessimistisch dargestellt. Nach seiner Ansicht seien **strukturelle** Veränderungen nur mit großem Aufwand und nur auf dem Boden karthatischer Erfahrungen zu erwarten, sie bedürften sozusagen einer „emotionalen Revolution“ (Roth, 2002). Volker Dannöhl konkretisierte aus psychologischer Sicht, beschrieb die Wirkungsweise von unbewussten Schemata und erklärte damit, warum in Therapien gewonnene Einsichten nicht unmittelbar zu einer Veränderung des Erlebens und Handelns unserer Patienten führen. „Nicht Einsichten führen zu neuen Schemata, sondern neue Schemata ermöglichen neue Einsichten. Neue Schemata werden aber nur im Vollzug von Handlungen ausgebildet, wobei sich die therapeutisch wirksamen Handlungen nur in der Kooperation mit einem anderen einstellen können.“ (Dannöhl, 2002)

Das bringt uns zu meinem Thema. Bei „in Kooperation mit einem anderen“ assoziiere ich neben der Aussage Alfred Adlers, Therapie sei eine „Übung in und Prüfung der Kooperation“ – darauf komme ich dann später zurück - Begriffe wie „Beziehung“ oder noch deutlicher „Begegnung“, und ich möchte Sie über ein erstes Beispiel aus meiner praktischen Arbeit an meine Gedanken heranführen.

#### **Beispiel A:**

Der Pat. (Ende 30, verheiratet, keine Kinder) musste wegen multipler psychosomatischer Beschwerden (Schwindelanfälle, Gleichgewichtsstörungen) seine Arbeit aufgeben. Die Symptomatik trat zum ersten Mal nach Überwecheln des Patienten aus den neuen Bundesländern auf. Diese Veränderung des Wohnorts war mit der Aufgabe seines Berufes als Lokomotivführer bei der Reichsbahn verbunden gewesen. Der Pat. ist relativ klein, ca. 1,60-1,65 m, und für die Körpergröße leicht übergewichtig. Ursprünglich habe er studieren wollen, dies sei auf großen Protest bei den Eltern gestoßen, dann habe er Offizier bei der Volksarmee werden wollen. Da die Voraussetzung dafür eine abgeschlossene Lehre gewesen war, hatte er diese Lehre begonnen. Während der Lehrzeit wurde ihm vermittelt, dass er aus politischen Gründen für die Offizierslaufbahn nicht geeignet sei, so habe er dann alles hingeschmissen und sei wie von der Familie erwartet, Lokomotivführer geworden. Die Familie, alles Eisenbahner, sei sehr froh darüber gewesen, dass er zur Vernunft gekommen war. Der Abschluss als Lokomotivführer und die damit verbundene Uniform und die Mütze und der Stern auf der Schulter hätten ihn sehr stolz gemacht.

Sie können sich nun bestimmt vorstellen, was für diesen Pat. die Übersiedlung in die Bundesrepublik und der Verlust des Status des Lokomotivführers psychisch bedeutet hat. Bei seiner letzten Stelle vor einem Aufenthalt in einer Psychosomatischen Klinik und einer folgenden Umschulung arbeitete er auf einer Art Bauhof, wo er auch die Lokomotive des Bauzuges fahren musste, aber eigentlich Ladearbeiter, Rangierer und eine Art, „Mädchen für alles“ war. Ein Beispiel einer demütigenden Erfahrung möchte ich Ihnen schildern: der Pat. kommt zum ersten Arbeitstag seiner neuen Stelle auf dem Bauhof in der Uniform der Reichsbahn. Man schaut ihn an, als käme er aus einer anderen Welt, staunt und lästert. Er musste natürlich sofort die Uniform ausziehen und sie gegen einen Blaumann eintauschen. Ein anderes Beispiel: der Pat. steht auf der Lok, hat den Bauzug zu einer bestimmten Stelle gefahren und wartet nun, schaut aus dem Fenster der Lokomotive. Nach fast einer Stunde Warten kommt ein Kollege und fragt, worauf er denn nun warte, na, auf den Rangierer natürlich, der die Wagen abhängt. Man lacht ihn aus und macht ihm schmerzlich klar, dass er der Rangierer sei. Der Pat. hatte es wirklich schwer, seine neue Position anzuerkennen und zu akzeptieren, die für ihn mit der Arbeit verbundene Demütigung wird deutlich spürbar. Der Lebensmeisterung im Sinne von sich der anstehenden psychosozialen Rolle zu stellen, die dieser neue und besondere Lebensabschnitt erforderte, dies war ihm nicht möglich.

Im Zusammenhang mit der Bearbeitung dieser Erfahrungen frage ich den Pat., ob er denn die Uniform der Reichsbahn noch habe. Er schaut mich entgeistert an und fragt, wie ich denn auf die Idee kommen könne, dass er sie **nicht** mehr habe. Sie sei wohl verpackt in einem Koffer auf dem Boden gelagert. Er habe seiner Frau einmal gesagt, wenn sie sich mal trennen würden, dann könne sie alles behalten, er würde nur diesen Koffer mitnehmen. Ob er denn vielleicht Lust hätte, die Uniform und die Mütze zur nächsten Sitzung mitzubringen? Ich nehme eine Mischung aus großem Erstaunen und Begeisterung wahr, ganz geheuer scheint ihm mein Vorschlag nicht zu sein. Er bringt sie aber mit und irgendwann im Gespräch bitte ich ihn, die Uniformjacke und die Mütze anzuziehen. Herausgerückt aus dem therapeutischen Rahmen und der Gefühlsbindung zwischen uns, hätte ich wahrscheinlich laut lachen müssen. Der Patient hatte in den letzten Jahren wohl mehrere Kilo zugenommen, an der Uniformjacke ließen sich nur noch die obersten Knöpfe schließen, sie klaffte über dem Bauch auseinander, auch die Mütze hatte unter den Jahren im Koffer stark gelitten. Trotzdem, für den Patienten sah das alles ganz anders aus. Ein wenig verschämt aber mit leuchtenden Augen geht er in der Uniform im Praxisraum auf und ab und berichtet von mir ermutigt immer flüssiger vom Gefühl des Stolzes, davon, jemand zu sein, etwas zu gelten, einen Platz zu haben in der Gesellschaft usw. Augenscheinlich ist, dass er diese beschriebenen Gefühle im Moment des Beschreibens deutlich und auch körperlich erlebt. Die Augen leuchten, er geht aufrecht mit einer gewissen Spannkraft im Körper, die Stimme wird kräftiger, fast könnte man denken, der Patient erläuft sich im buchstäblichen Sinne sein Selbstwertgefühl. Aber dann sind wir auch beim Gegenpol, den Ereignissen und Gefühlen der Erniedrigung und Scham, die mit Umsiedlung, Statusverlust, Lokomotive fahren im Blaumann zu tun hatten und die schließlich zum Rückzug in die Krankheit führten. Der Pat. hatte eine „Grenzerfahrung“ oder vielleicht genauer eine „Grenzüberschreitungserfahrung“ im wörtlichen Sinne gemacht. Mit überschreiten der Grenze von den neuen zu den alten Bundesländern hatte er seine Identität verloren, war mit dem Nichts konfrontiert worden, weil er selbst nichts mehr war, seine alte Rolle nichts mehr galt.

Man könnte das, was da in der Realität des Pat. und im therapeutischen Rahmen passiert ist mit den Erfahrungen der Initiation vergleichen. Auch hier wird der Junge in eine Situation gebracht, in der seine alte Rolle zerstört wird, das Kind seine Nichtigkeit erlebt und unter psychischen und meist auch körperlichen Schmerzen das, was kindlich an ihm war ablegt. Erst danach kann er, ausgestattet mit der neuen Identität als erwachsener Mann, in die neue Gesellschaft der Männer aufgenommen werden und dort seine Rolle einnehmen. Der zweite

Teil der Erfahrung jedoch, die Aufnahme in eine neue Gesellschaft als vollwertiges Mitglied, ist dem Pat. in seiner, der neuen Realität, vorenthalten worden.

Ich habe nun über den Pat. gesprochen, was aber ist bei mir passiert, wie könnte ich meine Gegenübertragung, vor deren Hintergrund diese Intervention entstand und verstehbar wird, beschreiben? Ich fühlte mich dem Pat. sehr nahe, konnte all die erlebten Kränkungen und Demütigungen gut einfühlen und nacherleben. Auch ich habe einmal sächsisch gesprochen, bin gehänselt worden von den Klassenkameraden, konnte zwar russisch, was nicht zählte in der neuen Umgebung, hatte aber große Probleme mit französisch und englisch. Alles was ich mitbrachte, galt so gut wie nichts. Meine Bewältigungsversuche waren sicherlich von denen des Patienten unterschieden und meine beschriebene Intervention sicherlich kein Selbstheilungsversuch, ich glaube, ich habe diesen Teil meiner Vergangenheit integrieren können. Meine Intervention, meine Art des Eingehens auf den Pat. war die Umsetzung meines Verständnisses der Psychodynamik in einen Handlungsvorschlag, aber eben über den Weg meiner Gegenübertragung, die ohne meine Geschichte nicht denkbar ist. Ich habe nicht bei der Deutung stehen bleiben wollen. Ich bin sicher, diese Intervention hat dem Pat. viel mehr Einsicht im ganzheitlichen Sinne gebracht, als die rein verbale Deutung. Mehr noch, ich denke, was in einem solchen Moment geschieht, geht weit über Einsicht hinaus. Es wird eine Erinnerung und damit ein Selbstgefühl lebendig und in die Gegenwart der therapeutischen bzw. analytischen Situation gerufen, quasi importiert, das dem Patienten ermöglicht, die Geschichte seines Lebens und damit seiner Identität im Hier und Jetzt zu verändern. Ich glaube ganz konkret wurde es dem Pat. möglich, grundlegend zu erfassen, dass sein Selbstwert **nicht** an einer Uniform hängt, das seine Identität **nicht** in einem Koffer liegt, sondern in ihm selbst. Er wurde in die Lage versetzt, zu erkennen, wie rückwärtsgewandt/fixiert er auf die neue Situation reagiert und gelebt hat und die Gegenwart von ihm eine Entscheidung fordert, nämlich die Uniform auszuziehen und ohne sie zu leben. Er hat es über die Erinnerung, das Anziehen der Uniform, der damit verbundenen Begegnung mit den Sicherungen der Vergangenheit und dem Defizit in der Gegenwart geschafft, Uniform und Vergangenheit abzulegen und positiv einer neuen Zukunft entgegenzusehen. Ganz konkret hat der Pat. eine Umschulung gemacht, ein kleines Haus gebaut und – um in der Sprache der Märchen zu bleiben – wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute zufrieden und glücklich.

Hat sie nun, meine Intervention, irgendetwas verwässert? Habe ich dem Patienten, indem wir das klassische analytische Setting verlassen haben, ich aus dem Zusammenspiel von eigener Erfahrung und Erfahrung der Dynamik des Beziehungsgeschehens in der Therapie „mitgespielt“ habe, habe ich dem Patienten Möglichkeiten eigener innerer Arbeit vorenthalten oder ihn in einer entwicklungshemmenden Weise verwöhnt? War ich grenzüberschreitend oder unabstinent, als ich den Patienten an meinen Gefühlen, meiner Gegenübertragung habe teilhaben lassen indem ich ihm mitgeteilt habe, dass ich seine Geschichte aus eigener Erfahrung nachvollziehen könne, dass sich seine Erfahrung und meine in gewisser Weise ergänzen? Vielleicht sind einige Worte zum Thema Abstinenz bzw. Offenheit angezeigt. Ich denke Sie stimmen mit mir überein, dass Abstinenz eine Haltung ist, die wir uns im analytischen Prozess immer wieder erarbeiten müssen, weil wir auch immer wieder in der Gefahr sind, ja auch oft genug versucht sind, diese Haltung zu verlieren. Klar ist hoffentlich auch, dass Abstinenz nichts mit „Unauthentizität“ zu tun hat. Den Begriff der prozess- bzw. situationsbezogenen „selektiven Authentizität“ des Analytiker finde ich eher irritierend. Als Analytiker bin ich immer authentisch und zwar in meiner Rolle als Analytiker. Abstinenz bedeutet Respekt vor der Integrität des Gegenüber. Abstinent ist also jemand, der nicht Ichhaft handelt, abstinent sein bedeutet jedoch nicht, dass ich als Analytiker nicht aktiv oder nicht sicht- und erkennbar werden darf. Unsere analytische Arbeit und damit unsere Authentizität als Analytiker wird bestimmt und ist untrennbar verbunden mit dem Prozess von Übertragung und Gegenübertragung, es ist unmöglich, diesem zu entkommen. Vor diesem

Hintergrund geschieht das Hin und Her von sich zeigen und sich verbergen sowohl des Patienten als auch des Analytikers. Offenheit dagegen scheint mir kein Kriterium des analytischen Prozesses zu sein, ist eher ein moralisches Kriterium. Selbstoffenbarung, also die Teilhabe des Pat. an den Gefühlen des Analytikers im oben beschriebenen Sinne, ist etwas anderes. Sie ist eine Intervention unter anderen und findet ihre Bewertung nur im Zusammenhang der Beziehung zwischen Pat. und Analytiker. Diese Art der Öffnung muss sich wie jede Intervention des Analytikers daran messen lassen, inwieweit sie für den Patienten entwicklungsförderlich ist oder nicht.

Kommen wir nochmals zum Patienten zurück. Ich habe versucht zu verstehen und zu beschreiben was in ihm und was in mir passiert ist. Ich möchte nun noch ein paar Worte darüber verlieren, was vielleicht dazwischen, also im Raum zwischen dem Patienten und mir geschehen ist. Dieses kleine „Zwischen“ scheint mir sehr wichtig, in diesem Land findet unsere Arbeit statt. In der analytischen Situation treffen sich hier im „Zwischen“ zwei, die sowohl aufeinander bezogen, voneinander abhängig als auch vollkommen eigenständig sind. Nennen wir es eine „Begegnung“ zwischen dem Patienten und mir, und eine Begegnung kann eben nur in dieser Welt „dazwischen“ passieren. Sie ist etwas ähnliches wie das, was Heisterkamp (2002, S.47) eine „implizite Wandlungserfahrung“ nennt, und genauso wird solch eine Begegnung nicht gemacht. Sie ist kein Wirkfaktor sondern geschieht, sie passiert, sie ist nicht planbar, vielleicht ist sie einfach die Folge eines geglückten Prozesses. Auch hier bemühe ich nochmals Heisterkamp, der in einem ähnlichen Zusammenhang von einem „Pfungsterlebnis“ (2002, S. 48) spricht. Auch wenn Begegnungen nicht zielgerichtet herstellbar sind und es sicherlich öfter passiert, dass wir betroffen oder getroffen sind, dass uns etwas an der Geschichte des Pat. berührt, als dass wir ihm begegnen, kann ich versuchen mit meiner Haltung die Bedingung für eine Begegnung zu schaffen. Eine oder besser die Grundbedingung scheint mir zu sein, dass sich der Therapeut bedingungslos empathisch auf die Seite des Patienten stellt. Sich empathisch auf die Seite des Patienten stellen bewirkt bei diesem, also beim Patienten wiederum, dass Mitgefühl für sich selbst entstehen kann. Ein weiterer Punkt scheint mir das aufrichtige Bemühen umeinander zu sein. Ohm (1999, S. 96) spricht davon, dass die gegenseitigen Fiktionen gewissermaßen aneinander abgearbeitet werden müssen. Dies alles geschieht natürlich nicht im luftleeren Raum, ist auch nicht Teil einer freundschaftlichen oder nachbarschaftlichen oder erotischen Beziehung. Begegnung setzt analytische Gegebenheiten nicht außer Kraft, sondern ist immer eingebettet in das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen und die gegebene Rollenverteilung und dies ist dann auch der Verständnis- und Bewertungshintergrund und stellt den begrenzenden Rahmen dar. Aus wirklichen Begegnungen im analytischen Prozess resultierende Interventionen und deren Auswirkungen sind m.E. immer kreative, schöpferische Momente, vielleicht das was Heisterkamp mit den schon zitierten „impliziten Wandlungserfahrungen“ meint. Im oben beschriebenen Sinne wird die Lebensgeschichte des Patienten umgeschrieben, und das tut der Patient selbst, es ist also Ermutigung im grundlegendsten und besten individualpsychologischen Sinne. Kreativität basiert auf der schöpferischen Kraft und ist ein Prozess, in dem sich der Abschied von Althergebrachtem und der Aufbruch zu Neuem, zunächst noch Unbekanntem auf schöpferische Weise miteinander verbinden. Was dabei Gestalt zu gewinnen sucht, sind unbewusste Wünsche und Phantasien, ist unbewusstes brachliegendes Potential, das - bisher unzugänglich – in diesem schöpferischen Prozess machtvoll an die Bewusstseinsoberfläche drängt. Das was dabei passieren kann, ist also etwas anderes als Bewusstmachung und kommt der geforderten „emotionalen Revolution“ und damit der Geburt eines neuen Schemas, vielleicht sehr nahe. So ist eine Begegnung im analytischen Prozess eine Art Glückserfahrung, ohne dass damit die Analyse beendet wäre. Sie bringt sie nur auf eine andere Ebene, fügt eine neue Qualität hinzu.

Um meine oben gestellte, eher rhetorische Frage nun doch noch selbst zu beantworten: nein, ich war mit dieser Intervention nicht grenzüberschreitend, zumindest nicht die Grenzen des

Patienten, vielleicht die eines klassisch zu nennenden Settings. Ich war auch nicht unabstinent, auch habe ich den Patienten nicht verwöhnend entmündigt, sondern mit meiner emotionalen Präsenz entwicklungsfördernd gewirkt.

Gestiegen scheint mir das Maß der „Souveränität“ des Patienten oder nennen wir es das Gefühl für den „Selbstwert“, das in Souveränität mündet, mit dessen Hilfe der Patienten über sich und sein Leben wieder mehr verfügen kann. Das Gefühl des Selbstwertes und damit die seelische Autonomie zu steigern, zu festigen oder wieder zu erlangen ist ja wohl unsere wichtigste therapeutische Aufgabe.

Etwas anders sieht es im folgenden Beispiel aus. Hier reichte meine Empathie nicht aus, eine aktive handlungsbezogene Intervention bzw. den Vorschlag zu einer Handlungsprobe zu unterlassen, obwohl dies im Nachhinein betrachtet im Sinne der Patientin gewesen wäre.

**Beispiel B.** : Zur Vorgeschichte: die Pat. kam über Vermittlung einer Kollegin zu mir, ihre Therapeutin, bei der sie eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie begonnen hatte, war erkrankt und nicht mehr arbeitsfähig. In der Zeit der Antragstellung verstarb die frühere Therapeutin dann an einer Krebserkrankung. Bis zur im folgenden geschilderten Phase der gemeinsamen Arbeit war der Tod der Vortherapeutin nur marginal berührt bzw. bearbeitet worden. Ich fasse nun eine längere Phase der Therapie zusammen. Ausgangspunkt war ein Brief der älteren von der Pat. gehasst/geliebten Schwester, die wegen Unstimmigkeiten beim letzten Besuch zum einen die Beziehung aufkündigte und gleichzeitig von der Pat. einen Kredit zurückforderte, den sie dieser ca. 1 ½ Jahre vorher angeboten hatte. Der Brief, den die Pat. mit in die Sitzung brachte und mir vorlas, löste bei der Pat. erst völlige Hilflosigkeit, nach und nach dann Traurigkeit und Wut, bis hin zu Mordphantasien aus. Die Pat. berichtet in der Folge von starken Schlafstörungen, Gereiztheit, sie sei wieder sehr unkonzentriert bei der Arbeit gewesen. In vielen Bereichen, die sie während der Therapie schon zum Positiven hatte wenden können, wie z.B. ihre starke Abhängigkeit von Männern, die sie im alltäglichen Bereich versorgten und auf deren Versorgung sie schon hatte verzichten können, sei sie wieder rückfällig geworden. Angebote von mir zur Exfiguration, Konkretisierung und Ordnung der Gefühlslage, wie z. B. die Arbeit mit dem leeren Stuhl, auf den sie die Schwester in Gedanken setzen könne um dieser alle Gefühle und Vorbehalte auszudrücken, waren der Pat. nicht möglich, sie brachte kein einziges Wort über die Lippen. Auch die „weichere“ Form, der Vorschlag, der Schwester all dies zu schreiben, diesen Brief jedoch nicht abzuschicken, weil es ja erst nur um das Gefühlsleben der Pat. ginge, war ihr nicht möglich. Auf meine Frage, was denn passieren könne, wenn sie diesen Brief schriebe, antwortete sie, dann sei ja alles endgültig, vielleicht brauchte sie die Schwester ja irgendwann noch einmal. Deutlich wurde, dass der Pat. eine Trennung von „real“ und „in der Phantasie“ nicht möglich war. Gleichzeitig erinnerte sie frühe Kindheitsängste. Sie habe nie die Füße unter der Bettdecke hervorschauen lassen dürfen, es hätte jemand kommen und mit dem Messer hineinstecken können. Sie hätte zwanghaft jeden Abend unters Bett schauen müssen um sich zu vergewissern, dass dort keiner war, der sie im Schlaf töten könnte. Im Zusammenhang mit der Todesangst erinnert die Pat. auch folgende Situation: die Schwester habe wohl immer auf sie aufpassen müssen, sie überall mit hin nehmen müssen und sei wohl schrecklich wütend darüber gewesen. Sie erinnere, dass sie von der Schwester mehrmals im Kleinkindalter mitten im Bürgerpark mit den Worten „wir kommen nie wieder nach hause, erst, wenn Du geweint hast“ und „ich lass dich hier allein und komme nie mehr wieder“, stehen gelassen worden sei. Sie habe schreckliche Angst gehabt, habe geweint, geschrien und gebettelt, die Schwester sei erst zurückgekommen, als sie schon glaubte, sterben zu müssen. In dieser Phase der Therapie begannen auch wieder Alpträume, die die Pat. aber nicht konkret erinnern konnte, der Alkohol spielte wieder eine größere Rolle, 6 Flaschen Bier pro Tag wurden wie früher zum Regelkonsum. Sie beschrieb das Gefühl, unter großer Spannung zu stehen und eine Bombe in

sich zu tragen, deren Ticken nur durch Biertrinken angehalten werden könne. Auch „beichtete“ sie mir ihre Angst davor, ich könne sie „rauswerfen“, weil sie ja meine „Forderung“, ihre Gefühle, Gedanken und Erinnerungen in einem Brief zusammenzufassen, nicht nachgekommen wäre. Ich brauche hier die vermutete Psychodynamik der Pat., den Niederschlag der vielschichtigen Abhängigkeiten und deren Wiederbelebung im analytischen Geschehen nicht zu erklären, möchte aber Anmerkungen machen zum konkreten Umgang damit. Nach dem derzeitigen Trend hätten sich vielleicht im Kontext der analytischen Psychotherapie EMDR Sitzungen zur Bearbeitung der erinnerten traumatischen Situation angeboten. Trotz eigener positiver Erfahrung mit EMDR, jedoch unter sehr speziellen Voraussetzungen, habe ich mich dieser Idee verschlossen, habe ich doch die erinnerten Situationen als eine Art Zusammenfassung, Komprimierung der Grundängste der Pat. verstanden, obwohl die Intensität der die Pat. quälenden aggressiven Phantasien und Todeswünsche der Schwester gegenüber auf grundlegendere Traumata schließen ließen. Die emotionale Reaktion der Patientin auf meine Intervention machte deutlich, dass die den geschichtlich-sachlichen Gegebenheiten zugrundeliegenden oder auch übergeordneten Gegebenheiten des analytischen Umfelds, also unsere Beziehung, dass das Beziehungserleben der Patientin noch lange nicht tragfähig waren. Ich erinnere nochmals an die Gedanken von Volker Dannöhl, neue Schemata würden nur im Vollzug von Handlungen ausgebildet, wobei sich die therapeutisch wirksamen Handlungen nur in der Kooperation mit einem anderen einstellen könnten.

Hier sind wir auch wieder auf einem originären individualpsychologischem Gebiet mit den Stichworten „Übung in Kooperation“, „Sinn für das Selbstsein im Bezogensein“ (Antoch 2001), „die ermutigende Begegnung mit dem Defizit“ (Seidel 1985). Bevor ich dies vertiefe, vorweg aber einige Überlegungen dazu, was zwischen mir und der Pat. schief gelaufen war bzw. warum meine Interventionen vorschnell und nicht angemessen waren und so fehlgeschlagen sind oder anders ausgedrückt, wenig ermutigend waren. Ich habe versucht mir dies durch Rückgriff auf Greenbergs Verständnis von den Emotionen zu verdeutlichen. Greenberg (2002) unterscheidet zwischen sowohl primären und sekundären Gefühlen als auch zwischen adaptiven und maladaptiven emotionalen Erfahrungen. „Primäre Emotionen sind die fundamentalsten und unmittelbarsten emotionalen Reaktionen einer Person auf eine Situation. Sekundäre Emotionen sind diejenigen Reaktionen, die den eher primären inneren Prozessen folgen und einen Schutz gegen diese darstellen können. Sekundäre Emotionen sind somit Reaktionen auf vorherige Gedanken oder Gefühle oder auf ein komplexes Zusammenspiel dieser Gedanken und Gefühle. Solche sekundären Emotionen sind zum Beispiel das Gefühl des Verärgertseins als Reaktion auf das Gefühl des Verletztseins oder die Angst vor dem Gefühl des Verärgertseins oder Schuldgefühle wegen eines traumatischen Ereignisses durch die Übernahme der Verantwortung für das Ereignis oder Angstgefühle aufgrund von Katastrophenerwartungen. Diese sekundären Emotionen müssen im therapeutischen Prozess erkundet werden, um zu deren eher primären Auslösern zu gelangen.“ (S. 196) Weiter wichtig ist die Unterscheidung von primären Gefühlen, die adaptiv sind und auf die wegen ihrer Nützlichkeit zurückgegriffen werden kann und Gefühlen, die maladaptiv sind, d.h. diejenigen Gefühle, die immer wieder auftreten und die sich nicht verändern, an denen der Pat. quasi klebt, die keine adaptive Richtung für eine Problemlösung vorgeben, sondern dem Pat. eher das Gefühl geben, nicht voran zu kommen. Mit diesen Gefühlen in Kontakt zu kommen hilft also nicht weiter, sondern bringt eher noch tiefer in die Hoffnungslosigkeit.

Um aber auf dieser emotionalen Ebene in einen „Handlungsdialog“ eintreten zu können, seine Möglichkeiten nutzen zu können, „müssen Menschen genug Unabhängigkeit von anderen verinnerlicht haben, und sie müssen ein Selbstgefühl haben, das stark genug ist, um diese Unabhängigkeit auszuhalten.“ (Greenberg, 2002, S. 197) Und damit wären wir wieder bei der beschriebenen Patientin. Sie war sicherlich noch lange nicht in der Lage, dies auszuhalten und

ich habe es nicht erkannt. Durch meine Intervention, die im Nachhinein gesehen meine eigene Hilflosigkeit binden sollte, wurde sie mit den grundlegenden Ängsten besonders der Angst, verlassen zu werden und allein nicht lebensfähig zu sein konfrontiert. An dieser Stelle wurde meine Kooperationsfähigkeit und –bereitschaft als Therapeut auf die Waage gelegt - und ich wurde für zu leicht befunden. Ich war nicht in der Lage zu erspüren, dass ihr in der therapeutischen Beziehung noch die Sicherheit fehlte, der ermutigenden Begegnung mit dem Defizit zu trauen. Hier wurden meine eigenen Insuffizenzenerlebnisse berührt, ich hatte die Ohnmacht, die sich zwischen uns ausbreitete nicht aushalten können, vielleicht hatte ich mir gewünscht, sie wäre schon auf einer stabileren Ebene. Eigene Verlassenheitsängste in der therapeutischen Situation versuchen wir – oder sollte ich wirklich sagen ich? – doch häufig über die Nähe, den Kontakt zum Gegenüber und eigene - wie in diesem Falle eben auch unangebrachte - Aktivitäten zu binden. Agieren im Sinne der Sicherung kann eben nicht nur der Patient, sondern auch der Therapeut. Noch vor kurzem war es der Pat. durch den Tod der Vortherapeutin wieder bestätigt worden und nun verlebendigte meine Intervention bzw. ihre Unfähigkeit, diese aufzunehmen, in ihr erneut die Grundangst, deren sie sich nicht gewachsen fühlte. Ist die angesprochene zumindest rudimentäre Unabhängigkeit, also eine gewisse Selbständigkeit, eine ausreichende grundlegende Sicherheit nicht vorhanden, so ist das „einzige zur Verfügung stehende Mittel die empathische Einstellung des Therapeuten auf die vorhandenen Möglichkeiten des Patienten.“ (Greenberg 2002, S. 197) Meine Empathie reichte wie beschriebenen zu diesem Zeitpunkt nicht aus und meine Intervention war somit zu diesem Zeitpunkt eine Überforderung der Möglichkeiten der Pat. Ihr Sinn für ihr eigenes Selbstsein im Bezogensein zu mir (vgl. Antoch 2001) war zu diesem Zeitpunkt sicherlich nur sehr rudimentär ausgeprägt, anders als beim vorher beschriebenen Pat. Oder anders ausgedrückt, das Strukturniveau der beiden vorgestellten Pat. war sehr unterschiedlich und mein Vorgehen war eine deutliche Überforderung der strukturellen Möglichkeiten der vorgestellten Patientin. Dies wiederum macht aufs neue deutlich, dass es nicht **die** individualpsychologische Therapie bzw. Analyse gibt, sondern wir uns immer wieder fragen müssen, was können wir unseren Patienten zumuten, was ist zu diesem Zeitpunkt förderlich und was ist „über-förderlich“. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die Überlegungen von Tenbrink (1999) an gleicher Stelle vor 3 Jahren über den Unterschied zwischen Wiederfinden und Finden in der Psychoanalyse. Er führte aus, dass sich der analytische Prozess und die Beziehungsgestaltung unterschiedlich gestalten „je nachdem, ob der Analysand bereits über die Fähigkeit verfügt, in der Übertragung ein bedeutsames und entwicklungsförderndes (gutes) Objekt wiederzufinden, oder ob diese Voraussetzungen fehlen.“ (S. 101) Im letzteren Falle müsse der Analytiker „vorrangig dafür sorgen, dass der Analysand ihn – als ein solches Objekt – finden kann.“ (S. 101) Ich verstehe die schon zitierten Worte von Greenberg - das „einzige zur Verfügung stehende Mittel (ist) die empathische Einstellung des Therapeuten auf die vorhandenen Möglichkeiten des Patienten“ - als eine Konkretisierung dieses Gedankens, oder wie es Rainer Schmidt (2002) ausdrückt, „in einem analytischen – auch individualpsychologisch-analytischen – Verständnis ist der Therapeut stets nur ein sich einfühlender Begleiter“ (S. 157). Aber mit dieser Einfühlsamkeit ist es eben wie mit der Abstinenz, sie ist eine Haltung, die wir uns immer wieder – manchmal mühsam – neu erarbeiten müssen.

Bisher habe ich mich im Zusammenhang mit „ach wie gut dass niemand weiß“ mehr bezogen auf die konkrete Beziehungsgestaltung zwischen Analytiker/Therapeut und Patient und die Umsetzung der Empfindungen und Gefühle des Therapeuten in Interventionen bis hin zur direkten Offenbarung/Einbringung dieser Gefühle. Jetzt noch einige Gedanken zu diesem Thema von einer ganz anderen Warte her. Manchmal denke ich, wir individualpsychologischen Analytiker haben immer noch Identitätsprobleme die im Umgang mit Patienten und Kollegen anderer Schulrichtungen in die Fortführung des Satzes „ach wie gut dass niemand weiß, dass Individualpsychologie ich heiß“ münden. Häufig zuwenig –

meine ich – taucht die Individualpsychologie in unserer Arbeit auf. Von Gutachtern höre ich immer wieder und immer noch, dass wir es sind, die die analytischsten Berichte an den Gutachter formulieren, man könne in den Psychodynamiken und Behandlungsplänen selten Individualpsychologisches erkennen. Wir haben in den letzten zwei Jahrzehnten ja gelernt den kleinen dreikursianischen Pädagogen, den die älteren von uns mit der Muttermilch der Lehranalyse aufgesogen haben, zu Hause zu lassen, aus unseren Behandlungen zu verdammen, was schwer genug gefallen ist. Leider haben wir häufig damit auch ganz grundsätzliche individualpsychologische Sichtweisen bzw. deren Umsetzung aus den Behandlungen exkommuniziert. Vielleicht manchmal schon wahllos orientiert an analytischen Konzepten, die nun in unseren Instituten häufig unverbunden nebeneinander stehen. Die Spannweite reicht von der gleichzeitigen und gleich-gültigen Vertretung mehrerer Paradigmen wie sie z.B. Kurt Hemmer (2002) mit den „vier Psychologien“ immer wieder vertritt bis hin zur Anregung der Auflösung des individualpsychologischen Verständnisses im Selbst-Regulationsparadigma durch Dieter Tenbrink (1998b).

Die andere Seite, vielleicht das dialektische Gegenstück dieser Medaille begegnet uns in der Fabel vom Wettlauf zwischen dem Hasen und dem Igel. Vielleicht erinnern sie sich, der Igel bietet dem Hasen einen Wettlauf an, weil er sich vom vornehmen Hasen wegen seiner krummen Beine ausgelacht und nicht ernst genommen fühlt. Im Verlaufe meiner Ausbildung und all die Jahre später begegneten mir der Hase und der Igel immer wieder beim Auftreten neuer Ideen in der psychoanalytischen (Mainstream)Theoriebildung. Wir Individualpsychologen sagten häufig recht schnell wie der Igel oder seine Frau: wir sind schon lange da, das kennen wir schon lange. Ging es um den Beziehungsaspekt, den Wechsel des Blickwinkels von der Ein- zur Zweipersonenpsychologie, um die Geschwisterkonstellation, die Bedeutung fand, den Einfluss interpsychischer Konflikte des sozialen Umfelds oder wie erst vor kurzem um die Machtproblematik: wir waren meist schon lange da. Es war aber eben so wie beim Hasen und dem Igel: der Igel war irgendwie schon immer da, auf der anderen Seite stimmt es eben gar nicht. Er ist ja nicht gelaufen, hat sich noch nicht einmal bewegt, er hat einen Trick angewandt um die Kränkung – sie erinnern sich, die krummen Beine - zu meistern, er hat sich nicht wirklich gestellt. Er hat damit die speziellen Möglichkeiten des Hasen, nämlich schnell zu laufen genauso wenig anerkannt, wie er seine eigenen Möglichkeiten weiterentwickelt hat. Er hat auf den Hasen geschaut und vergessen, seine eigenen Ressourcen zu verwirklichen. Wir haben in der Individualpsychologie bestimmte Konzepte und Sichtweisen angelegt, denen sich der Mainstream der Psychoanalyse erst spät zugewandt hat. Schmidt (2002) benennt in diesem Zusammenhang „etwa die Narzissmustheorie bei Kohut, (in) Kernbergs Beobachtungen über Borderlinestruktur oder (in) Winnicotts Forschungen über die frühen Traumatisierungen des Kindes“ (S. 166). Dort wurde dann die Arbeit geleistet, diese Aspekte zu differenzieren, auszuarbeiten, zu vertiefen und zu etwas ganz Eigenständigem zu machen. Wir haben uns vielleicht ein wenig wie der Igel nicht wirklich gestellt, uns faul ausgeruht, uns wenig bewegt und dementsprechend auch wenig Muskeln gebildet. Natürlich ist der Igel klug, seine besten Möglichkeiten liegen gerade nicht im schnellen Laufen, wir würden von einer Art der (Fehl)Kompensation sprechen, beim Igel und seiner Frau. Eigentlich ist es ja viel besser – wenn man Igel ist - sich vom schnellen Laufen abzuwenden und die Seiten hervorzukehren, die die eigene Stärke ausmachen. Es stellt sich dann die Frage, wo liegen unsere Stärken, wenn eben nicht im schnellen Laufen, und welchen Beitrag leistet die Individualpsychologie zur Psychoanalyse oder besser zur praktischen Tätigkeit des Analytikers?

Im Kern bieten sich meiner Meinung auf der praktischen Seite der Anwendung alle beziehungsrelevanten und finalen Sichtweisen an, die wir in der konkreten Begegnung mit unseren Patienten und Klienten aktiv konkretisieren sollten. Auch von den anderen analytischen Richtungen wird das Individuum ja schon lange nicht mehr als eine Monade betrachtet, die sich aus einem festen biologischen Kern und in den Stürmen des



intrapyschischen Konfliktgeschehens entwickelt. Es wird, so glaube ich zumindest, allgemein anerkannt, dass das Subjekt sich in intersubjektiven Zusammenhängen generiert, das Eigene im Spiegel des Anderen über weitgehend unbewusste Prozesse der Identifizierung und Abgrenzung unter Beteiligung der eigenen schöpferischen Kräfte entsteht. Zum Außen und Innen gesellt sich das schon erwähnte Zwischen als etwas Drittes, zumindest gleichwertig Wichtiges. Wenn wir nun nicht wieder das „Hase-und-Igel-Spiel“ spielen sondern anerkennen, dass unter diesem Paradigma der Intersubjektivität die Psychoanalyse wieder Anschluss an den Diskurs der Humanwissenschaften hergestellt hat, dann könnten wir hier vielleicht unser Potential einbringen. Beim beschriebenen Paradigma handelt es sich ja wie beschrieben um originäre individualpsychologische Positionen und wir sollten sie auch in der Umsetzung in unseren Behandlungen, im Beziehungsgeschehen und in der Erstellung unserer Berichte an die Gutachter offensiv vertreten. Dabei geht es um unsere Stellungnahme zur Abstinenz bzw. Aktivität des Therapeuten in der Behandlung, um unsere spezielle Art der „Handhabung der Übertragung“ (Freud, S. 260, vgl. auch Will 2001). Gerade im Bereich der therapeutischen Beziehung, der Interaktion zwischen Therapeut und Pat., der aktiven Nutzung der Gegenübertragung des Therapeuten, der ermutigenden Einflussnahme in der Begegnung liegt ein Aspekt der der IP originär eigen ist. Wie Schmidt bin ich sicher, dass die schon genannten Theoretiker bis hin zu Thomae Gedanken aufgenommen und weiterentwickelt und ausdifferenziert haben, die rudimentär in der individualpsychologischen Sichtweise vom Menschen und im Beziehungsgeschehen der Ip Praktiker angelegt waren. Unsere Aufgabe könnte es sein, diese Ansätze wieder aufzunehmen, uns vom Eigenen, dass über den Umweg über andere wie ein Bumerang zu uns zurückkommt, wieder begeistern zu lassen. Den Vorteil dieser Position des „Nachzüglers“ beschreibt übrigens Tenbrink (1998) folgendermaßen: „...nämlich den, dass wir sehr viel weniger starr in eine orthodoxe Tradition eingebunden waren und sind, und dass dieser Umstand uns Freiräume ermöglicht, die wir nutzen können, im Zuge der kreativen Aneignung und Anwendung von psychoanalytischem Wissen“ (S.113). Wenn wir Adlers Satz, dass Therapie eine „Übung in und Prüfung der Kooperation“ (zit. nach Antoch 1995, S. 268) ist, anders als Adler auf beide beziehen, auf Patient **und** Therapeut und Antochs Übersetzung des Begriffs „Gemeinschaftsgefühl“ als „Sinn für das Selbstsein im Bezogensein“ als Grundlage für die Beziehungsgestaltung und die „Handhabung der Übertragung“ betrachten, kommen wir zu einer sehr eigenständigen Praxis. Eigentlich bin ich sicher, dass es diese eigenständige individualpsychologische Praxis lange gibt, wir uns aus den verschiedensten Gründen nur leider zu wenig mit ihr in der Fachöffentlichkeit zeigen. Etwas, was unsere individualpsychologischen Theoretiker meiner Meinung nach sehr viel deutlicher tun. Ich erinnere neben den Beiträgen bei unseren Fachtagungen auch speziell hier in Delmenhorst besonders an die Auseinandersetzungen, die im Rahmen der Zeitschrift für Individualpsychologie in den letzten Jahren geführt wurden. Eine mir sehr hilfreiche theoretische Begründung von individualpsychologischer Praxis als Begegnung fand ich übrigens in Klaus Ohms (1999) Gedanken über den „Zwischenmenschen“, vorgestellt beim Kongress hier in Delmenhorst vor 4 Jahren. Seine Auffassung ist dem, was heute auch mit „intersubjektive Sichtweise“ (Kernberg 2002) bezeichnet wird recht nahe. In einem stimmen wir ja wohl überein: die Beziehung, die Art oder Qualität der Beziehung bzw. Begegnung zwischen Therapeut und Patient ist die Grundmelodie unserer Arbeit. Sie bestimmt, ob und wie - also ob in für den Patienten in entwicklungsförderlicher Weise oder nicht - therapeutisch Einfluss genommen werden kann. Alles Inhaltliche ordnet sich den Fragen der Beziehung, der „Kooperation“ zwischen Patient und Therapeut unter.

## Literatur:

- Antoch, R.F. (1995): Kooperation. In: Brunner, R.; Titze, M.; Wörterbuch der Individualpsychologie. München/Basel, S. 267 - 268
- Antoch, R.F. (2001): Über Sinn und Unsinn des Begriffs „Gemeinschaftsgefühl“ oder: Adlers verfehlte Theorie der Macht. In: Lehmkuhl, U. (Hg.); Abschied und Neubeginn, Kontinuität und Wandel in der Individualpsychologie. München/Basel, S. 25-44
- Dannöhl, V. (2002): Kann Ich werden, wo Es war? Oder: Psychoanalytiker tun mehr als sie wissen. Unveröffentlichter Vortrag, Frühjahrsworkshop des AAIN, Delmenhorst
- Fischer, G. (1996): Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Heidelberg (2. Auflage)
- Freud, S. (1926): Die Frage der Laienanalyse. GW Bd. 14, S.207-228
- Fürstenau, P. (2001): Psychoanalytisch verstehen/Systemisch denken/Suggestiv intervenieren. Stuttgart
- Greenberg, L. (2002); Die Bedeutung von Emotionen in der modernen Psychotherapie. In: Psychotherapie im Dialog 3.Jg. S. 195-198
- Greenberg, L., Paivio, SC. (1997): Working with emotion in psychotherapy. New York: 1997
- Heisterkamp, G. (2002): Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse. Stuttgart
- Hemmer, K. (2002): Übertragung und Gegenübertragung. In: Lehmkuhl, G. (Hg); Theorie und Praxis individualpsychologischer Gruppenpsychotherapie. Göttingen, S. 108-132
- Kernberg, O. F. (2002): neuere Entwicklungen der Behandlungstechnik. In: Forum der Psychoanalyse, Band 18, Heidelberg, S. 1 – 19
- Ohm, K. (1999): Der Zwischenmensch. In: Lehmkuhl, U. (Hg.); Grenzen – Tabu und Wirklichkeit, Beiträge zur Individualpsychologie. München/Basel, S. 87 – 100
- Roth, E. (2002): Das Verhältnis von Bewusstsein und dem Unbewussten aus Sicht der Hirnforschung. Unveröffentlichter Vortrag, Frühjahrsworkshop des AAIN, Delmenhorst
- Schmidt, R. (2002): Nachdenken über Regression. In: Z. f. Individualpsychologie, 27.J. München/Basel, S. 154 – 167
- Seidel, U.(1985): Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologischen Therapie – oder: Die ermutigende Begegnung mit dem Defizit. In: Mohr. F. (Hg); Individualpsychologie in der Bewältigung von Lebenskrisen, Beiträge zur Individualpsychologie 6 München/Basel, S. 90 - 99
- Tenbrink, D. (1998a): Über den Unterschied zwischen Finden und Wiederfinden in der Psychoanalyse. In: Lehmkuh, U. (Hg); Sinnverlust und Kompensation, Beiträge zur Individualpsychologie. München/Basel, S. 101 - 114
- Tenbrink, D. (1998b): Die Betrachtung zum Spannungsfeld zwischen individualpsychologischer Identität und psychoanalytischem Selbstverständnis in der Individualpsychologie. In: Z. f. Individualpsychologie, 23.J. München/Basel, S. 95 – 115
- Will, H. (2001): Die Handhabung der Übertragung. In: Forum für Psychoanalyse, Band 17, Heft 3, Berlin/Heidelberg, S. 207 – 234