

# Intersubjektivität und Szene

In diesem Kapitel werden die Grundlagen für die weiteren Überlegungen, die in diesem Buch vertieft werden, gelegt. Zunächst geht es um die Klärung der Begriffe und der Beobachtungen, die ihnen zugrunde liegen. Das sind die Forschungen zur Einheit von gemeinsamer Bewegung, die durch Paul Christian am Modell der Baumsäge durchgeführt wurden. Sodann kommen wir zu Beobachtungen aus der gelingenden Mutter/Vater-Kind-Interaktion und den Folgen für das Verhältnis von Arzt/Behandler und Patient. Daran schließen sich Überlegungen zum interaktionellen Feld an, zum Raum »Dazwischen«, dem Raum zwischen Behandler und Patient, der sich öffnet, wenn die Anrede der Inszenierung durch den Patienten vom Behandler beantwortet werden kann. Das wird in den weiteren Kapiteln über Leib und Identität, dem Sprechen über das Krankhafte, die therapeutische Dyade und den Psychosomatischen Dialog immer wieder aufgegriffen und vertieft werden.

Leben ist Austausch und Veränderung. Zwischenmenschliche Bezogenheit (Intersubjektivität) ist Merkmal menschlicher Verfasstheit (*conditio humana*) schlechthin. Jeder steht in Beziehung zu Anderen, und zwar immer und zunächst körperlich. Wir tauschen uns aus, wirken körperlich aufeinander, selbst wenn wir uns nicht berühren. Philosophisch wird diese anthropologische Grundkonstante als dialogisches Prinzip bezeichnet. »Der Mensch wird am Du zum Ich« (Buber 1954). Buber spricht vom »Zwischen« als dem Raum, welcher schon vor der Differenzierung vom Ich und Du (1954/1986) besteht. Die Psychoanalyse spricht von relationalen Prozessen und Intersubjektivität.

Das psychoanalytische Konzept des Szenischen Verstehens wurde von Lorenzer (1970, 2006) und Argelander (1970) entwickelt. Verhalte sich der Behandler zurückgenommen und abwartend (abstinent), dann – so nahm man an – werde er zur Projektionsfläche für die Übertragung des Patienten. Die Szene zeige, wie der Betroffene vor- und unbewusst seine Beziehungen gestalte, seine Erwartungen an, Hoffnungen an und Befürchtungen vor dem Anderen. Szene sei gewissermaßen die »Visitenkarte«, mit der er sich vorstelle. Sie zeige die unbewussten Aspekte innerer Konflikte, über die sich schwer sprechen lasse. Heute spricht man neutra-

ler von enactment, ohne dass dieser Begriff exakt definiert wäre (Bohleber W, Fonagy P et al. 2013). Mittlerweile ist gut erforscht, dass der Behandler, wie abstinenter er sich auch verhält, immer als lebendige Person in dem Ausdruck, mit dem er sich in die Begegnung einbringt, erlebt wird. Szenen sind immer Co-Konstruktionen der Beteiligten (Orange et al. 2001). In der interaktionellen Abstimmung, wie sie in der Szene sichtbar wird, spiegeln sich einerseits biographische Erfahrungen und andererseits die Intentionen des Patienten, seine Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen in Bezug zum Anderen. Zugleich enthält die Szene aber auch die entsprechenden vor- und unbewussten Anteile des Behandlers. Wenn der Behandler diese gut erforscht hat und kennt, kann er die szenische Begegnung für die Diagnostik nutzen. Dafür braucht es praktische Erfahrung und theoretische Kenntnisse.

Wie in einer Ouvertüre klingen in der Szene die wichtigen Themen und Motive der Begegnung an. Die Szene enthält alle wesentlichen Elemente der weiteren Zusammenarbeit, im Gelingen wie im Scheitern. Immer zeigen sich Bitte und Hoffnung, dass es mit dem Behandler für den Patienten besser ausgehen wird als in den Begegnungen zuvor, ebenso aber auch die Befürchtung, dass es wieder nicht dazu kommt. Der ganze Horizont an Erwartungen und Vorannahmen wird in der Art und Weise der Kontaktaufnahme, der wechselseitigen Vorstellung und Begrüßung, des sich Setzens, des ersten Satzes des Patienten und der Antwort des Behandlers bereits sichtbar. Beide Beteiligte teilen sich unbewusst, szenisch, mit, wie sie sich erleben, verstehen und aufeinander antworten. Diese Elemente gestalten den aktuellen Kontakt, die Oberfläche der Szene in einer fremdartig anmutenden Weise. Man stolpert gewissermaßen darüber, kann sich nicht einfach in das Geschehen einfühlen. Im Kontakt treten logische und emotionale Brüche und Lücken auf. Die Szene umfasst sehr komplex und umfassend die in großen Teilen unbewusste Sicht des Patienten, aber auch die des Behandlers. In der Szene scheinen auch die Themen des Behandlers auf, die vom Patienten berührt werden. Deshalb ist die Szene so ergiebig, wenngleich nicht leicht zu lesen. Ohne Verstehen lässt sich nicht antworten. Um den symbolischen Ausdruck der unbewussten Elemente dieses dialogischen Angebots

zu verstehen, sollte sich der Behandler seiner eigenen unbewussten Anteile an der Verwicklung mit dem Patienten so weit wie möglich bewusst werden (Klüwer, 1983/2005, Wenger und Henseler, 1991)

Zunächst das Beispiel einer »heilsamen« Szene einer körperlich Kranken mit ihrem Hausarzt:

### Beispiel: 1 Junge Frau mit Analekzem

Freitags kurz vor Ende der Sprechstunde meldet sich eine junge Frau verdrossen in der Praxis des Hausarztes aus der Hautklinik ohne Begleitbrief zurück. Man habe das Bett benötigt. Der Hausarzt hatte seine langjährige Patientin wegen eines chronisch nässenden und juckenden Analekzems nach Wochen vergeblicher Behandlung etwa 4 Wochen zuvor zur vertieften Diagnostik und Einleitung einer spezifischen Therapie eingewiesen. Die Patientin berichtet, sie sei ohne Erfolg behandelt worden, auch die Diagnostik habe keine neuen Erkenntnisse ergeben. Man habe ihr keinen Brief mitgegeben, sie solle sich zur Weiterbehandlung beim Hausarzt melden. Über sich selbst erschrocken bemerkt der Hausarzt: »Na gut, dann kommen Sie rein, dann schaue ich mir den blöden Hintern wieder an!«. Die Patientin erwidert nichts und entkleidet sich. Das Analekzem stellt sich unverändert in Umfang und Schwere trotz der stationären Behandlung dar. Wieder sagt der Hausarzt etwas, was ihn selbst verblüfft: »Was hätten Sie denn sonst an diesem Wochenende gemacht, wenn das Ekzem abgeheilt wäre?«. Die Patientin seufzte: »Dann hätte ich zu meiner Mutter nach D. (etwa 400 km entfernt) fahren müssen!«. Nichts weiter. Der Hausarzt schreibt ein Rezept über die bisherigen Externa zur Behandlung aus und bittet die Patientin, sich am kommenden Montag erneut vorzustellen, damit man überlegen könne, wie es weitergehen solle. Am Montag meldet sich stattdessen der Vater der Patientin und richtet aus, dass das Ekzem mittlerweile so gut abheile, dass derzeit keine weiteren Maßnahmen erfolgen müssten. Die Tochter melde sich bei Bedarf wieder.

Eine drastische Szene voller Ärger und resignierter Zurückweisungen, die dennoch den Schlüssel zu Veränderungen enthält. Liegt der Schlüssel vielleicht darin, dass der Hausarzt den Ärger ausdrücken konnte? Mit seiner Begrüßung zeigt der

Hausarzt, dass er sich vorstellen kann, wie verärgert und enttäuscht sich die Patientin nach der erfolglosen Behandlung in der Klinik fühlen muss. Mit der Frage nach den Plänen für das Wochenende fühlt er nach, wie sehr das Leben der Patientin durch das Ekzem beeinträchtigt sein muss und sich auf ihre Beziehungen auswirkt. Er zeigt Mitgefühl und obendrein den Ärger, den die Patientin nicht äußern kann. Die affektive Zuspitzung in der Begegnung könnte als flash im Sinne Balints zu werten sein.

Bei Gesundheit und Krankheit geht es um intersubjektive Vorgänge. Diese können körperlich, aber auch in Hinsicht auf ihren interaktionellen Ausdruck (Sinn und Bedeutung) untersucht werden. Zuletzt müssen die verschiedenen Aspekte in einem Krankheitsverständnis (Konzept) integriert und im gemeinsamen Handeln auf ihre Wirksamkeit hin erprobt werden. Christian setzte die experimentellen Arbeiten v. v. Weizsäckers zur Einheit von Wahrnehmung und Bewegung mit Untersuchungen zur gemeinsamen Bewegung fort. Es sollte herausgefunden werden, wie sich zwei Personen im gemeinsamen Tun aufeinander einstellen, wenn sie trotz unterschiedlicher Voraussetzungen gut kooperieren wollen. Modell hierfür war das gemeinsame Sägen mit einer Bandsäge, wie es ein bayrischer Hochzeitsbrauch den Brautleuten vor der Hochzeit zur Aufgabe macht. Schaffen sie es, dass jeder loslässt, wenn der Andere zieht, gelingt das Sägen am leichtesten und schnellsten. Jeder Druck vereitelt das.

Christian ließ ein großes Gerät bauen, mit dem sehr aufwendig und differenziert die Abläufe des Sägens an der Bandsäge gemessen werden können. Er untersuchte, unter welchen physiologischen Bedingungen Paare mit unterschiedlichen körperlichen Voraussetzungen kooperieren. Eine gelingende Kooperation ließ sich bis in die Physiologie (Herzfrequenz, Atmung, Blutdruck etc.) unterscheiden von einer, die keine Rücksicht auf den Anderen nimmt. Neben der Physiologie wurde das Erleben der Beteiligten erfasst. Aufgrund dieser Untersuchungen entwickelte Christian das Konzept der Bipersonalität (Christian und Haas 1949, Christian 1989). Es besagt, dass die am gemeinsamen Tun Beteiligten sich nicht »additiv« ergänzen, sondern durch die Interaktion zu einem

»funktionellen Organismus« (Christian und Haas 1949, S. 32) zusammenwachsen. Die Beobachtung der gelingenden Interaktion von Mutter/Vater und Kind bestätigen diese Untersuchungen. Die neurowissenschaftliche Forschung zum embodiment (Fuchs 2008, Fuchs und de Jaegher 2009, 2010, Leuzinger-Bohleber 2014) kann die Abstimmung durch die Hirnphysiologie erklären.

Kooperatives Handeln ist konsensuell. Wenn eine (unbewusste) Einheit sich spontan aufeinander abstimmender Bewegungen entsteht, ist ein Maximum an Gegenseitigkeit erreicht. Beide Beteiligten fühlen sich in ihrer Bewegung uneingeschränkt und selbständig. Die Selbständigkeit des einzelnen entspricht der Selbständigkeit, die jeder dem anderen lassen kann und die jeder sich nimmt. Der eine fühlt sich sicher, der andere labil. Dann ist das gemeinsame Tun am stabilsten. Die gemeinsame Leistung ist am größten, wenn der Einzelne hinter das Gemeinsame tritt. »Die Solidarität gründet in Selbstverborgenheit« einer »teilweise verborgenen komplementären Beziehung« (Christian und Haas 1949, S. 11). Wenn die Beteiligten sich im gemeinsamen Tun zugleich selbständig erleben, sind beide am besten in die Gegenseitigkeit der Abläufe verbunden. »Man versteht so die merkwürdige Tatsache, daß in der Zusammenarbeit immer einer führt und der andere willig folgt, ohne dass dieses Prioritätsverhältnis den Beteiligten eigens bewusst wird oder beabsichtigt ist.... Wird sie (die Priorität, W.K.) aber absichtlich gewollt oder herbeigeführt, so zerfällt die Partnerschaft in charakteristischer Weise.« (loc.cit., S. 12).

Um der Frage nachzugehen, wie sich zwei von ihren körperlichen Voraussetzungen sehr unterschiedliche Menschen aufeinander einstellen, wurden ein neurologischer Patient und ein Arzt gebeten, sich in ihrer Kooperation untersuchen zu lassen. An der Baumsäge »kompensiert der Gesunde nicht dadurch, dass er das normale Verhalten unter allen Umständen durchsetzt, sondern der Gesunde opfert seine übliche physiologische Arbeitsform zugunsten einer anderen, durch die das bestmögliche Ergebnis dennoch erreicht wird.«. Es ist festzustellen, dass »auch der Kranke gewissermaßen dem Gesunden von sich aus entgegenkommt: Er platziert seine Ungeschicklichkeit so, dass sie im Rückblick auf das Zusammenspiel

am wenigsten stört.« (Christian 1989, S. 339). Die Beteiligten verhalten sich wie ein funktioneller Organismus. Mitmenschliches Sein und Handeln ist konsensuelles Verhalten (loc.cit. S. 295). Die Selbstvergessenheit des gemeinsamen Tuns scheint die Grundlage einer gelingender Interaktion und Zusammenarbeit. Dies gilt, wie Christian und seine Arbeitsgruppe vielfältig untersuchten und bestätigen konnten, auch für die von Arzt/Behandler und Patient.

Heute ist für die Psychosomatik und Psychotherapie das primäre Modell zum Verständnis von Bipersonalität und Intersubjektivität das Mutter-Kind-Paar. Gewiss unterscheidet es sich vom gemeinsamen zielgerichteten Handeln, doch finden sich viele Übereinstimmungen. Zwischen Mutter und Kind (der Vater kann das ebenso) findet sich die gleiche Selbstverständlichkeit des selbstvergessenen, aufeinander bezogenen Tuns, die als Voraussetzung für das Gelingen der Interaktion zu erkennen ist. »Beide Partner kennen die Schritte und die Musik in- und auswendig und können sich daher exakt im Einklang miteinander bewegen« (S. 107). Das beginnt mit der Imitation des Anderen bald nach der Geburt. Aus diesen präverbalen Erfahrungen von affektiver und situativer Abstimmung entstehen Schemata dyadischer Erfahrungen, automatisiertes Verhalten (z. B. Bewegungsabläufe beim Radfahren). Dieses Können ist als implizites Wissen im Leibgedächtnis gespeichert und verfügbar, aber nicht im Detail bewusst. Diese unbewussten Bewegungsmuster sind für unser Thema wichtig. Sie zeigen sich in Szenen. Wir kommen in den nächsten Kapiteln darauf zurück.

Säuglinge lernen vor dem Erwerb der Sprache unermesslich viel über Beziehungen. Dieses vorsprachliche Wissen wird im prozeduralen Gedächtnis gespeichert. In Abgrenzung zum episodischen Gedächtnis, in welchem Beziehungserfahrungen unmittelbar zugänglich zu sein scheinen, werden prozedurale Gedächtnisinhalte zur Gestaltung von Beziehung als Mimik, Gestik, Stimmführung und Modulation, Körperhaltung etc. sichtbar, als szenische Elemente der unbewussten Choreographie. Als Tanz bezeichnet Stern (1979) die sich entwickelnde Kommunikation zwischen Mutter und Kind: Schrittweise lernt das Kind, affektive

Zustände mental zu identifizieren und den Unterschied zwischen sich und dem Anderen zu entdecken. Durch Markieren und Spiegeln werden dem Kind Affekte in ihrer Bedeutung für die wechselseitige Interaktion bewusster und verfügbarer.

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Intersubjektivität wird durch die Beobachtung erhellt, wie sich ein gelingendes Mutter/Vater-Kind-Paar aufeinander abstimmt.

Wenn das Kind bestimmte Gefühlszustände, wie Ängste, Ärger, Wut, Rückzug und Ablehnung, nicht zeigen und äußern darf, weil sich die Sorgeperson davon selbst unmittelbar angesteckt, geängstigt oder bedroht fühlt, lernt es nicht, die eigenen Affektzustände in der Beziehung zu Anderen zu klären. Dies führt zu einer lebenslang erhöhten Verletzlichkeit und Unsicherheit, ob die eigenen Gefühle bedeutsam und für den Anderen willkommen sind oder zu Ablehnung und Ausschluss führen. Dadurch können Affekte und Gefühle nicht ihre eindeutige Bedeutung aus dem Beziehungsgeschehen erhalten. Unintegriert bedrohen sie das mühsam gewahrte affektive Gleichgewicht des Kindes auch später in wichtigen Beziehungen. Kompensatorisch wird sich der Betroffene übertrieben an die ihm wichtigen Bezugspersonen anpassen. Die intersubjektive Resonanz prägt den Menschen durch und durch, Gedächtnis ist entsprechend intersubjektiv verkörperlicht. So kann man sich auch die Entstehung der emotionalen Organisations- und Persönlichkeitsstruktur vorstellen. Das »Wie« des Umgangs miteinander – in der Gänze zeitlicher, affektiver und körperlicher Abstimmung – wird als implizites prozedurales Beziehungswissen bezeichnet, das Wahrnehmung und die sensomotorische Abstimmung in Beziehungen gestaltet. Kinder, deren Intelligenz und Sensibilität deutlich nach oben von der ihrer Nächsten abweichen, finden oft niemanden, der ihnen zuhört, sie versteht, mit ihnen spricht, lacht und scherzt etc. Diese Kinder müssen sich die Welt, die Anderen und ihren Körper selbst erklären.

So verstanden zeigt sich Seelisches als wechselseitige Einflussnahme und affektive Abstimmung der Beteiligten. Die Annahme einer linearen Entwicklung des Einzelnen muss aufgegeben werden zugunsten einer komplex zirkulären. Nur aus der

Perspektive ständigen Austausches mit Anderen lässt sich der Mensch als Person verstehen. »Obwohl jeder Teilnehmer seine eigene Geschichte in die Dyade mitbringt und sich selbst als Mittelpunkt der eigenen Erfahrung und Initiative erlebt, kann für jeden Partner der Dyade potentiell immer etwas Neues entstehen, da die Einflussnahme zwischen beiden hin- und herfließt.« (Teicholz 2007, S. 265). Als Beispiel mögen die begabten Kinder dienen, die schon vor der Einschulung lesen können und in der ersten Klasse wieder alles »vergessen«, nur um dazuzugehören. Antworten und Resonanz brauchen alle, gerade die Begabten, die anders sind als die Mehrzahl. Viele Patienten sind erkrankt, weil sie sein mussten wie die anderen, ohne es zu sein. Es ist auffällig, wie viele Patienten von der Not berichten, im Elternhaus und der Schule ohne Anregungen und lächelnde Ermutigung geblieben zu sein.

Patient und Behandler beeinflussen sich in gleicher Weise wechselseitig. Lassen sich beide in gemeinsam gestalteter Gegenwärtigkeit aufeinander ein, wird im interaktionellen Feld für beide Beteiligte Neues entstehen, werden sich beide emotional verändern. Daraus erwächst Sinn und Bedeutung der Begegnung. Diese Erfahrungen inszenieren sich im Umgang mit dem Behandler, sofern dieser den Raum dafür eröffnet und sich in das Beziehungsgeschehen verwickeln lässt. »Wenn ein Therapeut sich der Möglichkeit einer persönlichen Transformation verschließt, wird die Herausforderung, dem Patienten an dem Ort zu begegnen, wo sein Leben gescheitert ist, Hass und Angst beim Therapeuten hervorrufen, und die Psychotherapie wird zu einem Prozess, der einfriert, anstatt zu befreien.« (Atwood 2013, nach Jaenicke 2014, S. 72). Möglicherweise entspricht dies dem, was Balint (1957) als »flash« bezeichnet. Merkmal dessen sei eine blitzlichtartige Gegenwärtigkeit des Problems, dem sich die Beteiligten charakteristisch selbstvergessen gewidmet haben. Im genannten Beispiel (► 1) wurde dies deutlich. Die Erwartung des Diagnostikers trägt also immer maßgeblich zu dem bei, was als krankhaft beim Patienten erwartet wird. Dies konnten Brandchaft und Stolorow für Borderlinezustände zeigen (nach Jaenicke 2014). Wir werden dies mit den Überlegungen zum »Sprechen über das Krankhafte« (► Kap. 5) vertiefen.

Zur Lösung der gemeinsamen Aufgabe setzen sich Arzt/Psychotherapeut und Patient in ein Verhältnis. Sie fördern oder behindern sich, werden von dieser Begegnung emotional berührt, können nicht aus dieser Teilhabe heraustreten. Sie verwickeln sich in eine gemeinsame Geschichte. Intersubjektivität widerspricht den gängigen Vorstellungen von dem, was in der Psychotherapie verhandelt wird. Die Patienten erwarten in aller Regel, belehrt zu werden. Die Gestaltung eines intersubjektiven Raums, die gemeinsame Abstimmung, um erfolgreich zu kooperieren, ist ungewohnt und verunsichernd. Im »Dazwischen« des gelingenden Gesprächs finden Berührungen statt, durch kleine Gesten und Signale der Körpersprache. Sie können bewusst werden, bleiben aber für gewöhnlich unerwähnt. Besser als Worte vermitteln sie Verständnis, Angenommen sein, Ermutigung, Langeweile, Desinteresse etc. Beziehung und Gespräch strukturieren den Raum zwischen den Beteiligten. In diesen Raum hinein kann sich der Patient entwerfen, nach Einfällen, Bildern, Empfindungen und Worten suchen, Neues erproben und verwerfen. Im »komplexen Prozess des Innewerdens einer Gestalt von relationaler Bedeutung« (S. 971) sehen Stern und die BCPSG (Boston Change Process Study Group) (2014) das Gelingen der therapeutischen Beziehung. Im »Mitgerissenwerden« erreicht die Dyade eine höhere Form der Integration und Organisation, eine neue Beziehungsorganisation, wodurch »neue, in die Zukunftweisende Möglichkeiten der Bezogenheit« (loc.cit. S. 992) auftauchen, welche die weitere Entwicklung beim Patienten anstoßen. Sich auf etwas selbstvergessen-solidarisch einzulassen, was so wenig berechenbar ist, erscheint mehr als ungewiss.

Die therapeutische Situation bedarf, wie jeder gelingende Kontakt, der wechselseitigen Abstimmung von Rhythmus und Modulation der Stimmen, Sprechweisen, Pausen, des Blickkontakts etc. Dies dient der Regulation der Selbstorganisation und der Beziehungsintensität. Wenn diesen Bedürfnissen nicht entsprochen wird, kommt es zum Absinken der Vitalität, ein Gefühl von Leere und Beliebigkeit tritt ein. Emotional unverarbeitete Erfahrungen, Interaktionen mit wichtigen Personen werden in dieser Weise dargestellt. Vitalitätsreaktionen der Beteiligten sind mehr als alles

andere der Weg, der auf Szenen verweist. Werden sie verstanden, lösen sie sich unmittelbar auf und die Szene wird zur Quelle wertvoller Einsichten für die daran Beteiligten. Je unsicherer, chaotischer oder verwickelter die frühen Erfahrungen des Patienten, desto mehr profitiert der Patient von einer auf die Grenzen seiner Belastbarkeit in dieser Weise gut abgestimmten Behandlung. Wie auf einer Bühne zeigt die Szene Elemente der Verfasstheit und des Anliegens jedes der Beteiligten, zeigt, »was mit ihnen los ist« (Streeck, 2004, S. 43). Die eigene affektiv-emotionale Gestimmtheit, Phantasien und innere Bilder geben dem Behandler einen Eindruck davon, worum es dabei gehen könnte. Je fremder für ihn die dabei auftretenden Affekte sind, desto unbewusster dürfte dem Patienten dieser Konflikt sein. Die Reaktion (»Das hat doch mit mir nichts zu tun! Wie kommt der Patient dazu, mich so zu behandeln!«) zeigt dies. Es »findet sich der Arzt in ein Verhältnis zur gequälten Kreatur in ihrer verstörten inneren und äußeren Sozialität versetzt, die er nur dann verstehen kann, wenn er sich auf sie einlässt, d. h. in szenischer Partizipation.« (Hogrebe 2009, S. 55). Der Behandler kann sich nicht davon freihalten, er wird in die Beziehung hineingezogen, mal sanft, mal wie in einen Strudel. Diese Verwicklungen sind diagnostisch wie therapeutisch äußerst ergiebig. Takt und soziale Sensibilität als »erkennendes Auge« helfen dem Behandler, sich über kränkende Ungeschicklichkeit durch den Patienten hinwegzusetzen und mitmenschlich zu reagieren. Als professionell Handelnder muss er sich gleichzeitig um den Abstand bemühen, der es ihm erlaubt, im Sinne und zum Wohl des Patienten zu denken und zu handeln.

In der Szene ist »etwas von Früherem« enthalten, aber der Blick des Patienten geht zugleich nach vorne, er will mit der Szene prüfen, ob der Behandler ihn in seinem Anliegen versteht. Dafür muss sich dieser öffnen in aller Ungewissheit: »Was will dieser Patient gerade mir gerade heute und gerade auf diese Weise über sich und mich sagen?« Welche innere Bewegung und Entwicklung drückt sich darin aus? Nicht so sehr das »Wo kommt das her? Welche alten Erfahrungen drücken sich darin aus?« Der Blick zurück (wo kommt dies her?) ist mindestens problematisch, weil er vielfach die Illusion erhält, es sei dem Patienten allein schon



dadurch zu helfen, dass verstanden wurde, was ihm »objektiv« widerfahren ist. Darin drückt sich eine Idee von Objektivität aus, die es so nicht gibt. Zudem enthalten solche Rekonstruktionen vielfach die alte Dichotomie von hier Ich und dort der Andere als Objekt. Vielmehr gilt es zu fragen: Warum stellt sich der Patient mir gegenüber als Opfer oder Täter dar? Welchen Einfluss will er gerade heute damit auf gerade mich nehmen? Hat dies etwas damit zu tun, dass er/sie mich als Frau/Mann in einer bestimmten Weise für sich gewinnen oder vor sich warnen will? Welche bewussten und unbewussten Mitteilungen enthalten die sichtbar werdenden Merkmale der Beziehung. Dies setzt sich fort. Szenisches Verstehen beschränkt sich nicht auf die erste Begegnung.

Worte im Gespräch unterliegen der Zensur, wollen einen bestimmten Eindruck erwecken. Die Sprache des Körpers in der Szene ist nicht manipulierbar. Körperliche Empfindungen, Gefühle und Phantasien kommentieren das Geschehen aufschlussreich. Szenen enthalten implizit-prozedurale, d.h. unbewusst gebliebene vorsprachliche Erfahrungen. In der Therapie muss dies schrittweise versprachlicht werden. Art und Weise des nicht-sprachlichen Ausdrucks von Menschen lassen sich als »Körperinszenierungen« bezeichnen (Poettgen-Havekost 2004, Küchenhoff 2007b). Nicht alle Körperinszenierungen sind als solche unmittelbar zu erkennen. Eine negative Besetzung des Körpers oder eine, die den eigenen Körper als Maschine oder neutrales Objekt betrachtet, verbirgt sich dem Blick des Anderen. Diese Phänomene können als Abspaltung unerträglicher Affektzustände in Form von Körpersymptomen verstanden werden. Müdigkeit und Unaufmerksamkeit des Behandlers, als Beispiel, können beim Patienten die vertraute Erfahrung auslösen, wieder einmal nicht interessant zu sein. Er wird sich zurückziehen oder seine Bemühungen verdoppeln. Vielleicht bringt er etwas vor, von dem er glaubt, dass es für den Behandler interessant sei, auch wenn es für ihn selbst nicht von Bedeutung ist. Um derartige schmerzliche Brüche in der Beziehung durcharbeiten zu können, ist ein haltgebender, freundlicher und von Gegenseitigkeit geprägter Rahmen unabdingbar. Ein solcher erlaubt dem Patienten, sich im Dialog mit dem

Behandler den frühen Erfahrungen von Schmerz, Scham, Enttäuschung zu öffnen.

### Zusammenfassung

Intersubjektivität und Szene als menschliche Grundkonstanten erlauben es, sich verstehend der oft unaussprechlichen Not des Patienten zu nähern und nach Worten zu suchen, die den Patienten berühren. Am Beispiel der Baumsäge wurden die Besonderheiten der Zwischenleiblichkeit und Intersubjektivität erforscht. Die Beziehung zwischen Patient und Behandler ist nach diesem Modell gestaltet. In der Szene zeigt sich das aktualisierte emotionale Lebensthema des Patienten: das Befürchtete wird szenisch dargestellt und zugleich abgewehrt. Der Patient verhält sich so in der Hoffnung, diesmal eine bessere, verständnisvollere emotionale Antwort als gewöhnlich zu bekommen. Zugleich befürchtet er, dass die Erfahrung mit dem anderen wieder enttäuschend – nach dem alten Muster – verläuft. Die Bedeutung von Intersubjektivität für Diagnostik und Therapie kann deshalb nicht hoch genug eingeschätzt werden. Behandler und Patient werden ineinander verwickelt, sind in gegenseitiger Resonanz. Wechselseitige emotionale Abstimmung und fortlaufende Konfiguration der Beziehung prägen die gemeinsame Körperinszenierung. In dieser Verwicklung verändern beide den anderen und werden verändert. Die Suche nach der Wahrheit des Patienten wird zur Suche nach der gemeinsamen Wahrheit der Gesprächspartner. Zugleich sind es die eigenen Gesetze, denen der Patient folgen muss. Er selbst entscheidet, welchen Weg er gehen möchte. Der Behandler muss Abschied nehmen von der Illusion, besser als der Patient zu wissen, was diesem zur Behandlung gut tut.

### Literatur

- 
- Argelander H (1970 b) Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. *Psyche - Z Psychoanal* 24:325–345
- Balint M (1957) *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett-Cotta, Stuttgart, 11. Aufl. 2010
- Bohleber W, Fonagy P, Jiménez JP, Scarfone D, Varvin S, Zysman S (2013) Für einen besseren Umgang mit psychoanalytischen Konzepten, modellhaft illustriert

- am Konzept »Enactment«. *Psyche-Z Psychoanal* 67, 1212–1250
- Buber M (1923) Ich und Du. In: Buber M (1984) Das dialogische Prinzip. Lambert Schneider, Heidelberg
- Christian P, Haas R (1949) Wesen und Formen der Bipersonalität. In: Weizsäcker V v (Hrsg) Beiträge aus der allgemeinen Medizin. Heft 7. Enke, Stuttgart
- Christian P (1989) Anthropologische Medizin. Theoretische Pathologie und Klinik psychosomatischer Krankheitsbilder. Springer, Heidelberg Berlin
- Eich W (2014) (Hrsg.) Bipersonalität. Psychophysiologie und Anthropologische Medizin. Königshausen&Neumann, Würzburg
- Ermann M (2014) Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende. Kohlhammer, Stuttgart
- Fuchs T (2008) Leibgedächtnis und Unbewusstes – Zur Phänomenologie der Selbstverborgenheit des Subjekts. *Psycho-Logik. Jahrbuch für Psychotherapie und Kultur* 3:33–50
- Fuchs T, De Jaegher H (2009) Enactive Intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual Incorporation. *Phenom Cogn Sci* 8:865–486
- Heisterkamp G (2002) Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse. Pfeiffer, München
- Hogrebe W (2009) Riskante Lebensnähe. Die szenische Existenz des Menschen. Akademie, Berlin
- Jaenicke C (2014) Die Entstehung und Entwicklung der Intersubjektivitätstheorie. In: Potthoff P, Wollnik S (Hrsg.) (2014) Die Begegnung der Subjekte. Die intersubjektivrelationale Perspektive in Psychoanalyse und Psychotherapie. Psychosozial, Gießen
- Klüwer R (2000) Das szenische Verstehen und psychoanalytische Prozesse. In: Klüwer R (2005) Erweiterte Studien zur Fokalthherapie. Psychosozial, Gießen
- Küchenhoff J (2007b) Performative Inszenierungen. In: Geissler P, Heisterkamp G (Hrsg.) Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Springer, Heidelberg Berlin
- Laimböck A (2013) Szenisches Verstehen, Unbewusstes und frühe Störungen. *Psyche-Z Psychoanal* 67:881–902
- Leuzinger-Bohleber M (2014) Den Körper in der Seele entdecken. Embodiment und die Annäherung an das Nicht-Repräsentierte. *Psyche – Z Psychoanal* 68: 922–950
- Lichtenberg JD (2001) Übertragung als Kommunikation: Die Sprache des Körpers. *Selbstpsychologie* 3-4:276–291
- Lorenzer A (2006) Szenisches Verstehen. Zur Erkenntnis des Unbewussten. Hrsg. von Prokop U, Görlich B. Kulturanalysen Bd. I, Tectum, Marburg
- Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (2001) Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Brandes & Apsel, Frankfurt/M
- Orange DM (2004) Emotionales Verständnis und Intersubjektivität. Brandes & Apsel, Frankfurt/M
- Poettgen-Havekost G (2004) Die Bedeutung von Körperinszenierungen in der analytischen Psychotherapie – Überlegungen zur Modifikation des Settings. *Psychoanalyse & Körper* 5, 2: 5–27
- Stern D (1979) Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Stern DN (2005) Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Brandes & Apsel, Frankfurt/M
- Streeck U (2004) Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. Klett-Cotta, Stuttgart
- Teicholz JG (2007) Eine unerwartete Annäherung – Postmoderne Theorie, Säuglingsforschung und das psychoanalytische Unbewusste. *Selbstpsychologie* 8(29/30):263–285
- The Boston Change Process Study Group (BCPSG) (2014) Enactment und das Auftauchen einer neuen Beziehungsorganisation. *Psyche-Z Psychoanal* 68, 971–996
- Tamasello M (2010) Warum wir kooperieren. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Wenger P, Henseler H (1991) Die Anfangsszene des Erstinterviews im Prisma einer Analytikergruppe. *Forum Psychoanal* 7: 214–222



Auf der Suche nach dem Wort, das berührt  
Intersubjektivität und Fokus im psychosomatischen  
Dialog

Kämmerer, W.

2016, XI, 117 S. 7 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-662-47887-5