



DER INSTROKE, EMPATHIE UND DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Ursprüngliche Publikation Davis, W. (2006). Instroke, empathy and the therapeutic relationship, *Energy and Character*, 37, 31-40.

Übersetzung und Textbearbeitung: J. A. Davis und L. A. Davis.

Abstrakt

Studien zeigten, dass — ganz gleich welcher therapeutische Ansatz angewandt wurde — 50 % der Effektivität einer therapeutischen Arbeit auf Empathie und auf der therapeutischen Allianz beruht. Ich argumentiere, dass die effektivste Methode Empathie zu entwickeln und Resonanz herzustellen, die Mobilisierung der Einwärtsbewegung der Pulsation sowohl im_in der TherapeutIn als auch im_in der PatientIn ist. Die autoorganisierenden Eigenschaften des Instroke ermöglichen nicht nur die Selbst-zu-Selbst Beziehung, sondern auch die Fähigkeit PatientInnen bei diesem Prozess zu unterstützen.

Schlagwörter: Rechtshirn-Dominanz, collaborative alliance, Reich, Instroke, Funktionale Analyse, Endoselbst, implizites Selbst, Selbstorganisation, Autoreferentiell, Autopoiesis



EINLEITUNG

Im Rahmen des vierten internationalen Kongress für Biosynthese im Jahre 2006 präsentierte Dr Schore¹ seine neurowissenschaftlichen Forschungsergebnisse, und hob deren Bedeutsamkeit für die Psychotherapie hervor. Schore's Untersuchungen erläuterten die Funktion der affektbasierten, rechten Gehirnhälfte, im Kontrast zur logikdominierten, linken Gehirnhälfte für die Entwicklung. Aufgrund der Zweiteilung des Gehirns existieren, seiner Ansicht nach, zwei Selbst: rechts, das implizite Selbst und links, das explizite Selbst. In der affektdominierten rechten Gehirnhälfte vermutet er die Quelle der Freud'schen Triebe, und betrachtet sie als den Sitz des Unbewussten. Das sogenannte implizite Selbst, dieser rechten Gehirnhälfte ist körperbasiert, nonverbal und emotional. Hiermit lernen wir hier die Affektregulation. Die von Logik dominierte, linke Hirnhälfte beschäftigt sich mehr mit dem expliziten Selbst. Er nannte in seinem Vortrag Forschung, die besagt, dass die Hälfte der Therapien, die als wirkungsvoll betrachtet wurden, auf Empathie beruhen, unabhängig vom therapeutischen Ansatz. Er wies ebenfalls darauf hin, dass Empathie eine affektbasierte und somit auf der rechten Gehirnhälfte beruhende Eigenschaft ist. Als wirksamsten therapeutischen Ansatz, effektiver als jede Technik oder Theorie, nennt Schore die sogenannte kollaborative Allianz (collaborative alliance) mit PatientInnen. Dies steht im Gegensatz zur üblichen Annahme, dass bewusste Kontrolle der Schlüssel zu effektivem Funktionieren sei. Schore zufolge reguliert das Unbewusste das bewusste Ego. Unsere unbewusste Affektregulation (im impliziten Selbst) ist demzufolge, sowohl in unserer Entwicklung als auch in der Psychotherapie, wichtiger als unsere Fähigkeit zur bewussten Emotionsregulation.

Schore (2006), Damasio (2006) und Van Der Kolk (2001) erklärten und bestätigten anhand ihrer Forschung und Konzepte verschiedene Arbeitsansätze der Körperpsychotherapie. Dessen ungeachtet, bleibt die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die therapeutische Praxis komplex. Während der Podiumsdiskussion, fragte die Moderatorin Frankel Dr Shore, wie er seine Forschungsergebnisse in sein therapeutisches Setting umsetzen würde. Er antwortete, indem er die Empathie betone, gab jedoch keine konkreten Hinweise, wie sich eine empathische Beziehung aufbauen liesse². Meiner Erfahrung nach ist das effektivste Mittel, um eine empathische, therapeutische Beziehung aufzubauen, die Mobilisierung des Instroke. Dies möchte ich im

¹ Dr Schore hielt einen Vortrag und nahm an einer Podiumsdiskussion mit Dr Boadella teil.

² In einem Artikel über Schore's Arbeit in der Zeitschrift *Energy and Character* ging Dr Boadella ausführlicher auf die Etablierung von Empathie im therapeutischen Umfeld in Bezug auf somatische Resonanz, Übertragung und andere psychologische Phänomene ein.



Folgenden darstellen und erläutern. Weiterhin, möchte ich aufzeigen, wie die Konzepte des Instroke und Endoselbst eine theoretische Vernetzung der Forschung in Psychotherapie, Biologie und Neurologie ermöglichen.

1 INSTROKE UND EMPATHIE

In einer Supervisionsitzung, merkte ein Psychotherapeut, der gerade angefangen hatte, mit der anfang mit der Funktionalen Analyse zu arbeiten, dass er beeindruckt war von dem, was er jetzt zu seinen PatientInnen sagen könne. Er berichtete, dass, wenn er zuvor das Verhalten eines_einer PatientIn kommentiert habe, er die nächsten sechs Sitzungen damit verbringen musste, sich damit zu beschäftigen, was dadurch bei dem_der PatientIn ausgelöst worden sei. Jetzt könne er nahezu alles sagen. Der_die PatientIn sei dann entweder einverstanden oder nicht und dann kämen sie zu einer gemeinsamen Erörterung des Themas. Er habe den Eindruck, *mit dem_der PatientIn* zusammen im Publikum eines Theaterstücks zu sitzen, während der_die PatientIn gleichzeitig auf der Bühne steht. Am wichtigsten schien ihm jedoch, dass der_die PatientIn neugierig sei, auf das, was er_sie sieht: nämlich sich selbst. In der Funktionalen Analyse nennen wir dieses Phänomen, sich in der gemeinsamen Betrachtung auf die Ausrichtung des_der PatientIn zu beziehen (to align oneself with the patient; mehr dazu später). Viele Begriffe, einschließlich Schore's bereits genannter kollaborativer Allianz, reflektieren diese Idee.

Boadella zufolge sind somatische Resonanz, vegetative Identifizierung, organische Übertragung sowie projektive Identifizierung, Beispiele eines Empathie-basierten, therapeutischen Kontakts. Ich würde dem noch Reich's Begriff der echten (genuinen) Übertragung und Rogers bedingungslos positive Wertschätzung hinzufügen. Dieses Phänomen an sich, ist nicht neu in der therapeutischen Beziehung. Aber es stellt sich weiterhin die Frage: Welcher der effektivste Weg ist, solch eine fürsorgliche, empathische und dennoch, die Grenzen beachtende Beziehung, im therapeutischen Prozess aufzubauen ?

Nach mehr als 20 Jahren klinischer Forschung bin ich der Überzeugung, dass die Mobilisierung des Instroke, anhand von Berührung und Gespräch, der effektivste Weg ist. Der Begriff Instroke beschreibt die offene, innengerichtete, sammelnde, Kohärenz-bildende Bewegung der Pulsation der Lebenskraft. Er ersetzt Reich's Begriff der Kontraktion, da nicht alle Bewegungen in Richtung des Zentrums eine kontraktive Qualität haben (Davis, 1999). Dr Boadella's innerer Grund (inner ground), Balint's Regression (benign regression), der Flow der



Positiven Psychologie etc. sind andere quasi Synonyme für einen Instrokeprozess. Der Instroke bestimmt den Entwicklungsprozess und sollte insofern auch als Modell für die therapeutische Beziehung dienen. Sowohl in der Entwicklungstheorie als auch in der Psychotherapie finden sich viele Worte oder Begriffe, die diesen Instrokeprozess beschreiben: Integration, Inkorporation, Assimilation, Akzeptanz etc. Der Begriff Instroke soll jedoch nicht ein weiterer Begriff dafür sein, sondern all das miteinbeziehen, was die Bedeutung einer nach innen-gerichteten Bewegung darstellt, als kreative Grundlage der eigenen Entwicklung und Therapie. Siehe Abbildung 1.

#Abb_1# Aufnahme bzw. Einnahmeprozesse des endo-psychischen Selbst

Abbildung 1 zeigt, dass Entwicklung, sowohl beim Kleinkind als auch in der Therapie, ein einwärts-gerichteter, aufnehmender Prozess ist. In der Objektbeziehungstheorie und der Selbstbeziehungstheorie wird der Entwicklungsprozess an der Interaktion mit dem "Anderen" gemessen. Abbildung 1 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen der Dynamik des Instrokeprozesses und der Entwicklung, und verlagert so den Fokus vom Objekt auf das Subjekt, genauer gesagt, auf das Selbst. Diese Ansicht vertrat auch Stern (1998), indem er das Selbst — und nicht den Anderen — als primäre Instanz in der Organisation von Erfahrungen beschrieb. Dies steht ebenfalls im Einklang mit den Forschungsarbeiten Damasio's, der auch auf dem oben erwähnten Kongress für Biosynthese (2006) einen Vortrag hielt. Damasio zufolge, werden Emotionen, die kognitive und physische Veränderungen im Organismus hervorrufen, von innen erzeugt. Er nannte sie deshalb innere Emotionen. Er unterscheidet zwischen einem System der *Erzeugung* (generation) von Emotion und einem System des *Fühlens* (feeling) von Emotion. Das Erzeugungssystem ist für die inneren Emotionen und das Fühlenssystem ist für die äußeren Emotionen, die von anderen Personen (z.B. TherapeutIn) beobachtbar sind und von aussen nachempfunden werden können. Durch die Mobilisierung des Instroke, ist es PatientInnen möglich auf der Ebene des Erzeugungssystem — da wo Emotionen erzeugt und einer primären Evaluation unterzogen werden — zu arbeiten. Auf dieser Ebene geschieht eine primäre und unbewusste Bewertung: Ist die Erfahrung gut oder nicht gut für den Organismus? Dies ist auch unter den Begriffen Anziehung und Vermeidung bekannt und bezieht sich primär auf die Selbsterfahrung. Sich auf diese Ebene zu begeben erlaubt dem Organismus die Organisation und Reorganisation seiner Selbsterfahrung. Um tatsächliche Veränderung zu ermöglichen, muss, laut Damasio, diese



Ebene, die mithilfe der Erzeugung der inneren Emotionen zu kognitiven und physischen Veränderungen führen kann, kontaktiert werden. Ihm zufolge, können Emotionen nicht erlernt werden. Sie sind spontan ausgelöste, innere Reaktionen auf einen sogenannten emotional kompetenten Stimulus. Aus psychotherapeutischer Sicht sind Eltern meist die primären Objekte, die als emotional kompetenter Stimulus fungieren.

Demzufolge würde der körperpsychotherapeutische Ansatz, in dem vorwiegend mit dem emotionalen Ausdruck gearbeitet wird, vor allem mit den äusseren Emotionen arbeiten, welche nur die *Ausdrucksformen* der inneren Erfahrung sind. Im Gegensatz dazu führt die Mobilisierung des Instroke, die Person in den Zustand *zurück*, in dem die Erzeugung der Emotion, durch das Objekt, erlebt wird. Damasio verwendet dafür den Begriff Proto-Selbst, das mit dem impliziten Selbst und dem Endoselbst gewisse Ähnlichkeiten aufweist. Die Annahme, die Einwärtsbewegung der Pulsation, kontaktiere direkt den inneren, emotionalen Zustand, der es uns ermöglicht, sich neu zu organisieren, führt zu einer Reihe wichtiger Umformulierungen.

2 DIE SELBST ZU SELBST BEZIEHUNG

Eine Neuformulierung betrifft die zwischenmenschliche Beziehung. Die Definition zwischenmenschlicher Beziehung könnte auf die Interaktion zwischen selbst und anderen reduziert werden. Ohne die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen in Frage stellen zu wollen, ist der Instroke eine notwendige Bedingung³, um Beziehung führen zu können. Weitere wichtige Eigenschaften sind beispielsweise: Ein guter Kontakt zu sich selbst, klare Grenzen, die Integration von Emotionen, Empfindung und Sprache etc. Bei näherer Betrachtung lässt sich feststellen, dass all diese Eigenschaften Ergebnisse eines Organisationsprozesses bzw. eines Instroke sind. Mithilfe einer konsequenten Mobilisierung des Instroke, verlagert sich der Fokus der PatientInnen auf die Beziehung zu sich selbst und diese kann neu organisiert werden. Erst dann können auch andere Beziehungen neugestaltet werden.

Im Vorwort zu *Autopoiesis and Cognition (1972)* fassten die Cohen und Wartowsky das Werk von Maturana und Varela wie folgt zusammen:

[Sie ...] haben den Aufbau einer systematischen, theoretischen Biologie unternommen, welche versucht lebende Systeme nicht als Beobachtungs- und

³ Der Instrokeprozess ist notwendig, jedoch nicht hinreichend, da das Selbst auch ein Objekt für Entwicklung benötigt. Mehr dazu später.



Beschreibungsobjekte, ja nicht einmal als interagierende Systeme zu definieren, sondern als in sich gehaltene Einheiten, deren einzige Referenz in sich selbst liegt. [... Biologische Systeme] sind autonome, auf sich selbst bezogene und sich selbst erzeugende, geschlossene Systeme — kurz autopoietische Systeme. [...] Maturana definiert Kognition als biologisches Phänomen, als, im Effekt, die eigentliche Natur aller lebendigen Systeme. [Sie...] schlagen eine theoretische Biologie vor, die topographisch ist und aus der Sicht des Systems, gänzlich autoreferentiell ist und kein 'Aussen' kennt. 1972, S. v

Aus dem obigen Zitat, wird der Bezug zu Jantsch's Aussage, dass Bewusstsein mit Existenz einherginge, aus dem Buch *The Self-Organizing Universe (1979)* deutlich. Bewusstsein ist in das biologische System mit eingebaut. Ausserdem ist ein System autoreferentiell: Die erste Reaktion auf eine Situation oder Informationseingabe, besteht darin, zu sich selbst zurückzukommen, d.h. aus den eigenen Erfahrungswerten zu schöpfen und anhand dessen eine Bewertung vorzunehmen. Ein System ist Objekt seiner eigenen Subjektivität. Rogers beschrieb ähnliches:

Es scheint eine gestaltende Tendenz im Universum zu wirken, die auf allen Ebenen beobachtet werden kann. Diese Tendenz hat bislang weniger Beachtung gefunden, als ihr zustünde. Es wird vermutet, dass es sich um eine gestaltende, richtungsweisende Tendenz im Universum handelt, die im interstellaren Raum, in Kristallen, Mikroorganismen, organischem Leben und menschlichen Wesen aufgespürt und beobachtet werden kann. Es ist eine evolutionäre Tendenz zu höherer Ordnung, zu steigender Wechselbeziehung und grösserer Komplexität. Im Menschen erstreckt sie sich vom Ursprung einer Einzelzelle bis hin zu komplexen organischen Funktionen; zu Gewahrsein und Wahrnehmung unterhalb der Schwelle des Bewusstseins, bis zu einem bewussten Erleben des Organismus und der Aussenwelt und weiter, bis hin zu einem transzendenten Bewusstsein für die Einheit des kosmischen Systems, die Menschen eingeschlossen. 1978, S. 24

In einem anderen Zusammenhang, sprach der Psychoanalytiker Kohut (2001), von einer Kohärenz-schaffenden Kraft des narzisstischen Stroms, die einem fragmentierten, primären Selbst Ordnung und Struktur verleiht. Er machte keine Angaben darüber, woher diese Kohärenz-erzeugende Kraft stammt, aber sie scheint spontan, im Kleinkind entstehen. Und obgleich es, auf die Interaktion mit einem Objekt angewiesen ist, wird einem Kind die Ordnung nicht von aussen



gegeben: Ordnung entsteht spontan von innen.

Zur Verdeutlichung dieses Phänomens, ist vielleicht folgende Analogie hilfreich: Ein Elternteil oder eine andere Bezugsperson, muss einem Kind Nahrung anbieten, damit es leben und wachsen kann. Unter wünschenswerten Bedingungen, nimmt das Kind das Essen an, verdaut, inkorporiert und "verstoffwechselt" es. Sobald das Kind die Nahrung aufgenommen hat, ist die Rolle der Eltern im diesem Prozess beendet. Nun "kontrolliert" das Kind, wie und was sich aus der Nahrungsaufnahme entwickelt: alle Prozesse, wie das Schlucken, Verdauen, Integrieren und Evakuieren, erfolgen spontan im Kind. Es organisiert es selbst bzw. sich selbst. Zudem wissen Eltern, dass, wenn ein Kind krank, gestresst oder auf andere Weise abgelenkt ist, sich dies erheblich auf den Aufnahmeprozess auswirkt. Das Kind kann beispielsweise nur wenig zu sich nehmen oder sich ganz weigern. Eltern wissen auch, dass es unmöglich ist ein Kind zu füttern, das nicht essen will oder kann. Das Kind muss zunächst wieder beruhigt, getröstet oder fokussiert werden. Sind die Eltern jedoch nun selbst frustriert und versuchen das Kind zu zwingen, verschlimmert sich meist die Situation. Bei dieser Beschreibung der Eltern-Kind-Interaktion sind drei Punkte zu beachten: Erstens, ist die Rolle der Eltern für die Entwicklung des Kindes von wesentlicher Bedeutung. Zweitens, ist die Rolle der Eltern in der Entwicklung des Kindes begrenzt. Irgendwann übernimmt das Kind die Kontrolle. Es ist sein Stoffwechsel, der das Wachstum mitbestimmt, es ist dem Kind sozusagen überlassen, was es aus dem Angebot macht. Drittens müssen die richtigen Bedingungen vorherrschen, damit das Kind von dem was angeboten wird, profitieren kann. In Bezug auf diesen Artikel, würde ich dafür argumentieren, dass ein — sowohl im Kind als auch in den Eltern — mobilisierter Instroke, hierfür gute Bedingungen erstellt. Die Analogie soll verdeutlichen, dass derselbe Prozess auch auf der psychischen, emotionalen Ebene in der Interaktion mit den Eltern abläuft: Im Endeffekt ist auch der "psychische Stoffwechsel" — aufzunehmen, zu integrieren und entwickeln — dem Kind überlassen. Die Eltern machen ein psychisches, emotionales Angebot, aber das, was angeboten wird, ist nicht unbedingt das, was das Kind erlebt und mit einbezieht. Unter idealen Bedingungen herrscht Resonanz und beide interagieren auf der gleichen Frequenz. In der Regel, wird jedoch in unterschiedlichem Masse, vom Kind bestimmt, was es der Interaktion entnimmt. Um es in psychologische Begriffe zu übersetzen: kreierte das Kind ein Objekt, um *seine* Wünsche und Bedürfnisse zu befriedigen.

Angesichts der Erkenntnis, aus verschiedensten Disziplinen, dass der Säugling komplexe und autoorganisierende Funktionen entwickelt hat, scheint eine Neuformulierung unserer



Entwicklungstheorie und unseres Therapieansatzes notwendig. Eine Selbstbeziehungstheorie stünde im Gegensatz zur Objektbeziehungstheorie und würde die selbstinitiiierenden, autoorganisierenden und autoreferentiellen Eigenschaften des Organismus berücksichtigen. Der selbstbeziehungstheoretische Ansatz besteht darin, den Fokus von der *Überbetonung des Objekts* (Eltern und später TherapeutInnen) auf die Selbst-Erfahrung, als Ergebnis des Kontakts mit einem Objekt, zu lenken. Entwicklung findet anhand von Selbst-Erfahrung *während* einer Erfahrung mit einem Objekt, statt. Sie erfolgt nicht durch den Kontakt mit einem Objekt an sich. Hierbei scheint es mir wichtig zu betonen, dass es sich in der Selbstbeziehungstheorie um einen Wechsel des Schwerpunktes handelt. In keiner Weise, soll die Wichtigkeit eines Anderen oder des Objektes für die Entwicklung ausgeschlossen werden, denn die menschliche Natur verlangt den Kontakt, Beziehung mit anderen. Die schöpferische Qualität des Anderen wird nicht geleugnet, sondern neu definiert. Ich wiederhole: Der Kontakt mit dem Objekt bzw. Anderen ist notwendige Voraussetzung, aber nicht hinreichend für die Entwicklung.

Um den Unterschied zwischen diesen beiden theoretischen Ansätze zu veranschaulichen, nutze ich, das Zitat einer Patientin von Fairbairn, die rief: "Was ich will, ist ein Vater !" (in Buckley, 1986, S. 19). Fairbairn betonte das Wort "Vater" und kam somit zu dem Schluss, dass das Ziel des Triebes das Objekt ist. Daraus folgten klinische Implikationen, und der Rolle von TherapeutInnen in der Entwicklung ihrer PatientInnen wurde viel Bedeutung beigemessen. Die Abbildung 2 stellt die Bewegung nach aussen dar, in der ein externes Objekt als Ziel des Triebes fungiert.

#Abb_2# Die Dynamik der Objektbeziehungstheorie

In der Selbstbeziehungstheorie, würden wir im selben Satz die Wörter: "ich" und "will" betonen. Hier ist das Ziel des Triebes: Das Selbst. Nur, wenn sich das Selbst im Objektkontakt erlebt und erfährt, kann sein Wunsch erfüllt werden: Das Vorhandensein eines Vaters (Objekt) an sich, reicht nicht, ich muss mich "be-vatert" fühlen. Weiterhin wird, wenn das *Bedürfnis* bestehen bleibt, das Ziel des Triebes, das Objekt. In diesem Fall, kann sich das *Selbst* weder befriedigen noch erfüllen. Die Erfahrung des Objekts muss in die Erfahrung des Selbst einfließen, sonst ergibt sich kein Kontakt und insofern auch keine Entwicklung. Psychotherapeutisch gesehen bedeutet dies, dass PatientInnen, anhand der Mobilisierung des Instroke, ein differenziertes Selbstgefühl



entwickeln können. Sie sind dann in der Lage besser zu kommunizieren, Kontakte zu knüpfen und Beziehungen zu pflegen. Es erscheint paradox, dass sie sich zunächst vom anderen lösen müssen, um zwischenmenschliche Beziehungen aufbauen zu können. In einem gewissen Sinne, geht es hier um die Rückkehr zu dem sogenannten undifferenzierten Zustand, in dem der Organismus sich selbst organisiert, wie in Balint's Konzept der Regression (begin regression). In der Funktionalen Analyse wird dieser Prozess — die Hinwendung zum Selbst — als Ergebnis einer offenen Einwärtsbewegung der Pulsation, und nicht als Regression, sondern als Weiterentwicklung verstanden.

3 DAS ENDO-PSYCHISCHE SELBST

Eine zweite Erkenntnis der Funktionalen Analyse besteht darin, dem ursprünglichen Selbstgefühl — dem sogenannten Endoselbst — eine bedeutende Rolle zuzuschreiben (Davis, 2006). Auf der psychischen Ebene wird die Wahrnehmung, durch die Einwärtsbewegung zu einer tieferen Bewusstseinssebene geleitet, ähnlich der unbewussten, auf der rechten Gehirnhälfte basierenden, affektregulierenden Ebene, auf die sich Schore bezog (2006, mehr dazu später). Es geht darum diese Einwärtsbewegung der Pulsation zu nutzen, um Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis zu erzielen. Drei wesentliche Empfindungen kennzeichnen diesen Zustand: Neugierde, Sicherheit, und Selbstakzeptanz. Dieselbe Fokussierung findet auch auf der somatischen Ebene statt. Durch sanfte Berührung werden die energetischen Eigenschaften des Bindegewebes mobilisiert und ein tiefer Kontakt zum Endoselbst — dahin, wo sozusagen "alles beginnt" und wo immer der Wunsch nach Entwicklung besteht — hergestellt. Erst mit diesem inneren Gefühl zu sich selbst, und der mit ihr einhergehenden Sicherheit, sind PatientInnen in der Lage vertrauensvoll in die Welt hinauszugehen. Neugierde, ein Selbst-Vertrauen, klare Grenzen, Differenzierung zwischen sich selbst und anderen sind alles Ergebnisse der Kohärenz-erzeugenden Funktion des Instroke. Sobald er mobilisiert ist, ist es möglich eine starke Bewegung in Richtung des Zentrums zu beobachten, die sich in ihrer Qualität von einer Kontraktion grundlegend unterscheidet. Die Bewegungen werden langsamer, die Atmung wird tiefer, die Stimme weicher, der Blick weniger starr. Körper und Geist erscheinen einheitlicher und in den angesprochenen Themen konzentrieren sich die PatientInnen auf sich selbst bzw. die eigenen Anteile anstatt auf Andere. Während der Körperarbeit können sie in einen hypnagogischen Zustand gelangen, in dem sie sich dennoch weiterhin bewusst sind, wo sie sich aktuell befinden. Oftmals erinnern sie bestimmte Bilder oder Ereignisse, die



kontinuierlich an ihnen vorüberzuziehen scheinen. Es gibt eine ungewöhnliche Distanz zu diesen Bildern. Weiterhin kann der Instroke eine Phase von scheinbarer Abwesenheit bewirken, in der die Person nicht genau weiss, wo sie sich befindet, doch dann klar und erholt wieder zurückkehrt.

Ein weiteres Ergebnis ist die spontane Entwicklung von Grenzen. Im Laufe der Jahre, stellte ich ausserdem fest, dass PatientInnen sich immer mehr und deutlicher selbstbezogen äusserten: Sie vergassen geradezu, über die andere Person zu sprechen, die all ihre Probleme verursacht hatte ! Bei näherer Betrachtung wurde ausserdem deutlich, dass die Aussagen nicht nur subjektiv, sondern auch autoreferentiell waren. Zur Verdeutlichung der Subjektivität, möchte ich an dieser Stelle ein Beispiel nennen: Zu Beginn einer Sitzung, sagte ein männlicher Patient zu mir: „Auf dem Weg hierher, habe ich eine ganze Stunde lang geweint. Aber dann habe ich aufgehört, weil ich gemerkt habe, dass es jetzt jemanden gibt, der sich um mich kümmert.“ Zuerst dachte ich er meine mich, aber als ich ihn fragte, wer sich denn jetzt um ihn kümmern würde, antwortete er „Ich selbst“. Dieser Patient erlebte nun die Beziehung zu sich als primär: Seine Bindung zu sich selbst war gestärkt, sein Erleben und Handeln schien realitätsorientiert und kein Ausagieren neurotischer Bedürfnisse mehr zu sein.

Diese Repräsentation von Selbstentwicklung ähnelt der Formulierung von Schore's Rechtshirn-dominiertem, "impliziten Selbst", in dem die Affektregulation erlernt wird. Er behauptete, dass der Affekt im Kern des Selbst liegt, und die logik-dominierte, linke Gehirnhälfte bis zum Alter von 18 Monaten, nicht voll funktionsfähig ist. In der Tat dauert es zwischen 3 und 5 Lebensjahren, bis die linke Gehirnhälfte dominiert. Zwar ist eindeutig, dass die Entwicklung beider Gehirnhälften von menschlicher Interaktion abhängig ist, aber ein Kleinkind besitzt Bewusstsein und Subjektivität — es kennt sich selbst — noch bevor es seine ersten 18 Lebensmonate erreicht hat, d.h. bevor die verbale, bewusste linke Gehirnhälfte zu funktionieren beginnt. Wie schon erwähnt, das implizite Selbst der rechten Gehirnhälfte ist körperbasiert, nonverbal, unbewusst und emotional. Aus Schore's Perspektive, reguliert das Unbewusste das bewusste Ego. Unbewusste Affektregulation ist — in Entwicklung und Therapie — wichtiger als bewusste emotionale Regulation, da für die Entwicklung des Selbst ein (Rechtshirn-basiertes) integriertes, unbewusstes, implizites Funktionieren wichtiger ist, als das Verständnis der Emotionen der linken Gehirnhälfte. Subjektivität — das Endoselbst — muss in der Therapie berührt werden, damit grundlegende Veränderungen erzielt werden können. Schore (2006) erklärte, dass das unbewusste Selbstbild im Zentrum der Veränderung stehen müsse: Das



unbewusste, implizite Selbst müsse in der Therapie "expandieren", damit echte Veränderungen entstehen kann. Damit das implizite Selbst expandieren kann, sowie Schore es vorschlägt, nutzt die Funktionale Analyse die sammelnde, reorganisierende, Kohärenz-bildende Kraft der Einwärtsbewegung der Pulsation zum Endoselbst.

4 DIE HINWENDUNG ZUM SELBST — EINE SELBSTBEZIEHUNGSTHEORIE

Eine dritte Neuformulierung betrifft die Entwicklungstheorie. Nachdem wir die Bedeutung des Selbst in seinem *eigenen* Entwicklungsprozess betont haben, folgt in logischer Schlussfolgerung die Entwicklung einer Selbstbeziehungstheorie anstelle der Objektbeziehungstheorie. Diese soll eine Theorie der Selbstreferenz bzw. der Selbstbeziehung sein, in der die Bedeutung des Anderen nicht geleugnet wird, doch die primäre und somit wichtigste Beziehung des Organismus die zu sich selbst ist. Während des prä- und perinatalen Stadiums kennt das Kleinkind nur sich selbst. Alle Ereignisse und Erfahrungen werden als Selbst-Erfahrungen erlebt. Subjektivität ist omnipräsent. Der Psychoanalytiker Loewald (in Mitchell, 2000) schrieb:

Die Beziehung zwischen Ich und Wirklichkeit, oder Objekten, entsteht nicht durch eine ursprünglich nicht-zusammenhängende Koexistenz zweier getrennter Einheiten, die miteinander in Kontakt treten, sondern im Gegenteil, durch ein einheitliches Ganzes, das sich in unterschiedliche Teile differenziert. Mutter und Kleinkind kommen nicht zusammen und entwickeln eine Beziehung, sondern das Kleinkind wird geboren, löst sich von der Mutter und somit wird eine Beziehung zwischen den beiden Teilen, die ursprünglich eins waren, möglich. S. 19

Der ursprüngliche Zustand, in dem wir nur um das eigene Ich wissen, wird oft als primärer Narzissmus bezeichnet. Aber wenn Narzissmus Selbstliebe ist, muss es ein Selbst geben, das man lieben kann. Und: Es muss das Selbst sein, das sich selbst liebt., Es ist diese Selbst-zu-Selbst-Beziehung, die die Grundlage für alle nachfolgenden Beziehungen bildet. Dieses Modell der Selbst-zu-Selbst Beziehung stellt eine andere, positivere Definition von Narzissmus dar und steht im Einklang mit den Schriften von Stern und Rogers. Wie bereits kurz erwähnt, liegt in diesem Modell der Schwerpunkt nicht auf dem Anderen bzw. dem Objekt — Eltern oder später den TherapeutInnen —, sondern auf der Erfahrung des Selbst im Kontakt mit dem Objekt, vereinfacht gesagt auf der Subjektivität. Ich wiederhole, es handelt sich hierbei um eine Verlagerung des Schwerpunktes. Es ist keine Leugnung der Bedeutung des Objektes im Entwicklungsprozess ! So



wie der Objektbeziehungs-Theoretiker Fairbairn feststellte, dass das Ziel des Triebs das *Objekt* ist (in Buckley, 1986), stellt die Funktionale Analyse fest, dass das Ziel des Triebs das *Selbst* ist.

Zusätzlich zum Wechsel des Fokus, ist ein weiteres Anliegen der Selbstbeziehungstheorie, ein energetisches Entwicklungsmodell beizubehalten, das sich von Freud's, Reich's, Kohut's und anderen, postulierten Konflikt- bzw. Triebtheorien unterscheidet. Die Aspekte von Konflikt- und Mangel werden in einem umfassenden Modell kombiniert durch das hinzufügen eines weiteren Elementes, d.h. die Sehnsucht, der Wunsch bzw. die Lust auf... (desire). Wir nehmen an, dass der Trieb eine Spannung darstellt, die abgebaut werden *muss*. Diese Spannung ist somit bereits ein Symptom für eine Frustration, einen Mangel bzw. einen Bedürfniszustand. Die Funktionale Analyse postuliert, dass der ursprüngliche Impuls zu Kontakt und Befriedigung nicht ein Bedürfnis, sondern ein natürlicher, gesunder Wunsch bzw. Lust ist. Diese Lust wirkt vitalisierend, initiierend, und motivierend hin zu einem Objekt. Die Funktionale Analyse erkennt auch den gegenseitigen Wunsch bzw. Impuls im Objekt an: Es gibt kein objektives Objekt. Wenn die Lust bzw. der Wunsch jedoch konstant unerfüllt bleibt, entsteht einen Spannungszustand. Lust wird zum Bedürfnis und anstatt vitalisierend und motivierend zu sein, wird das Bedürfnis quälend und obsessiv. Es folgen Mangel, Konflikt und Frustration.

Die Entladung der Spannung des unerfüllten Bedürfnis befriedigt *nicht* — wie bislang in der klassischen Outstroke-orientierten Arbeit angenommen — die ursprüngliche Lust des Organismus ! Sie bringt den Organismus lediglich in den Zustand zurück, in dem kein Mangel herrscht, in dem der ursprüngliche *Wunsch* erfüllt werden könnte. Die *Erfüllung* des ursprünglichen Wunsches gelingt nur in der aufnehmenden Einwärtsbewegung, in dem die Assimilierung der Erfahrung möglich wird. Gleiches gilt für das Objekt (in der Regel Mutter und/oder Vater): Die Eltern können weder die eigene Lust nach Kontakt, noch die des Kindes erfüllen, solange sie sich im Spannungszustand von Mangel und Bedürfnis befinden. Das bedeutet, dass der Instroke auch *innerhalb* der Eltern funktionieren muss, um die Lust oder Sehnsucht eines Kindes erfüllen zu können. Diese Dynamik wurde bereits, in der Diskussion des psychischen Stoffwechsels ausgeführt: Ein Kind kann Nahrung ablehnen, weil es keinen Hunger hat, krank ist oder sich in einem gestressten, emotionalen Zustand befindet. Dasselbe gilt auch für die emotionale Nahrung: Das Kind muss sich in einem angemessenen Zustand befinden, um aufnehmen zu können. Dies gelingt am besten, wenn die Instrokefunktion der Eltern mobilisiert ist und deren beruhigende Präsenz dem Kind hilft, in der Interaktion, präsent zu sein. Sobald sich die Spannung in der



Interaktion entspannt hat, ist Austausch und Aufnahme des Angebots möglich. Dies entspricht dem Phänomen der Resonanz.

Im Folgenden ist die Dynamik beider Aspekte — Outstroke-orientiert, die dem Anderen zugewandte Bewegung und Instroke-orientiert, die sich-selbst zugewandte Bewegung — der Entwicklung dargestellt (siehe Abbildung 3). In einer Phase bewegt sich der Organismus nach aussen auf das Objekt zu und kommt in Kontakt. In der darauffolgenden Phase, bewegt sich der Organismus zu sich selbst zurück, um die Erfahrung, vom Kontakt mit dem Objekt, zu "verstoffwechseln" und zu integrieren. Diese Phase des Sammeln, des Inne-halten und der Besinnung, bildet dann die Grundlage für eine erneute Bewegung nach aussen, einer erneuten Suche nach Kontakt und Erfahrung.

#Abb_3# Die Verflechtungen der Instroke- und Outstroke-Bewegungen im Entwicklungsprozess

5 KLINISCHE IMPLIKATIONEN DES INSTROKE

Die Verwendung der Einwärtsbewegung der Pulsation in der Therapie verändert die therapeutische Beziehung. In der Regel nutzen therapeutische Beziehungen die früheren Beziehungen der PatientInnen: TherapeutInnen versuchen, in unterschiedlichem Masse, die frühen Beziehungen zu duplizieren, da sie davon ausgehen, dass diese Beziehungen primär sind. Hingegen vertritt die Funktionale Analyse die Annahme, dass die erste Beziehung, die zum eigenen Selbst ist. Der Organismus ist in erster Instanz autoreferentiell ! Um in dieser Hinsicht arbeiten zu können (insbesondere bei frühen Störungen), muss daher eine Kontaktaufnahme bzw. eine Rückkehr zum Rechtshirn-dominierten, präverbalen Endoselbst erfolgen. Das Wesentliche an einer "guten" (therapeutischen) Beziehung — Vertrauen, Kontakt, Integration und Grenzen — sind Nebenprodukte eines Instrokeprozesses. Wachstum bzw. Entwicklung findet nicht im Bereich der Beziehung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen, sondern *in den* PatientInnen selbst statt. Der Instroke repräsentiert einen energetischen Arbeitsansatz, und erscheint mir, wie eine vertiefende Weiterführung von Rogers klientenzentrierter Gesprächsführung.

Eine weitere Implikation ist, dass TherapeutInnen, in einer auf Empathie beruhenden Allianz, eine kontaktvolle Distanz zu PatientInnen einhalten müssen, die ihnen Zeit und Raum gibt, zu sich selbst zurückzukommen, sich neu zu organisieren und sich dann in der neu gestalteten Beziehung zu entfalten. Der_ die TherapeutIn ist teilnehmender Beobachter dieses Prozesses in dem Empathie,



Grenzen — im Sinne des englischen Wortes containment —, Sicherheit und Präsenz besonders betont werden. Die Rückbewegung und Bindung zu sich selbst gibt PatientInnen innere Sicherheit. Es ist eine Halt-gebende Verankerung, welche sonst üblicherweise durch die Bindung an den_ die TherapeutIn sichergestellt wird. Dieses Gefühl von Sicherheit ist notwendig, um sich von Objekten bzw. Anderen zu lösen und sich weiterzuentwickeln. In der therapeutischen Beziehung findet ein Prozess statt, bei dem der_ die PatientIn sich simultan sowohl von der Übertragungsbeziehung mit dem_ der TherapeutIn als auch von den ursprünglichen Objekten — z.B. Mutter, Vater etc. — löst. Diese Trennung ist die Voraussetzung für eine kreative Neubindung. Der_ die PatientIn verbindet sich mittels der Einwärtsbewegung mit sich selbst und erhält so, wie oben schon erwähnt, genügend Sicherheit durch den Endoselbst-Zustand. Die Neubindung erfolgt auf natürliche Weise, mit einem neuen Schub der Pulsation nach aussen zum Objekt hin.

Die Ablösung vom Objekt ermöglicht auch Entwicklung innerhalb des Objekts. Angesichts der Möglichkeit zur "Distanz" zum Subjekt, kann sich auch das Objekt entwickeln ! Es ist ein Zustand der dualen Ko-Evolution (Jantsch, 1979), — sowohl innerhalb jedes Organismus — jeder entwickelt sich in Beziehung zu sich selbst — als auch zwischen den Organismen — d.h. auch die zwischenmenschliche, inter-personale Beziehung entwickelt sich weiter. Die Lösungs- und Neubindungsprozesse in Entwicklung, wie ich sie soeben beschrieben habe, lassen sich mit Green's Prozessen der Objektifizierung und De-Objektifizierung vergleichen. In der Funktionalen Analyse stimmen wir der theoretischen Position, dass das Selbst bzw. Subjekt das Objekt auswählt, oder sogar das Objekt "kreiert", der Psychoanalytiker Green und Loewald zu. Sie äussern sich ausserdem, im Einklang mit Damasio's sogenanntem emotional kompetenten Stimulus, einem Objekt der Aussenwelt, das eine interne Reaktion auslösen kann. Das Objekt ist somit in der Lage, das subjektive Selbst — Schore's implizites Selbst — zu stimulieren. Nichtsdestotrotz wird die Stimulation vom Subjekt mitbestimmt. In diesem Sinne erschafft das Subjekt die Rolle, die das Objekt spielen soll. Es gibt kein objektives Objekt ! Hier handelt es sich um die gleiche Dynamik, die bereits, anhand der Beispiele des physischen oder psychischen, emotionalen Stoffwechsels, beschrieben wurden. Die Aufnahme und Metabolisierung des Objekts erfolgt innerhalb des Subjekts. Die Präsenz des Objekts ist wesentlich, aber sein Einfluss ist begrenzt. Somit wird deutlich: Die Entwicklung wird nicht vom Objekt bestimmt, sondern vom psychischen Metabolismus des Subjekts.

Aus dem Verständnis, dass PatientInnen in der Lage sind, sich an sich selbst zu binden, sich



selbst das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, folgt eine dritte Implikation: TherapeutInnen scheinen im therapeutischen Prozess "nicht so wichtig" zu sein. Die narzisstischen Bedürfnisse der TherapeutInnen werden im Instroke- bzw. dem damit einhergehenden Ablösungsprozess auf die Probe gestellt. TherapeutInnen sollten diesen Ablösungsprozess tolerieren, ihn nicht unterbrechen und weiterhin präsent sein, um eine neue Bindung zu ermöglichen. Die Ablösung kann von TherapeutInnen als Kontaktverlust oder Distanzierung, Regression oder gar Widerstand empfunden und missverstanden werden ! Eine funktionale Perspektive, die den Prozess ganzheitlich betrachtet, kann zwischen einer Bewegung des_der PatientIn zu sich selbst *hin*, insofern einem Fortschritt, und einer Bewegung *weg* vom anderen unterscheiden.

Eine weitere Implikation ist, dass TherapeutInnen ihren eigenen Instrokeprozess mobilisieren müssen, um eine emphatisch therapeutische Begegnung zu ermöglichen. Paradoxerweise nehmen Kontakt, Kommunikation und Verständnis zwischen PatientInnen und TherapeutInnen zu, wenn *beide* im Instroke sind und insofern stärker mit sich selbst verbunden. Dieses Modell spiegelt die zuvor beschriebene Eltern-Kind-Beziehung wider. Sie steht im Einklang mit Schore's Aussage, dass die von der rechten Gehirnhälfte dominierte Empathie, der wichtigste Aspekt im Genesungsprozess ist. Wie schon gesagt, gehe ich davon aus, dass sich eine therapeutische Allianz am effektivsten durch die Mobilisierung der Einwärtsbewegung der Pulsation der PatientInnen *und TherapeutInnen* entwickelt.

Die Abbildung 4 ist eine Kombination aus zwei von Reich's Konzepten. Die grundlegende Darstellung der Antithese von Psyche und Soma überlagert die Abbildung der Charakterpanzerung (d.h. aller physischen und psychischen Abwehrmechanismen einer Person). Die Labyrinth-artige Qualität des Abwehrsystems wird durch die verschiedenen Pfeile dargestellt, die von den wesentlichen, gesunden, psychischen und somatischen Strukturen nach aussen weisen. Die Abwehr verkompliziert, verwirrt oder verhindert den Kontakt mit den gesunden Ebenen (die in der Abbildung mit den abgerundeten Pfeilen, Psyche und Soma repräsentiert werden) und mit der noch tieferen, primäreren Ebene (als undifferenzierter Einzelpfeil, aus dem sowohl die Psyche als auch das Soma hervorgehen). Klassische Therapieansätze beschäftigen sich meist damit, wie man durch dieses Labyrinth zu den tieferen Aspekten eines_einer PatientIn gelangen kann. Der Kern und Sinn des impliziten Endoselbst, liegt tief im Inneren und wird mithilfe des Instrokeprozess zugänglich.



#Abb_4# Psyche, Soma, Kern und Abwehr (nach Reich)

In den Abbildungen 5a und 5b stellt die Graphik 5a ein Modell der typischen therapeutischen Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn dar. Die zweite, 5b, zeigt die Beziehung, die wir in der Funktionalen Analyse erarbeiten.

#Abb_5a# und #Abb_5b# Klassische therapeutische Beziehung vs kollaborative Allianz (bzw. align oneself with the patient)

In der üblichen therapeutischen Beziehung stehen sich TherapeutIn und PatientIn gegenüber. Die Abwehrmechanismen der_des TherapeutIn bzw. der_des PatientIn wurden nur zur Veranschaulichung extrahiert, aber sie spielen eine wichtige Rolle in der Beziehungsgestaltung. Alle Kontakt- und Kommunikationsformen — bewusst und unbewusst, verbal und nonverbal, physisch und psychisch — müssen durch die jeweilige Abwehr gelangen und verarbeitet werden, um in tieferen Kontakt treten zu können. Die Wahrscheinlichkeit, Missverständnisse zu erleben und Fehlinterpretationen zu machen, ist enorm. Die Allianz in der Funktionalen Analyse im Sinne einer Ausrichtung am_an der PatientIn, so wie sie zu Beginn dieses Artikels erläutert wurde, ermöglicht bewusste und unbewusste Widerstände und Blockaden, auf der psychosomatischen Ebene beider zu umgehen, und sich *direkt und gemeinsam* auf die empathische, endo-psychische Ebene zu begeben, in der Kommunikation, Kontakt und sogar "aufrichtige" Übertragung möglich sind (Davis 1989). Dies schliesst nicht aus, manchmal auch eine Gegenposition zu PatientInnen einzunehmen. Widerstand und Opposition können ebenfalls Teil der therapeutischen Beziehung sein. Weiterhin wird im Umkehrschluss durch die Mobilisierung des Instroke, die Wahrscheinlichkeit von Übertragung, Gegenübertragung, Schuldzuweisung, Projektion und projektiver Identifizierung reduziert. Es entsteht eher Resonanz: Der_die PatientIn wird neugierig auf sich, nachdenklich und bewertet sich und seine Situation weniger in Bezug auf andere. Wie ein Patient einst sagte, als er Schwierigkeiten hatte, eine für *ihn* wichtige Einsicht im therapeutischen Prozess zu erklären: „Oh im Grunde genommen ist es nicht so wichtig. Es ist wichtiger für mich als für Sie.“

SCHLUSSWORT



In diesem Artikel habe ich versucht zu zeigen, dass es immer mehr Wissen über die Bedeutsamkeit des Selbst in seiner eigenen Entwicklung gibt. Begriffe, Ideen und Konzepte aus einer Vielzahl von Bereichen führen zu einem Verständnis darüber, wie sich das Selbst entwickelt. Hieraus folgt, dass wir die Bedingungen, sowohl für Entwicklung als auch für die Therapie, insbesondere im Hinblick auf die Rolle, die den TherapeutInnen bislang in diesem Prozess beigemessen wurde, neu überprüfen müssen. Darüber hinaus, habe ich die Annahme vertreten, dass die Mobilisierung der Einwärtsbewegung der Pulsation der effektivste Weg zur Integration von Information und vielleicht die wichtigste Möglichkeit ist die therapeutische Beziehung, im Sinne einer kollaborativen Allianz, zu gestalten. Des Weiteren, habe ich für eine umfassenden Neuformulierung der Entwicklungstheorie, im Sinne einer Selbstbeziehungstheorie plädiert.