2/2009
26. Jahrgang

KONGRESSBERICHT

leibhaftig

KÖRPER & PSYCHE

Impressum 124

ORIGINALARBEIT

Ich und mein Leib *(Emmanuel Bauer)* 4
Das eingefleischte Selbst *(Alfried Längle)* 13

VORTRÄGE

Aus ganzem Herzen leben *(Anton Nindl)* 35
Partisanen der Psyche *(Liselotte Tutsch, Heinrich Donat)* 38
Leibgedächtnis und Lebensgeschichte *(Thomas Fuchs)* 46
Frau zu werden… *(Renate Bukovski)* 53

KLNISCHES SYMPOSIUM

Heilkunst ist mehr als Naturwissenschaft *(Paul König)* 60
Leibhaftig: Noogenese und Somatisierungsstörung *(Hans-Martin Rothe)* 68
Phänomenologie und existenzanalytische Therapie bei somatoformer Schmerzstörung *(Barbara Jöbstl)* 75
mit den Füßen spielen ... *(Rupert Dinhobl)* 80
Schmerz lass nach! *(Marc Sattler)* 83
Körperbilder bei Anorexie und Bulimie und Möglichkeiten ihrer Veränderung in der Therapie *(Helene Drexler)* 89
Traumkörper – Körpertraum *(Susanne Jaeger-Gerlach)* 94
Dasein – Atmen – Achtsamkeit *(Markus Angermayr)* 99

SYMPOSIUM: KINDER- UND JUGENDPSYCHOTHERAPIE

Krank und selber schuld? *(Tina Rossmann)* 105
Bedeutung und Möglichkeiten von Senso- und Psychomotorik in der Kinderpsychotherapie *(Roman Biberich)* 110
Das Fette Selbst *(Ruth Weissensteiner)* 115

SYMPOSIUM: LEBENS- UND SOZIALBERATUNG

Focusing in der Beratung und Psychotherapie *(Ingo Zirks)* 119
Leibliche Begegnung als Zugang in der Beratung *(Sigrid Happ)* 125
Der Mensch im Spannungsfeld zwischen Leistung und Sinnfindung *(Andrea Engleder)* 129
Person und Stimme *(Karin Parschalk)* 133
Leiblichkeit und Schamerleben *(Wiebke Dankowski)* 136

PUBLIKATIONEN 140

Wissenschaftlicher

B E I R A T

Michael ASCHER
Philadelphia (USA)
Karel BALCAR
Prag (CZ)
Herbert CSEF
Würzburg (D)
Reinhard HALLER
Feldkirch (A)
Hana JUNOVÁ
Prag (CS)
Christoph KOLBE
Hannover (D)
George KOVACS
Miami (USA)
Jürgen KRIZ
Osnabrück (D)
Anton-Rupert LAIREITER
Salzburg (A)
Alfried LÄNGLE
Wien (A)
Karin MATUSZAK-LUSS
Wien (A)
Corneliu MIRCEA
Temesvar (RO)
Christian PROBST
Graz (A)
Heinz ROTHBUCHER
Salzburg (A)
Christian SIMHANDL
Wien (A)
Christian SPAEMANN
Braunau (A)
Michael TITZE
Tuttlingen (D)
Liselotte TUTSCH
Wien (A)
Helmuth VETTER
Wien (A)
Beda WICKI
Unterägeri (CH)
Wasiliki WINKLHOFER
München (D)
Elisabeth WURST
Wien (A)

BANKVERBINDUNGEN DER GLE-INT.

Österreich: Konto Nr.: 040-33884, Erste Österr. Spar-Casse-Bank, BLZ 20111
BIC:GIBAATWW; IBAN: AT932011100004033884
Deutschland: Konto Nr.: 7000006, Acredobank Nürnberg, BLZ 76060561
Schweiz: Konto Nr. 203054-10-556, Credit Suisse
Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels DC, VISA, EC/MC

ABO-PREISE FÜR DIE EXISTENZANALYSE

Jahresabonnements für Nichtmitglieder: Euro 25,-/sfr 38,- inkl. Versand
Einzelpreis: Euro 16,-/ sfr 24,- inkl. Versand (Europa) – Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.
Die EXISTENZANALYSE erscheint 2 mal jährlich.

gle@existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.org

HINWEISE

Themenredaktion
Silvia Längle

Kongress GLE-Int.
Vom Leben berührt –
Emotion in Psychotherapie und Beratung
Wien 30.04. – 02.05.2010
Seite 143

Congress IFP
Psychotherapy: Sience and Culture
Luzern 16.-19.06.2010
Seite 79

Info zur GLE auf der Homepage
www.existenzanalyse.org
- **Ausbildung in Psychotherapie und Beratung**
- **Länderverbände A, D, CH**
- **Institute**
- **Aktuelles**
- **Kongress**
- **Publikationen**
- **Kontaktadressen**

Seite 98

CD/DVD
GLE-Int. Kongress
Salzburg 2009
„leibhaftig“ Körper & Psyche
Seite 59

THEMEN-VORSCHAU

1/2010
Pädagogik

2/2010
Emotion

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

vor Ihnen liegt ein sehr dickes Heft, das uns große Freude macht und von einem starken Leben in unserem Verein Kunde tut. Es ist die Sammlung der Vorträge, Symposia und Workshops von unserem letzten Kongreß in Salzburg über *„leibhaftig – Körper & Psyche“* und die praktische Anwendung des Körperverständnisses in der Psychosomatik, Therapie und Beratung.

Die somatische Dimension wurde traditionellerweise in der Existenzanalyse weniger beachtet und in die Arbeit einbezogen als die personale. Dies hat natürlich mit dem spezifischen Ansatz der Existenzanalyse zu tun, die den Zugang zum Menschen über die Person wählt. Aber es hängt auch mit dem spezifischen Menschenbild der Existenzanalyse zusammen, das wir aus der Tradition Frankls übernommen haben, und das einen weniger integrativen, den Leib dazunehmenden Blickpunkt hat, als einen differenzierenden, den Leib vom Geistigen abspaltenden Ansatz vermittelte. Mit diesem Kongreß und nun auch mit dieser Zeitschrift glauben wir, eine Korrektur im Bild und in der Praxis feststellen zu können, die in Richtung eines offeneren Zugangs zum Körper und eines breiteren Einsatzes des Körpers in der Beratung und Therapie geht. Es ist auch für uns eine erfreuliche Tatsache, wie viel bereits in unseren Reihen damit gearbeitet wird.

Das Erscheinen des Kongreßberichts ist auch noch einmal ein Dank an die Organisatoren des Kongresses und insbesondere an die KollegInnen, die an der Organisation der Symposia und Workshops beteiligt waren – wir sehen, welche Früchte diese Arbeit getragen hat. Und im Besonderen geht der Dank an alle, die einen Beitrag geleistet haben, den wir hier nun auch noch in Ruhe nachlesen können.

Mit den besten Grüßen und Wünschen für eine gute und frohe Weihnachtszeit und einen schönen Jahresausklang bin ich

Ihre Silvia Längle
Im Namen des Redaktionsteams

Ich und mein Leib

Versuch der Neuinterpretation der Leib-Seele-Einheit

Emmanuel Bauer

V.E. Frankl versteht das Verhältnis von Geist und Psychophysikum als Antagonismus, bei dem die geistige Person dem leib-seelischen Organismus und seinen Strebungen trotzen kann und muss. Unreflektiert bleibt er damit im platonischen Dualismus ebenso wie in der cartesianischen Dichotomie von Denken und Ausdehnung (Materie) verhaftet, wodurch der Leib zum bloßen Körper zu werden droht. Die neue Existenzanalyse orientiert sich stärker an der aristotelisch-thomanischen Tradition der Leib-Seele-Einheit und sieht in der Leiblichkeit die Bedingung der Möglichkeit von Geist- und Personsein. Leiberfahrung ist aus existenzanalytischer Sicht das Fundament personaler Lebensgestaltung. Dieser Ansatz bietet auch die Chance, sich in die aktuelle Diskussion um eine kompatibilistische oder dualistische Anthropologie einzubringen und das Verhältnis von Geist und neurophysiologischer Bedingtheit auf eine ursprüngliche Einheit hin zu deuten. Als Modell dafür dient die aristotelisch inspirierte Interpretation des Geistes als zweite Verwirklichung des geistigen Vermögens der Seele, wodurch dieses die ontologische Qualität von Freiheit, Selbstbewusstsein und Intentionalität erlangt.

Schlüsselwörter: Aristotelismus, Erste und Zweite Verwirklichung des Leibes (actus primus, actus secundus), Leib-Seele-Dualismus, Leib-Seele-Einheit, Personsein, psycho-noetischer Antagonismus

Me and my body

Attempt on a new interpretation of the unity of body and spirit

----

V.E. Frankl sees the relation between the spirit and the psychophysical as an antagonism in which the spiritual person can and must defy the physical-mental organism and its tendencies. He therefore remains thoughtlessly tied to Platonic dualism as well as the Cartesian dichotomy of thought and extension (matter), leading to the risk of reducing the body to its mere physical dimension. New Existential Analysis is rather orientated towards the Aristotelian-Thomistic tradition of the unity of body and spirit and assumes the basic requirement for the possibility of being spirit and person in corporeity. Body experience is fundamental for a personal organization of life according to Existential Analysis. This approach provides the chance to engage in the current discussion on a compatiblist or dualist anthropology and to indicate the original unity regarding the relation of spirit and neurophysiologic conditionality. The Aristotelian inspired interpretation of the spirit as the second realization of the spiritual capacity of the soul serves as model, enabling it to attain the ontological quality of liberty, self-awareness and intentionality.

Key words: dualism of body and spirit, unity of body and spirit, Aristotelianism, first and second realization of the body (actus primus, actus secundis), being a person, psycho-noetic antagonism

Hinführung

Der Mensch erkennt und erlebt sich selbst und seine Welt als komplexe Wirklichkeit, an der unterschiedliche Dimensionen in Erscheinung treten und die dementsprechend unterschiedliche Beschreibungen und Erklärungen zulässt: Das, was ist, zeigt sich *zum einen* als hochkomplexe physische Wirklichkeit, die in naturwissenschaftlicher Sprache mit Hilfe von Naturgesetzen beschrieben werden kann. Insofern das Sein intelligibel ist, weist es *zum anderen* auch geistige Strukturen auf, mittels derer wir es erkennen können. Unter dieser Voraussetzung zeigt sich die Wirklichkeit als *unsere* Welt, d.h. als Ausdruck menschlichen Handelns und als Gegenstand unseres emotionalen Erlebens und geistigen Bewusstseins.

Die Welt des Menschen ist also ein Ganzes aus materiellen, emotionalen und geistigen Zuständen und Ereignissen. Diese Multidimensionalität und Mehrdeutigkeit führt dazu, dass die Wirklichkeit von einer spezifischen Dynamik geprägt ist, die als Spannung zwischen Seelisch-Geistigem und Körperlich-Materiellem und zwischen subjektiver und objektiver Deutung erlebt wird. Die Philosophie thematisiert diese Struktur der menschlichen Wirklichkeit unter anderem im Leib-See-

le-Problem, einem Urproblem im Hinblick auf das Selbstverständnis des Menschen.

Die Diskussion über das Leib-Seele-Verhältnis flammte im Laufe der Geschichte deshalb immer wieder auf, häufig ausgelöst durch neue, oft revolutionäre Erkenntnisse im Bereich der Naturwissenschaften. So waren es auch in den letzten Jahrzehnten die Neurowissenschaften, die durch ihre Fortschritte in der Erfassung der neuronalen Prozesse im Gehirn und deren Zuordnung zu bestimmten phänomenalen Bewusstseinsinhalten des Menschen für Furore gesorgt und eine breite philosophische Diskussion nicht nur über die menschliche Freiheit, sondern auch über die menschliche Seele ausgelöst haben.

In diesem Zusammenhang brechen Fragen auf, die gerade auch für Psychotherapeuten äußerst relevant sind. So zum Beispiel die Fragen, auf welche Erfahrungen, Wirkweisen und Wirklichkeiten wir abzielen, wenn wir von Seele oder seelischen Phänomenen sprechen. Pointiert gesagt, ob es überhaupt so etwas gibt wie eine Seele, und wenn ja, was mit Seele gemeint ist und welche Art von Wirksamkeit ihr im menschlichen Leben zugeschrieben werden darf. Diese Frage ist sowohl phänomenologisch zu lesen als Frage nach den Erscheinungsweisen dessen, was mit dem Begriff Seele bezeichnet wird, als auch ontologisch als Frage nach der spezifischen Seinsart dessen, was sich in seelischen Phänomenen äußert. Sich diesen Fragen zu stellen, ist für Psychotherapeuten insofern essentiell, da sie doch ihrer Profession gemäß dazu antreten, so etwas wie die Seele bzw. das seelische Leben des Menschen zu heilen. Wer sich als Psychotherapeut diesen Fragen nicht stellt, kommt in Verdacht, nicht zu wissen, was er tut oder tun sollte.

1. Positionen in der gegenwärtigen Leib-Seele-Diskussion

Um die Diskussion verstehen und einordnen zu können, ist es wichtig, den Hintergrund zu kennen, d.h. die verschiedenen grundlegenden Positionen und die wichtigsten Argumente.[1] Im Groben kann man in der gegenwärtigen Debatte zwei große Lager unterscheiden: die Dualisten und die Physikalisten (Naturalisten), deren Positionen jeweils wieder in leicht variierten Gestalten auftreten.

a) Dualistische Positionen

Der Dualismus vertritt die These, dass es „neben“ dem Physischen auch Nicht-Physisches gibt, eben das Mentale, und dieses nicht auf das Physische reduziert werden kann, sondern einen ontologisch eigenständigen Bereich bildet. Unter dem Mentalen versteht man alle psychischen und geistigen Zustände und Ereignisse.

Der Dualismus tritt in verschiedenen Varianten und demgemäß in unterschiedlicher Stärke und mit je anderem ontologischen Anspruch auf: Als *Substanzdualismus* vertritt er die Auffassung, dass der Mensch nicht nur aus einem Körper, sondern zusätzlich auch aus einer Seele besteht, die als unabhängige immaterielle Substanz das eigentliche Selbst darstellt und nach dem Tod auch ohne den Körper weiter existieren kann.[2]

In seiner schwächeren Form begegnet er uns als *Eigenschaftsdualismus*. Dieser nimmt im Hinblick auf den Menschen an, dass die Person gleichermaßen physische und mentale Eigenschaften besitzt, wobei letztere ontologisch insofern selbstständig sind, als sie selbst unkörperlich sind und nicht auf physische Eigenschaften reduziert werden können.

Diese Formen des Dualismus setzen, philosophisch betrachtet, normalerweise nicht nur eine Nichtidentität von Körper und Seele voraus, sondern gehen auch von einer kausalen Wechselwirkung zwischen dem Physischen und dem Mentalen aus. Diese lässt sich ihrerseits nur denken, wenn man die kausale Geschlossenheit der physischen Wirklichkeit leugnet und gleichzeitig eine kausale Wirkmächtigkeit des Mentalen behauptet. Positionen, die diese Thesen implizieren, werden als *interaktionistischer Dualismus* bezeichnet.

Im weiteren Sinn könnten natürlich auch alle Gestalten eines nicht-reduktiven Physikalismus in gewissem Maß als dualistisch bezeichnet werden, insbesondere der Epiphänomenalismus (ursprünglich Thomas Huxley, weiter entfaltet von Frank Jackson), der wohl die Realität und Eigenart des Mentalen anerkennt, allerdings annimmt, dass mentale Zustände und Ereignisse bloß unwirksame Begleiterscheinungen von physischen, insbesondere neuronalen Prozessen sind. Dieser Theorie nach bringen körperliche Realitäten wohl mentale Phänomene hervor, diese bleiben aber kausal völlig wirkungslos.

Den eigentlichen Angriffspunkt der dualistischen Positionen, allen voran des interaktionistischen Dualismus, stellt die psychophysische Wechselwirkung dar, die für diese Interpretation konstitutiv ist, in der philosophischen Auseinandersetzung von den Kritikern aber als unlösbares Problem bzw. als innerer Widerspruch betrachtet wird.

b) Physikalistische (naturalistische) Positionen

Die physikalistischen Positionen lassen sich dadurch charakterisieren, dass sie in unterschiedlichem Ausmaß die ontologische und kausale Autonomie des Mentalen zurücknehmen. Die Bandbreite reicht von nicht-reduktiven bis hin zu reduktiven Physikalismen.

Der Physikalismus in seiner radikalen (reduktiven) Form pocht auf die Geschlossenheit der naturkausalen Erklärung der Wirklichkeit und behauptet die Identität von physischen und mentalen Entitäten. Das Geistig-Seelische wird auf das Physische reduziert. Die Welt besteht einzig und allein aus physischen Dingen, Zuständen und Ereignissen.[3] Diese Posi-

[1] Vgl. dazu Beckermann, Ansgar: Das Leib-Seele-Problem. Eine Einführung in die Philosophie des Geistes (UTB 2983: Philosophie). Paderborn: Fink 2008; Brüntrup, Godehard: Das Leib-Seele-Problem. Eine Einführung. 3., durchgesehene und erweiterte Auflage. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer 2008; Hermanni, Friedrich / Buchheim, Thomas (Hg.): Das Leib-Seele-Problem. Antwortversuche aus medizinisch-naturwissenschaftlicher, philosophischer und theologischer Sicht. München: Fink 2006; und Niederbacher, Bruno / Runggaldier, Edmund (Hg.): Die menschliche Seele. Brauchen wir den Dualismus? (Metaphysical Research, Bd. 7). Frankfurt am Main [u.a.]: Ontos-Verl. 2006.

[2] Vgl. Beckermann, Das Leib-Seele-Problem, 19.

[3] Vgl. Hermanni, Friedrich: Das Leib-Seele-Problem. Ein heterodoxer Lösungsvorschlag. In: Ders. / Buchheim, Thomas (Hg.): Das Leib-Seele-Problem. Antwortversuche aus medizinisch-naturwissenschaftlicher, philosophischer und theologischer Sicht. München: Fink 2006, 163–179, hier 168.

tion setzt eine strenge Typenidentität voraus, d.h. dass bei der Existenz von physischen Zuständen von einem bestimmten Typ (z.B. Reizungen von A-Delta-Fasern) ipso facto mentale Zustände eines bestimmten Typs (Empfindung eines hellen Schmerzes) bestehen. Das eine ist notwendige und hinreichende Bedingung des anderen. Zudem muss, oder besser gesagt müsste die naturwissenschaftlich-objektive Beschreibung des Zustandes sich inhaltlich total mit der subjektiv-phänomenalen Beschreibung decken.

Als *Substanzphysikalismus* betrachtet diese Theorie den Menschen als rein physisches Wesen, das ausschließlich aus körperlichen Entitäten besteht und keine vom Körper in gewissem Maß unabhängige immaterielle Seele besitzt. Der *Eigenschaftsphysikalismus* ist der Überzeugung, dass mentale Eigenschaften trotz gegenteiliger intuitiver Eindrücke letztlich doch rein physischer Natur sind und daher auf körperliche Eigenschaften zu reduzieren sind.

Als unüberwindlicher Einwand dieses strikt reduktiven Physikalismus stellte sich das Problem der multiplen Realisierung bestimmter mentaler Zustände heraus.[4] Es ist nämlich nicht auszuschließen, dass zwei mentale Zustände desselben Typs durch dem Typ nach unterschiedliche neuronale Zustände realisiert werden.

Deswegen tendieren die meisten Vertreter des Physikalismus zu einem nicht-reduktiven Naturalismus, welcher an der Realität mentaler Entitäten festhält, diesen aber (im Unterschied zu den Dualisten) nicht die Möglichkeit einer körperunabhängigen Existenz zuschreibt, sie vielmehr kausal an ihnen zugrunde liegende physische Zustände gebunden weiß, ohne allerdings zu glauben, sie vollständig auf diese reduzieren zu können.

Die wichtigsten Ausprägungen dieser Position sind die Supervenienztheorie (vgl. Jaegwon Kim), gemäß welcher ein bestimmter physischer Zustand die hinreichende Bedingung für einen bestimmten (nicht unbedingt typengleichen) mentalen Zustand ist (Token-Identitätstheorie bzw. anomaler Monismus; vgl. Donald Davidson), und die Emergenztheorie (Samuel Alexander, Conwy Lloyd Morgan), nach der mentale Zustände als emergente Eigenschaften eines komplexen physischen Systems zu verstehen sind, die wohl von den zugrunde liegenden elementaren Systemkomponenten determiniert sind, dennoch aber nicht restlos auf sie reduziert werden können (Erklärungslückenargument).[5]

In seiner radikalsten Form tritt der Physikalismus als eliminativer Naturalismus auf, der in mentalen Zuständen wie Gedanken, Vorstellungen, Überzeugungen und dergleichen nur Artefakte bzw. Erfindungen der Alltagspsychologie erkennt. In Wahrheit existieren sie aber schlichtweg nicht. Die psychologischen Theorien und mentalen Beschreibungen von Phänomenen können und sollten also früher oder später zur Gänze durch neurophysiologische Theorien ersetzt werden.

2. Cartesianischer Substanzdualismus

Die moderne Leib-Seele-Debatte, insbesondere jene innerhalb der (analytischen) Philosophie des Geistes, ist so, wie sie läuft, mit ihrer Art, die Problemstellungen und Positionen zu formulieren, nur vor dem Hintergrund der Philosophie *René Descartes'* zu verstehen. Er entwickelte ein Wirklichkeitsverständnis, das *zum einen* den klassischen Substanzdualismus begründete und *zum anderen* zu einem grundlegenden Wandel der Bedeutung dessen führte, was Seele ist.

Damit war der ontologische Rahmen vorgegeben, in dessen Horizont sich die Auseinandersetzung mit dem Leib-Seele-Verhältnis sowohl in den rationalistischen Systemen (Spinoza, Leibniz) als auch im englischen Empirismus und deren späten Nachfahren, der Analytischen Philosophie, abspielt.

Doch wie kam Descartes zu diesen Thesen? Sein Leib-Seele-Dualismus ergibt sich einerseits aus seiner metaphysischen Deutung der Wirklichkeit und andererseits aus einer naturphilosophisch argumentierenden Transformation der Seele.

Das metaphysische Argument für den Leib-Seele-Dualismus setzt bei der rationalistischen Grundprämisse seiner Metaphysik an, der zufolge alles, was ist, eine Idee qua Vorstellung sein muss. Das heißt, was immer für uns Wirklichkeit ist, muss in irgendeiner Weise als Gedachtes, als Idee, als Begriff vorkommen. Entscheidend für die Wahrheit menschlicher Erkenntnis ist die Qualität dieser Ideen. Deshalb ist nach Descartes das entscheidende Kriterium der Wahrheit die *„clara quaedam et distincta perceptio"*, die klare und distinkte Einsicht in eine Sache,[6] die einzig und allein dem Zweck dient, klare und deutliche Begriffe (*ideae clarae et distinctae*) von den Dingen zu gewinnen, statt in dunklen und verworrenen Vorstellungen (*ideae obscurae et confusae*) verhaftet zu bleiben.[7] Unter Anwendung des radikalen methodischen Zweifels kommt Descartes zur Überzeugung, dass es eine einzige unerschütterliche Wahrheit für den Menschen gibt, nämlich die absolut sichere Erkenntnis der eigenen Existenz als einer *res cogitans*: „Und so komme ich, nachdem ich nun alles mehr als genug hin und her erwogen habe, schließlich zu der Feststellung, daß dieser Satz ‚Ich bin, ich existiere (ego sum, ego existo)', sooft ich ihn ausspreche oder in Gedanken fasse, notwendig wahr ist."[8] Aus diesem Zusammenhang von Sein und Bewusstsein ergibt sich auch die Antwort auf die weitere Frage, was dieses Ich, dessen Existenz sich als evident erwiesen

[4] Vgl. Brüntrup, Das Leib-Seele-Problem, 105ff.

[5] Vgl. Clayton, Philip: Emergenz und Bewusstsein. Evolutionärer Prozess und die Grenzen des Naturalismus. Aus dem Englischen von Gesine Schenke Robinson (Religion, Theologie und Naturwissenschaft / Religion, Theology, and Natural Science, Bd. 161). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008.

[6] Vgl. Descartes, René: Meditationen über die Grundlagen der Philosophie/Meditationes de prima philosophia. In: Ders., Philosophische Schriften in einem Band. Mit einer Einführung von Rainer Specht und „Descartes' Wahrheitsbegriff" von Ernst Cassirer. Hamburg: Meiner 1996, Med. III, 2. „Und somit glaube ich bereits als allgemeine Regel aufstellen zu dürfen, daß alles das wahr ist, was ich ganz klar und deutlich einsehe (illud omne esse verum, quod valde clare et distincte percipio)." Ebd.

[7] Vgl. ebd., Med. II, 12; und ebd., Med. III, 19–21.

[8] Ebd., Med. III, 3.

hat, nun quasi der Essenz nach ist. Es ist unbezweifelbar ein denkendes Wesen, eine *res cogitans*. Denn das Denken allein „kann von mir nicht getrennt werden. Ich bin, ich existiere, das ist gewiß. Wie lange aber? Nun, solange ich denke.“[9] Während vieles andere bezweifelt werden kann, ist es eine unbezweifelbare Tatsache, dass ich, insofern ich bin, „Geist, Seele, Verstand, Vernunft (mens, sive animus, sive intellectus, sive ratio)“[10] bin.

Da nun Descartes davon ausgeht, dass alles, was ich als denkendes Ding klar und deutlich einsehe, grundsätzlich auch existieren kann, erscheint ihm ein Dualismus von Körper und Geist zwingend. Denn insofern ich einerseits klar und deutlich einsehe, dass mein Wesen allein im Denken besteht (d.h. dass ich eine klare und deutliche Idee von mir als denkendem, aber unausgedehnten Wesen habe), mir andererseits aber auch evident ist, dass alle Körper inklusive meinem eigenen allein mit der Eigenschaft des Ausgedehntseins existieren können (d.h. dass ich eine klare und deutliche Idee von meinem Körper als einem ausgedehnten, nicht denkendem Wesen habe), muss ich annehmen, dass ich, d.h. mein Geist, wahrhaft von meinem Körper verschieden bin und ich ohne ihn existieren kann.[11] Nach dem Grundsatz, dass die klare Unterschiedenheit in den Begriffen eine eindeutige Unterschiedenheit in der Sache bedeutet, sind das Körperliche und das Geistige demnach zwei unterschiedliche Dinge, genauer gesagt, zwei unterschiedliche Substanzen. Substanzen deswegen, weil nach Descartes eine Substanz „ein Ding (bzw. Entität) [ist], das so existiert, daß es keines anderen Dinges (keiner anderen Entität) bedarf, um zu existieren (rem, quae ita existit, ut nulla alia re indigeat ad existendum)“[12].

Die konkrete Leib-Geist-Einheit, also der Umstand, dass beim Menschen Geist und Körper als zwei unterschiedliche Substanzen real verbunden sind, ist nicht notwendig, sondern rein faktisch. Allerdings ist diese faktische Zusammensetzung nicht bloß akzidentell. Denn mein Geist ist bei meinem Körper nicht bloß wie der Steuermann in seinem Schiff anwesend. Vielmehr bin ich nach Descartes mit meinem Körper „ganz eng (...) verbunden (coniunctum) und gleichsam vermischt (quasi permixtum) (...), so daß ich mit ihm eine Einheit bilde (adeo ut unum quid cum illo componam)“[13].

Zum anderen resultiert der Substanzdualismus aus einer neuen Interpretation der Seele. An die Stelle der in der aristotelischen Tradition als Lebensprinzip verstandenen Seele tritt der seiner selbst bewusste Geist. Mit anderen Worten, die *psyche* wird zugespitzt – man könnte mit gutem Recht auch sagen: reduziert – auf die *res cogitans*.

Das Wesen der Materie besteht nach Descartes in ihrer Ausgedehntheit. Materie wird daher als Kontinuum, das jeglichen Vakuums entbehrt, begriffen. Ausdehnung ist daher gleichbedeutend mit Raum und Materie. Ihre grundlegenden Modi, also ihre wechselnden Zustände, sind allein Bewegung und Gestalt. Da Kraft nach Descartes eine suspekte metaphysische Größe darstellt und von ihm abgelehnt wird, führt er alle Aktivität innerhalb der *res extensa* auf mechanische Prinzipien, namentlich auf Stoß und Druck, zurück. Auch Organismen bestehen seiner Meinung nach nur aus Korpuskeln der drei Grundformen von Materie und sind daher nichts weiter als mathematisch-mechanisch strukturierte Automaten mit einer besonderen Vollkommenheit. Zur Erklärung der verschiedenen Lebensvollzüge und natürlichen Veränderungen wie Bewegung, Wachstum, Wahrnehmung usw. greift Descartes nicht mehr auf besondere Vermögen der Seele wie z.B. die *vis augmentativa* im Falle des Wachstums zurück, sondern deutet sie als rein mechanische Vorgänge. Beseeltheit bildet dementsprechend auch nicht mehr das Kriterium für die Unterscheidung zwischen *belebter* und *unbelebter* Natur, wie dies in der antiken und auch noch in der mittelalterlichen Tradition üblich war.[14]

Vor diesem Hintergrund kann Descartes auch den menschlichen Leib nicht mehr in seiner organischen Lebenseinheit mit der Seele sehen, sondern bloß als *„machina membrorum“*[15], als mathematisch berechenbare *res extensa* mit maschinenhaften Qualitäten, deren Lebensvollzüge streng mechanistisch im Sinne der physikalischen Kausalität erklärbar sind. Der Unterschied zwischen einem lebendigen und einem toten Menschen liegt nicht an der Seele, sondern an der Funktionstüchtigkeit der menschlichen Körpermaschine bzw. – wie Descartes wörtlich sagt – des *„machinamentum humani corporis“*[16].

Ein derartiges Leibverständnis hat natürlich auch Auswirkungen auf den Begriff der Seele. Wenn nämlich die gesamte Natur, anorganische wie organische, rein mechanisch erklärbar und die Seele als Lebensprinzip obsolet geworden ist, muss man sich fragen: Welche Bedeutung bleibt da noch für die Seele übrig bzw. muss dann nicht der *ganze* Mensch (und nicht bloß sein Körper) als Maschine begriffen werden, wie es später dann die französischen *Materialisten*[17] und auf metaphysischer Basis auch *Gottfried Wilhelm Leibniz* († 1716) behauptet haben?

Descartes will diesen radikalen Schluss aber noch nicht

[9] Ebd., Med. II, 6.
[10] Ebd.
[11] „... da ich ja einerseits eine klare und deutliche Vorstellung meiner selbst habe, sofern ich nur ein denkendes, nicht ausgedehntes Wesen bin (quatenus sum tantum res cogitans, non extensa), und andererseits eine deutliche Vorstellung vom Körper, sofern er nur ein ausgedehntes, nicht denkendes Wesen ist (quatenus est tantum res extensa, non cogitans) – so ist, sage ich, soviel gewiß, daß ich von meinem Körper wahrhaft verschieden bin und ohne ihn existieren kann.“ Ebd., Med. VI, 9.
[12] Ders., Principia philosophiae / Die Prinzipien der Philosophie. Lateinisch-deutsch. Übers. und hrsg. von Christian Wohlers (Philosophische Bibliothek, Bd. 566). Hamburg: Meiner 2005, hier I, 51.
[13] Ders., Meditationen über die Grundlagen der Philosophie/Meditationes de prima philosophia, Med. VI, 13.
[14] Vgl. Aristoteles, Ü ber die Seele. Griechisch-deutsch. Mit Einleitung, Übersetzung (nach W. Theiler) und Kommentar hrsg. von Horst Seidl. Griechischer Text in der Edition von Wilhelm Biehl und Otto Apelt (Philosophische Bibliothek 476). Hamburg: Meiner 1995, II.2, 413a 21–22.
[15] Vgl. Descartes, Meditationen über die Grundlagen der Philosophie/Meditationes de prima philosophia, Med. II, 5.
[16] Vgl. ebd., Med. VI, 17.
[17] Vgl. Julien Offray de La Mettries berühmtes Buch *L'homme machine* aus dem Jahre 1747.

ziehen, sondern an der Existenz von einer Art menschlicher Seele festhalten. Die Möglichkeit ihrer Rettung sieht er darin, sie mit dem (rein) Geistigen, mit der denkenden Substanz zu identifizieren. Schließlich könne der Mensch in seiner Ganzheit ohne das Geistige als Geistiges nicht erklärt werden. Die Seele qua Denken muss dem Menschen zugesprochen werden, und zwar als Bedingung der Möglichkeit seiner Fähigkeit zu sprechen und vernünftig zu handeln, da diese Fähigkeiten über die Kapazität und Ausdrucksmöglichkeiten von Maschinen oder physischen Systemen hinausgehen.[18]

3. Organische Einheit von Leib und Seele

Zunehmend mehr Philosophen sehen inzwischen die Probleme, die sich aus den Positionen des Substanzdualismus und Eigenschaftsdualismus auf der einen und jener des Physikalismus auf der anderen Seite ergeben,[19] und arbeiten an anthropologisch-erkenntnistheoretischen Ansätzen, welche der Einheit und gleichzeitigen Unterschiedenheit und Nichtreduzierbarkeit von Leib und Seele gerecht zu werden versuchen. Ein derartiger Versuch soll auch hier unternommen werden.

a) Seele als Seinsprinzip des Körpers (forma corporis) nach Aristoteles

Ein möglicher Weg zum genannten Ziel scheint mir darin zu liegen, auf das aristotelische Verständnis der Seele zurückzugreifen, dieses zu aktualisieren und es unter Bedachtnahme auf die Ergebnisse der modernen Naturwissenschaften weiterzuentwickeln.[20]

Gegenüber materialistischen oder quantitativen Vorstellungen begreift Aristoteles die Seele als das Prinzip eines Lebewesens bzw. als die durch alle spezifischen Veränderungen sich durchhaltende Form des lebendigen Körpers.[21] Die Form im aristotelischen Sinn ist das Prinzip der Verwirklichung und Lebendigkeit des konkreten Seienden, d.h. das, wodurch ein Lebewesen das ist, was es ist. Insofern der Lebensvollzug eines Lebewesens durch dessen körperliche Organe bedingt ist, definiert Aristoteles die Seele schließlich als „die erste Verwirklichung *(entelécheia hê prôtê)* eines natürlichen organischen Körpers, der in Möglichkeit Leben hat“[22]. Verwirklichung meint hier die grundlegende, den organischen Körper in seiner Vitalität und seinem wesensgemäßen Sein konstituierende Aktivität.[23] Körper und Seele sind zwar nicht identisch, aber dennoch untrennbar aufeinander bezogen. Der konkrete Leib des Menschen ist immer schon der durch die Seele lebendige Körper und die Seele immer die den Leib wesensgemäß verwirklichende Form, sodass die Lebensvollzüge eben solche der Art dieses Lebenswesens sind.

Die Seele ist daher das immanente Prinzip der wesensmäßigen Einheit und Ganzheit eines konkreten Lebewesens. Es wäre daher laut Aristoteles völlig verkehrt zu fragen, ob Körper und Seele eine quantitative Zweiheit oder Einheit bilden, wie es auch unsinnig wäre angesichts einer Wachsfigur zu fragen, ob das Wachs und dessen Figur eine numerische Einheit bilden. Das Verhältnis von Seele und lebendem Körper kann daher weder ein Verhältnis zwischen zwei getrennten Entitäten sein noch selbst eine zusätzliche ontische Größe darstellen. Aristoteles lässt also keinen Substanzdualismus und auch keinen darauf fußenden Interaktionismus, als ob Leib und Seele zwei eigene Aktionszentren wären, zu. Denn die Seele agiert nicht dem lebenden Körper gegenüber, um ihn zu verwirklichen, sondern der lebende Körper ist aktiv bzw. das konkrete Lebewesen verwirklicht sich durch die Seele. „Es ist vielleicht besser, nicht zu sagen, die Seele habe Mitleid oder lerne oder denke, sondern der Mensch durch die Seele (Kraft der Seele).“[24] Umgekehrt kann man auch nicht sagen, dass der lebende Körper der Seele gegenüber aktiv ist, da ja die Seele die erste, grundlegende Vollendung des Körpers ist. Es handelt also immer der ganze Mensch, der Person ist, auch wenn er nicht immer personal handelt, und jeder seiner Seinsvollzüge wirkt sich in je eigener Weise auf seine Seele *und* seinen Leib aus.

Als Prinzip der Verwirklichung eines in bestimmter Weise beschaffenen Körpers ist die Seele der Ermöglichungsgrund der spezifischen Lebensvollzüge des Lebewesens in der je eigenen Art. In diesem Sinn begreift Aristoteles die menschliche Seele als das Prinzip, „wodurch wir primär leben, wahrnehmen und denken“[25]. Das Verhältnis der einzelnen Seelenvermögen zueinander ist derart, dass die höheren jeweils auf den niedrigeren aufbauen und diese enthalten. Sie enthalten jene allerdings nicht als aktuelle, eigenständige Teile, sondern potentiell-integrativ.[26] Die einzelnen Seelenvermögen sind demnach nicht real trennbare Teile, sondern nur dem Begriff nach zu unterscheiden.[27] Es ist die eine naturgemäße, dem ei-

[18] Vgl. Descartes, René: Discours de la méthode pour bien conduire sa raison, et chercher la verité dans les sciences / Von der Methode des richtigen Vernunftgebrauchs und der wissenschaftlichen Forschung. In: Ders., Philosophische Schriften in einem Band. Mit einer Einführung von Rainer Specht und „Descartes’ Wahrheitsbegriff“ von Ernst Cassirer, Hamburg: Meiner 1996, hier V, 10.

[19] Vgl. Hermanni, Das Leib-Seele-Problem. Ein heterodoxer Lösungsvorschlag, 174.

[20] Vgl. Voigt, Uwe: Wozu brauchte Aristoteles den Dualismus? Oder: Warum sich der aktive Geist nicht naturalisieren läßt. In: Niederbacher, Bruno/Runggaldier, Edmund (Hg.): Die menschliche Seele. Brauchen wir den Dualismus? (Metaphysical Research, Bd. 7). Frankfurt am Main [u.a.]: Ontos-Verl. 2006, 117–152; Liske, Thomas: Läßt sich eine aristotelische Zwischenposition zwischen Dualismus und Physikalismus konzipieren? In: Niederbacher, Bruno / Runggaldier, Edmund (Hg.): Die menschliche Seele. Brauchen wir den Dualismus? (Metaphysical Research, Bd. 7). Frankfurt am Main [u.a.]: Ontos-Verl. 2006, 197–220; Buchheim, Thomas: Sômatikê energeia. Ein aktualisierter Vorschlag des Aristoteles zur Lösung des Leib-Seele-Problems. In: Hermanni, Friedrich / Buchheim, Thomas (Hg.): Das Leib-Seele-Problem. Antwortversuche aus medizinisch-naturwissenschaftlicher, philosophischer und theologischer Sicht. München: Fink 2006, 85–106.

[21] Vgl. Aristoteles, Über die Seele, II.1, 412a 20–21. Übersetzung der aristotelischen Texte jeweils durch den Verfasser.

[22] Ebd., II.1, 412a 27–412b 1.

[23] Vgl. ebd., II.1, 412a 13.

[24] Ebd., I.4, 408b 13–15.

[25] Ebd., II.2, 414a 12–13.

[26] Vgl. ebd., II.3, 414b 20–415a 13., [27] Vgl. ebd., II.2, 413b 27–29.

genen Wesen entsprechende Grundaktivität, die sich in bestimmten Einzelaktivitäten des konkreten Lebewesens äußert. Die Seele ist also jeweils das einzige, ganzheitliche Seins- und Lebensprinzip eines Lebewesens. So hat der Mensch nicht mehrere Seelen, sondern es ist immer der Mensch (als Person), der bestimmte psychische Tätigkeiten vollbringt, die jeweils mit bestimmten Aktivitäten in gewissen Teilen seines Leibes und mit dessen Grundaktivität und Lebendigkeit als ganzer konditional verbunden sind. Das aristotelische Konzept schließt, so wie es sich bisher gezeigt hat, also auch einen Eigenschaftsdualismus aus.

b) Das Problem mit dem *„Geist von draußen“*

Von dieser integrativen Seelen-Ganzheit sind alle psychischen Vermögen erfasst, auch das Denkvermögen im Sinne des diskursiven Denkens *(dianoeîn)*. Probleme bereitet Aristoteles allerdings die Vernunft *(noûs)*, die geistige Einsicht. Diese – so sagt er – scheint eine andere Gattung von Seele zu sein[28] und könnte eine Eigenschaft der Seele sein, die der Seele so sehr eigentümlich ist, dass sie nur ihr und nicht auch dem Körper qua ihrem Träger zukommt.[29] Die Vernunfteinsicht, das *„noeîn“*, gleicht eher „einem Ruhen und Bei-etwas-Stehen als einer Bewegung“[30] und entspricht insofern mehr dem genuinen Wesen der Seele, die ja als selbst unbewegtes Prinzip betrachtet werden muss.[31] Schließlich ist *der Mensch* verliebt und schenkt seiner Geliebten eine Rose (d.h. befindet sich in Bewegung) und nicht seine Seele. Während alle anderen seelischen Vermögen (inklusive dem diskursiven Denken) indirekt-akzidentell mit Bewegung verbunden sind, ist die geistige Schau, die reine *„theôría“*, keiner Veränderung der Zustände unterworfen.

Gemäß dieser Analyse ihrer Tätigkeit scheint die Vernunft, so Aristoteles, „als eine gewisse Substanz einzutreten und nicht zu vergehen“[32]. Die Aktivität des Geistes, das vernünftige Einsehen *(noeîn)* und Betrachten *(theôreín)*, kann wohl verschwinden, und zwar dann, wenn etwas innen im Menschen vergeht, nämlich die sie bedingenden physischen Korrelate, aber die Vernunft selbst und das vernünftige Einsehen an sich sind immun gegen Zersetzungserscheinungen. Sie sind unzerstörbar und unvergänglich.[33] So kommt Aristoteles zu dem Schluss, dass die Vernunft als solche „wohl etwas Göttlicheres und leidensunfähig“[34] ist.

Diesen Gedanken entwickelt er in seiner Schrift *Von der Zeugung und Entwicklung der Tiere (De generatione animalium)* zu der berühmten These vom „Geist von draußen *(*noûs poiêtikós*)*“ weiter. Im Zusammenhang mit der Frage, wann, wie und woher die geistbegabten Lebewesen ihre Vernunft *(noûs)* bekommen, erörtert er die Möglichkeit, ob die Seelenvermögen bereits vor der Zeugung des konkreten Menschen existieren und sukzessive in das Lebewesen eintreten oder nicht, und erklärt dann, dass jene Vermögen, die auf eine körperliche Aktivität hingeordnet oder an eine solche gebunden sind, nicht wie ein Abgetrenntes von außen dazukommen können. Das gilt grundsätzlich für alle Seelenvermögen mit Ausnahme des Geistes. „Es bleibt aber übrig, dass allein der Geist von draußen noch dazu hereinkommt und dass er allein göttlich ist; nichts an seiner Tätigkeit hat nämlich etwas mit körperlicher Aktivität gemeinsam.“[35] Dieser Geist von draußen weist jene Eigenschaften auf, die Aristoteles dann auch dem vernünftigen Seelenteil, insbesondere ihrem aktiven Vermögen, der sogenannten „aktiven Vernunft“, dem *voûs poiçtikós*, zuschreibt.[36]

Damit dürfte aber auch deutlich geworden sein, dass das aristotelische Seelen-Modell nicht spannungsfrei, sondern ambivalent ist: Die anti-dualistische Konzeption, die wir bei der Beschreibung der Seele als *forma corporis* und bei der Darstellung des Verhältnisses der Seelenteile gesehen haben, bekommt eine dualistische Note im Hinblick auf den aktiven Geist und sein Verhältnis zum Körper und den anderen Seelenteilen. Diese Diskrepanz ist schlichtweg nicht wegzudeuten.

4. Aristotelische Inspiration der existenzanalytischen Anthropologie

Offensichtlich ist Aristoteles hinsichtlich seiner Konzeption des „Geistes von draußen“ von den Nous-Vorstellungen mancher Vorsokratiker – etwa von Anaxagoras, auf den er in *Perì psychês* mehrfach verweist[37] – und Platons beeinflusst, die meinten, der Nous müsse eine göttlich-übermenschliche, unsterbliche Größe sein. Die metaphysische Grundstruktur der Anthropologie hängt in diesem Kontext demzufolge entscheidend von der Frage ab, was für ein ontologischer Status dem (aktiven) Geist im Ganzen des Menschseins eingeräumt wird.

a) Frankls dualistische Tendenz

Viktor E. Frankl greift bei seinem Versuch, den Menschen als Einheit und Ganzheit zu denken, ebenfalls auf das aristotelische Einheits-Modell zurück, isoliert und übersteigert aber die Sonderstellung des Geistigen so sehr, dass platonisch-dualistische Tendenzen – zumindest im Sinne eines Eigen-

[28] Vgl. ebd., II.2, 413b 24–26.
[29] Vgl. ebd., I.1, 403a 3–8. Hier zeigt sich, dass Aristoteles sich nicht gänzlich vom dualistischen Begriff des Menschen lösen kann, da dieses Argument indirekt doch die Voraussetzung einer dualistischen Unterscheidung von Körper und Seele macht.
[30] Ebd., I.3 407a 32–33.
[31] Vgl. ebd., I.4, 408a 30–408b18.
[32] Ebd., I.4, 408b 18–19.
[33] Vgl. ebd., I.4, 408b 24–25.
[34] Ebd., I.4, 408b 29.
[35] Aristoteles: Fünf Bücher von der Zeugung und Entwicklung der Tiere / Peri zôiôn genesços, biblia 5. Übers. u. erl. von Hermann Aubert. Neudr. d. Ausg. Leipzig 1860 (Werke, griechisch und deutsch und mit sacherklärenden Anmerkungen, Bd. 3). Aalen: Scientia-Verlag 1978, hier II.3, 736b 27–29.
[36] Ders., Über die Seele, III.5, 430a17–18.
[37] Vgl. ebd., III.4, 429a 18–19; und ebd., III.4, 429b 24.

schaftsdualismus – bei der Hintertür wieder hereinkommen. Er lehnt bewusst das Schichtenmodell M. Schelers und N. Hartmanns ab,[38] weil die metaphorische Rede von Schichten und Stufen getrennte Seinsbereiche suggeriert, und beschreibt das Verhältnis von Leib, Seele und Geist mit Hilfe der sogenannten „Dimensionalontologie".[39] Das Leibliche, Psychische und Geistige des Menschen als Dimensionen zu verstehen, erhellt die Tatsache, dass diese Phänomene in gewissem Sinn einander widersprechen, in gewissem Sinn – nämlich auf eine niedrigere Dimension reduziert – aber auch verwechselbare, mehrdeutige Ähnlichkeiten ergeben, im Hinblick auf das Sein des Ganzen aber dennoch in ihrer differenten Eigenart einander zu einer Ganzheit ergänzen.[40] Frankl sieht in der Dimensionalontologie also die Möglichkeit, den Menschen als eine „leib-seelisch-geistige Einheit und Ganzheit"[41] philosophisch zu fassen und im Sinn der „Einheit trotz der Mannigfaltigkeit"[42] der einen menschlichen Seinsweise trotz ontologisch differenten Seinsarten gerecht zu werden. Bisweilen wird die Meinung vertreten, der Begriff „Dimensionalontologie" sei nicht von Frankl selbst, sondern erst von seinen Interpreten zur Beschreibung seiner Position fälschlicherweise verwendet worden, was zu irreführenden ontologischen Deutungen geführt habe. In Wahrheit hat Frankl seinen Versuch, die spezifisch menschliche Eigenart der Existenz philosophisch zu erfassen, mehrfach sehr bewusst „Dimensionalontologie" genannt.[43] Wenn er von ontologischen Differenzen zwischen den genannten Dimensionen sprach, intendierte er aber nicht drei eigene Substanzen oder getrennte Seinswirklichkeiten, sondern wollte den unterschiedlichen Seinsarten und –vollzügen des einen Seienden gerecht werden.

In der Ausfaltung dieses Ansatzes tritt allerdings auch sehr deutlich ein philosophisch fragwürdiger Hiatus zu Tage. Während Frankl das Verhältnis zwischen Somatischem und Psychischem als Parallelismus begreift (was für sich allein schon eine nicht zu unterschätzende Problematik enthält), zieht er zwischen dem Geistigen und dem Psychophysikum eine scharfe Grenze. Er spricht in diesem Zusammenhang von einem „psychonoetischen Antagonismus"[44], der wesentlich auf dem Phänomen der „Trotzmacht des Geistes"[45] beruht. Die scharfe Grenzziehung ergibt sich sowohl aus dem Wesen des Geistigen als auch aus der Eigenart menschlicher Existenz. Denn das Geistige selber ist „wesentlich ein Sich-abgrenzendes, *ein Sich-abhebendes*"[46]; und „Ex-sistieren" als typisch menschlicher Daseinsvollzug bedeutet für Frankl in Anlehnung an Heidegger ein „aus sich selbst heraus- und sich selbst gegenübertreten"[47]. Diese Art der Selbst-Distanzierung und der Selbst-Zuwendung beschreibt er vielfach als Akt, in dem die geistige Person dem Leib-Seelischen quasi als lenkende Instanz bzw. Gebieterin gegenübertritt.

Nun fügt Frankl wohl hinzu, dass es sich bei diesem Gegenüber-Treten „nicht durchwegs um ein Entgegen-treten handeln muß"[48] – er spricht deswegen auch von einem „*fakultativen* psychonoetischen Antagonismus"[49] – und dass es sich dabei primär um eine therapeutische Funktion handle. An vielen Stellen tritt aber dennoch der Gegensatz und das herrscherliche Entgegentreten des Geistes sehr bestimmend hervor, so sehr, dass der Leib sogar zum Instrument des Geistes depotenziert erscheint. Diese Tendenz zeigt sich unverkennbar dort, wo Frankl das Verhältnis der geistigen Person zum psychophysischen Organismus mit jenem des Musikers zu seinem Instrument vergleicht und wörtlich sagt: „Die Beziehung zwischen geistiger Person und somatischem Organismus ist eine instrumentale; der Geist instrumentiert das Psychophysicum – die geistige Person organisiert den psychophysischen Organismus – ja, sie macht ihn überhaupt erst zu ‚ihrem', indem sie ihn zum Werkzeug macht, zum Organon, zum instrumentum."[50]

Dieses Zitat kann den Zug zu einer dualistischen Abgehobenheit des Geistigen[51] nicht verleugnen und erinnert unmittelbar an Platons Mythos vom Seelenwagen im Dialog *Phaidros*, in dem die Seele mit einem Pferdegespann verglichen wird, bei dem die Vernunft bzw. der Geist *(noûs)* die Rolle des Lenkers des Pferdegespanns, quasi des Psychophysikums, innehat.[52] In dieselbe Richtung weist auch die Aussage Frankls: „Der Mensch ‚hat' Leib und Seele – aber er

[38] Vgl. Schüssler, Werner: Der „un-bedingte" Mensch. Viktor E. Frankls Beitrag zur Philosophischen Anthropologie. Prof. Dr. Klaus Reinhardt zum 65. Geburtstag. In: Trierer Theologische Zeitschrift 109/2 (2000) 102-123, hier 108f.; und Liske, Läßt sich eine aristotelische Zwischenposition zwischen Dualismus und Physikalismus konzipieren?, 200f.

[39] Vgl. Frankl, Viktor E.: Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, in: Ders. / von Gebsattel, Viktor E. / Schultz, Johannes H. (Hg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie – unter Einschluß wichtiger Grenzgebiete, Bd. 3. München/Berlin: Urban & Schwarzenberg 1959, 663–736, hier 666–672.

[40] Vgl. Frankl, Viktor E.: Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse (Geist und Psyche: Fischer Taschenbuch 42302). Frankfurt am Main: Fischer 1994, 46–48.

[41] Ders., Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, 667.

[42] Frankl, Viktor E.: Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber[2] 1996, 125.

[43] Vgl. u.a. ders., Ärztliche Seelsorge, 46–51.

[44] Vgl. ders., Der leidende Mensch, 148.

[45] Vgl. ders., Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, 666; ders., Ärztliche Seelsorge, 124–135; und ders., Der leidende Mensch, 148.

[46] Ebd., 147.

[47] Ders., Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, 665.

[48] Ders., Der leidende Mensch, 148f. Vgl. auch ders., Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, 666.

[49] Ders., Der leidende Mensch, 148. Hervorhebung durch den Verfasser.

[50] Ebd., 107.

[51] Vgl. auch ders., Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, 677.

[52] Vgl. Platon: Phaidros. In: Ders., Phaidros. Parmenides. Briefe. Bearbeitet von Dietrich Kurz. Griechischer Text von L. Robin, A. Diès und J. Souilhé. Deutsche Übers. von F. Schleiermacher und D. Kurz (Werke in acht Bänden. Griechisch-deutsch. Hrsg. von Gunther Eigler, Bd. 5). Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft 1990, 1–193, hier 246a–249d.

‚ist' Geist."[53] Demgegenüber gilt es aber festzuhalten, dass der Mensch nicht nur Leib *hat*, sondern dass er auch sein Leib *ist*. Im Rahmen der strengen Gegenüberstellung des Geistigen und des Psychophysikums taucht bei Frankl zudem auch der aristotelische Gedanke vom „Geist θυραθεν"[54] auf. Ihm schreibt er eine eindeutige ontologische Priorität und die das Psychophysikum gestaltende, aber auch bestimmende und quasi beherrschende Funktion zu. In diesem Sinne meint Frankl, dass es – was in Wahrheit übrigens ganz unaristotelisch ist[55] – legitim sei, von zwei Seelen im Menschen zu sprechen, nämlich von einer Geistseele und einer Leibseele, wobei erstere die *forma formans* und letztere ihr gegenüber die *forma formata* sei.[56]

b) Neuinterpretation des aristotelischen Ansatzes

Damit dürfte klar geworden sein, dass es große Probleme mit sich bringt, das Geistige des Menschen vom sogenannten Psychophysikum völlig abzuheben, wie es umgekehrt unhaltbar wäre, die Seele als eine die einzelnen materiellen Bestandteile zu einem funktionierenden Ganzen ordnende Struktur physikalistisch einzuebnen. Unter der Voraussetzung und Anwendung der grundlegenden aristotelischen Topoi ist es möglich, den Menschen als Ganzheit zu denken. Denn versteht man die Seele (inklusive ihres Geistvermögens) als die erste Verwirklichung des Leibes, dann erscheint weder Seele noch Geist als eine dem Körper ontologisch getrennt gegenüberstehende Größe, sondern als das Prinzip des Soseins des Menschen als Menschen. Damit wird der Mensch als ontische Einheit und Ganzheit gedacht. Erste Verwirklichung bedeutet bei Aristoteles die ontologische Mitte zwischen der rein potentiellen Anlage und der aktuellen Verwirklichung einer Fähigkeit, dem sogenannten *actus secundus*, und könnte als eine Art entfaltete Disposition verstanden werden.[57] Die zweite Wirklichkeit etwa des geistigen Vermögens, d.h. der konkrete geistige Vollzug des Menschen, erweist sich unter diesen Voraussetzungen als ein Geschehen, das *einerseits* rückgebunden ist an einen organisch adäquat strukturierten Körper als seiner notwendigen Bedingung (z.B. an die neuronale Aktivität als seinem biologischen Korrelat) und das *andererseits* als zweite Verwirklichungsstufe gleichzeitig eine über die ermöglichende Bedingung hinausgehende ontologische Qualität aufweist, im konkreten Fall etwa insofern, als sie das Vermögen der Freiheit, des Selbstbewusstseins und des Gewissens darstellt.

Der aktive Geist des Aristoteles könnte daher – unter Berücksichtigung der Tatsache, dass wir heute wissen, dass jede geistige Tätigkeit auf körperliche Aktivität angewiesen bleibt – als der *„apex animae humanae"*, als die Spitze der menschlichen Seele und ihrer zum Mensch- und Personsein disponierenden Kraft gedeutet werden. Als reine Aktualität begründet und besagt er die fundamentale Intentionalität und die mit ihr verbundene dialogische Grundstruktur des In-der-Welt-Seins des Menschen. Das heißt: Der aktive Geist ist die Bedingung der Möglichkeit des Personseins des Menschen ebenso wie die Bedingung der Möglichkeit jeglicher konkreten Erkenntnis.

Was bedeutet es für das Menschsein, wenn die Seele die erste Verwirklichung des organischen Leibes und der Geist dessen zweite Verwirklichung bzw. die spezifische Verwirklichung der Verwirklichung ist? Der Mensch ist kraft seiner geistigen Struktur immer schon im größeren Horizont der Umwelt und Mitwelt zu Hause, insofern ihm dieser Horizont als Raum der Freiheit, des Angesprochen- und Herausgefordertseins und des personalen Antworten-Könnens eröffnet ist. Insofern es sich dabei aber um die zweite Verwirklichung handelt, ist der in dieser Form des In-der-Welt-Seins aber immer auch mit seiner leiblichen und seelischen Wirklichkeit aktiv involviert. Außerdem kann der „aktive Geist" nicht als ein rein individueller Geist, nicht einfach nur als die Fähigkeit eines isoliert gedachten Subjekts im Sinne des neuzeitlichen Individualismus und Subjektivismus begriffen werden. Vielmehr tritt hierbei auch eine überindividuelle Wirklichkeit in Erscheinung, die als eine dem Einzelnen vorgängige Bedingung des Daseins und Soseins des Menschen, theologisch gesprochen, als schöpfungsmäßige Vorbedingung des Seins, verstanden werden kann. Diese Form der Geistigkeit, die man im Sinne Heideggers als Existential bezeichnen könnte, darf vor allem auch nicht auf eine bloß „rationale" Aktivität reduziert werden. Sie meint eine intentionale Verbundenheit mit der Wirklichkeit im Ganzen, wobei diese Intentionalität nicht nur in der geistigen Dimension des Menschen, sondern noch fundamentaler in seiner emotionalen und leiblichen Dimension zum Ausdruck kommt. Der Mensch ist eben als Ganzer offen auf alles andere Sein und findet sich immer schon organisch-lebendig eingebunden ins Ganze vor.

Weiters wird im Rahmen des hier dargestellten Verständnisses der Leib-Seele-Einheit deutlich, dass der Körper des Menschen immer schon Leib ist, d.h. immer als organische Einheit mit der seelisch-geistigen Dimension betrachtet werden muss. Es gibt keine leiblichen Vollzüge, in denen nicht der Mensch als seelisch-geistiges Wesen und damit auch als Person potentiell mit präsent ist. Und umgekehrt gibt es keine geistigen Akte, in denen nicht in gewissem Maß auch der Mensch in seiner leiblich-seelischen Dimension mit am Werk ist und ihm als Bedingung oder Prägung seinen Stempel mit aufdrückt.

Das wirft auch ein neues Licht auf das Personverständnis. Person kann nicht als *etwas* im Menschen, sei es als das Freie oder sei es das Geistige im Menschen, verstanden werden. Der Mensch als Ganzheit ist Person. Wenn davon gesprochen wird, dass das Freie oder Geistige *im* Menschen die Person sei, dann impliziert man in dieser Redeweise suggestiv und indirekt den abgetrennten aristotelischen Geist, der als solcher dann auch die dualistisch-antagonistische Funktion ge-

[53] Frankl, Der leidende Mensch, 112.
[54] Ebd., 117.
[55] Von Aristoteles weicht Frankl auch in einem anderen wesentlichen Punkt ab. Er bezeichnet nämlich den Geist als *„reine Dynamis"* (Ders., Der leidende Mensch, 147), während für Aristoteles der *noûs* thúrathen, um den es hier geht, reine Aktualität ist.
[56] Vgl. ders., Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie, 669, Anm. 1.
[57] Vgl. Liske, Läßt sich eine aristotelische Zwischenposition zwischen Dualismus und Physikalismus konzipieren?, 210f.

genüber dem Psychophysikum übernimmt. Geist als zweite Wirklichkeit des Leibes macht uns bewusst, dass der psycho-noetische Antagonismus, wie Frankl ja ursprünglich intendierte, wirklich nur eine heuristische Methode sein darf. Die Praxis lehrt, dass mit dieser Methode eine tiefe existentielle Wirklichkeit im Menschen angesprochen wird. Zugleich schwebt immer das Damokles-Schwert des Dualismus und der dualistischen Instrumentalisierung des Leibes über ihr. Eine Neuinterpretation des Aristoteles macht bewusst, dass es beim psycho-noetischen Antagonismus nie auf einen Widerstreit zwischen dem Ich qua Geist und dem Psychophysikum hinauslaufen darf. Im Eigentlichen kann es nur um ein Gespräch „Ich mit mir qua geist-seelisch-leibliches Ganzes", d.h. um eine Selbstbegegnung der Person mit sich selbst gehen. Dabei mag im Subjektpol dieses Selbstgesprächs stärker das Geistige und im Objektpol stärker das Leiblich-Seelische im Vordergrund stehen, ontologisch und phänomenologisch gesehen ist aber in jedem der Pole auch der andere jeweils mit präsent.

Die in diesem Abschnitt vorgelegte Interpretation des Geistes und ihrer Implikationen für das Verständnis des Menschseins ist zwar nicht durchwegs genuin aristotelisch. Man kann sie aber durchaus als aristotelisch im Sinne einer Weiterentwicklung betrachten. Zugleich hat sie sich als ein Ansatz erwiesen, der auch für die existentialanalytische Anthropologie von großer Bedeutung ist. Denn diese vermag sich in ihm zum Teil wiederzuerkennen, zum Teil kann sie sich aber auch zur Korrektur herausgefordert wissen. Nicht zuletzt sei vermerkt, dass mit diesen Überlegungen – auch ob des vorgegebenen Rahmens – nicht mehr als ein erster Schritt einer konstruktiven Auseinandersetzung in diesem Sinne unternommen werden konnte.

Literatur

Alexander S (1927) Space, time and deity, 2 Vols. London: Macmillan

Aristoteles (1978) Fünf Bücher von der Zeugung und Entwicklung der Tiere/Peri zôiôn genesços, biblia 5. Übers. u. erl. von Hermann Aubert. Neudr. d. Ausg. Leipzig 1860 (Werke, griechisch und deutsch und mit sacherklärenden Anmerkungen, Bd. 3). Aalen: Scientia-Verlag

Aristoteles (1995) Über die Seele. Griechisch-deutsch. Mit Einleitung, Übersetzung (nach W. Theiler) und Kommentar Seidl H (Hg). Griechischer Text in der Edition von Wilhelm Biehl und Otto Apelt (Philosophische Bibliothek 476). Hamburg: Meiner

Beckermann A (2008) Das Leib-Seele-Problem. Eine Einführung in die Philosophie des Geistes (UTB 2983: Philosophie). Paderborn: Fink

Brüntrup G (2008) Das Leib-Seele-Problem. Eine Einführung. durchgesehene und erweiterte 3. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer

Buchheim T (2006) Sômatikê energeia. Ein aktualisierter Vorschlag des Aristoteles zur Lösung des Leib-Seele-Problems. In: Friedrich H, Buchheim T (Hg) Das Leib-Seele-Problem. Antwortversuche aus medizinisch-naturwissenschaftlicher, philosophischer und theologischer Sicht. München: Fink, 85–106

Clayton P (2008) Emergenz und Bewusstsein. Evolutionärer Prozess und die Grenzen des Naturalismus. Aus dem Englischen von Schenke Robinson G (Religion, Theologie und Naturwissenschaft/Religion, Theology and Natural Science, Bd. 161). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Davidson D (1985) Handlung und Ereignis (engl.: Essays on actions and events). Übers. von Joachim Schulte. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Descartes R (1996) Meditationen über die Grundlagen der Philosophie / Meditationes de prima philosophia. In: Ders., Philosophische Schriften in einem Band. Mit einer Einführung von Rainer Specht und „Descartes' Wahrheitsbegriff" von Ernst Cassirer. Hamburg: Meiner

Descartes R (1996) Discours de la méthode pour bien conduire sa raison, et chercher la verité dans les sciences / Von der Methode des richtigen Vernunftgebrauchs und der wissenschaftlichen Forschung. In: Ders., Philosophische Schriften in einem Band. Mit einer Einführung von Rainer Specht und „Descartes' Wahrheitsbegriff" von Ernst Cassirer. Hamburg: Meiner

Descartes R (2005) Principia philosophiae / Die Prinzipien der Philosophie. Lateinisch-deutsch. In: Wohlers C (Hg) und Übers. (Philosophische Bibliothek, Bd. 566). Hamburg: Meiner

Frankl V E (1994) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse (Geist und Psyche: Fischer Taschenbuch 42302). Frankfurt am Main: Fischer

Frankl V E (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber

Frankl V E (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Ders., v. Gebsattel V E, Schultz J H (Hg): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie – unter Einschluß wichtiger Grenzgebiete, Bd. 3. München/Berlin: Urban & Schwarzenberg, 663-736

Hermanni F (2006) Das Leib-Seele-Problem. Ein heterodoxer Lösungsvorschlag. In: Ders., Buchheim T (Hg): Das Leib-Seele-Problem. Antwortversuche aus medizinisch-naturwissenschaftlicher, philosophischer und theologischer Sicht. München: Fink, 163–179

Hermanni F, Buchheim T (Hg) (2006) Das Leib-Seele-Problem. Antwortversuche aus medizinisch-naturwissenschaftlicher, philosophischer und theologischer Sicht. München: Fink

Huxley TH (1874) On the hypothesis that animals are automata, and its history. In: Fortnightly Review 22, 555–580

Jackson F (1982) Epiphenomenal Qualia. In: Philosophical Quarterly 32, 127–136

Kim J (1993) Supervenience and mind. Selected philosophical essays (Cambridge studies in philosophy). Cambridge [u.a.]: Cambridge Univ. Press

Liske T (2006) Läßt sich eine aristotelische Zwischenposition zwischen Dualismus und Physikalismus konzipieren? In: Niederbacher B, Runggaldier E (Hg) Die menschliche Seele. Brauchen wir den Dualismus? (Metaphysical Research, Bd. 7). Frankfurt am Main [u.a.]: Ontos-Verl., 197–220

Morgan C L (1923) Emergent Evolution. London: Williams and Norgate

Niederbacher B, Runggaldier E (Hg) (2006) Die menschliche Seele. Brauchen wir den Dualismus? (Metaphysical Research, Bd. 7). Frankfurt am Main [u.a.]: Ontos-Verl.

Platon (1990) Briefe. In: Ders., Phaidros. Parmenides. Bearbeitet von Dietrich Kurz. Griechischer Text von L. Robin, A. Diès und J. Souilhé. Deutsche Übers. von F. Schleiermacher und D. Kurz (Werke in acht Bänden. Griechisch-deutsch. Hrsg. von Gunther Eigler, Bd. 5). Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft, 1–193

Schäfer C (Hg) (2007) Platon-Lexikon. Begriffswörterbuch zu Platon und der platonischen Tradition. Darmstadt: Wiss. Buchges.

Schüssler W (2000) Der „un-bedingte" Mensch. Viktor E. Frankls Beitrag zur Philosophischen Anthropologie. Prof. Dr. Klaus Reinhardt zum 65. Geburtstag. In: Trierer Theologische Zeitschrift 109/2, 102–123

Voigt U (2006) Wozu brauchte Aristoteles den Dualismus? Oder: Warum sich der aktive Geist nicht naturalisieren läßt. In: Niederbacher B, Runggaldier E (Hg) Die menschliche Seele. Brauchen wir den Dualismus? (Metaphysical Research, Bd. 7). Frankfurt am Main [u.a.]: Ontos-Verl., 117–152

Anschrift des Verfassers:
Ao.Univ.Prof.Dr. Emmanuel J. Bauer
Theologische Fakultät, Franziskanergasse 1/4
A- 5020 Salzburg
emmanuel.bauer@existenzanalyse.org

Das eingefleischte Selbst

Existenz und Psychosomatik

Unser Körper ist die Hälfte der Seele
(K. Gibran)

Alfried Längle

Existenz ist ganzheitliches Sein, d.h. es geschieht leibhaftig und in der Welt. Die Welt ist uns nicht anders als körperlich vermittelt. Im Körper zu sein ist primäres In-der-Welt-Sein.
Vor dem Hintergrund dieser anthropologischen Konstitution des Menschen erhält der Körper eine tragende und zugleich vermittelnde Rolle im Lebensvollzug. Wie aber wirkt sich diese Rolle auf die Psyche aus? Wodurch kann dieses Zusammengehen von Psyche und Körper so gestört werden, daß der Körper unter der Psyche erkrankt?
Da die existentiellen Grundmotivationen ein Konstrukt darstellen, welches vom In-der-Welt-Sein des Menschen ausgeht, bietet es sich an, die psychodynamischen und existentiellen Grundlagen zu beschreiben, durch die es zu psychisch bedingten Störungen im Körper kommen kann. So kann aus der EA ein theoretisches Verständnis psychosomatischer Störungen entwickelt werden, das wiederum Grundlage für spezifische therapeutische Intervention wird.
Nach einer Reflexion des Leib-Seele Problems in der EA werden sowohl psychosomatische Funktionsstörungen als auch psychosomatische Krankheiten unter existentiellen Gesichtspunkten beschrieben.

Schlüsselwörter*: Anthropologie, Existenzanalyse, existentielle Grundmotivationen, Psychodynamik, Psychosomatik*

The Self in the Flesh
Existence and Psychosomatics

Existence is holistic being, i.e. embodied being in the world. Existence in EA is described by the existential fundamental motivations. They contain the psychodynamic basis which may provoke psychic disorders in the body. Drawing on clinical experience and derived from numerous theories of psychosomatics and theories of resource-enhancement, an anthropological picture and an etiological understanding of psychosomatic diseases is developed, which also offers a subjectively felt link between the body and psyche. Hence a psychosomatic disorder is characterized mainly by a blockage of the 2nd and 3rd fundamental motivations combined with an exaggerated reaction of the 1st and 4th FMs, thus resulting in the typical functional activism. Psychopathologically, one may start out with a simultaneous concurrent disorder, mutually inhibiting and therefore "masked" depression and hysteria. The personal-spiritual process of the appropriation of information is characterized by reduced reception of "impression" and development of "position-taking". – A case study exemplifies the description of this existential analytical approach to psychosomatics.

Key words*: existential analysis, psychosomatics, anthropological concept of man, existential fundamental motivations, psychodynamics*

1. Anthropologische Grundlagen Frankls

Die Rolle des Körpers ist für die Existenz fundamental. Existieren ist *leibhaftig sein*. Das Dasein in der Welt ist körperlich vermittelt. In der Welt sein heißt Leib sein. Im Körper sein – körperlich sein – ist die originäre Form des in der Welt Seins. Ist Urform des Könnens: Ich bin, nehme Raum ein, behalte den Platz, beziehe mich zum Sein – lasse sein – *Ur-Können*. – Körper ist *Ur-Erleben*. Wir brauchen die Körpererfahrung, um erleben zu können, um Werte zu fassen. Denn Fühlen findet im Körper statt. An ihm fühlen wir das Leben. Werden Werte gefühlt, so verbindet uns das mit uns selbst. Dann kann der Mensch *mehr sein*, was er ist; kann ganzheitlicher sein. Kann mehr *spüren*, was das *Seinige*, was das Richtige ist. Der Körper ist immer tragend zugegen. – Wenn wir etwas in der Welt *verändern* wollen, brauchen wir den Kör-

per. Der Geist allein ist machtlos; er wäre verloren in der Welt.

In-der-Welt-Sein heißt, seinen Körper auch zu sich zu nehmen, sich in seinem Körper-Sein zu akzeptieren – „sich“, d.i. in seiner Ganzheit, die nur eine körperliche sein kann. – Aus solchen anthropologischen Überlegung beschäftigt uns im besonderen, wie der Körper mit den anderen „Anteilen“ des Mensch-Seins zusammenwirkt und wie sich das bei der Entstehung und Behandlung von Krankheiten auswirkt. Dies führt hinüber in das Thema der Psychosomatik.

Psychosomatik kann als Beschäftigung mit der Wechselwirkung zwischen psychisch-geistigen Kräften und materieller Substanz umrissen werden. Voraussetzung für eine solche Untersuchung ist, daß ein Zusammenhang zwischen beiden besteht, und es sich nicht um von einander unabhängige Dimensionen, Entitäten, Bereiche oder wie immer man sie nennen möchte, handelt. Wenn wir psychosomatische Reaktionen beobachten können, muß es eine Verbindung geben zwischen den beiden so unterschiedlichen Schichten am Menschen. Aber wie ist ein solcher Zusammenhang zu denken?

Das klassische **Modell** für diesen Zusammenhang von Körper und Psyche hat Frankl (1959, 665f – vgl. auch Bauer 2009) in der EA zugrundegelegt. Mit Thomas v. Aquin sprach er (Frankl 1975, 181f) vom Menschen als einer „unitas multiplex“ – einer Einheit und Ganzheit trotz einer „Mannigfaltigkeit“ divergierender Kräfte, deren Dynamik Frankl erstmals als aus einer zentralen Mitte auseinanderstrebende Dimensionen dargestellt hat (Abb. 1).

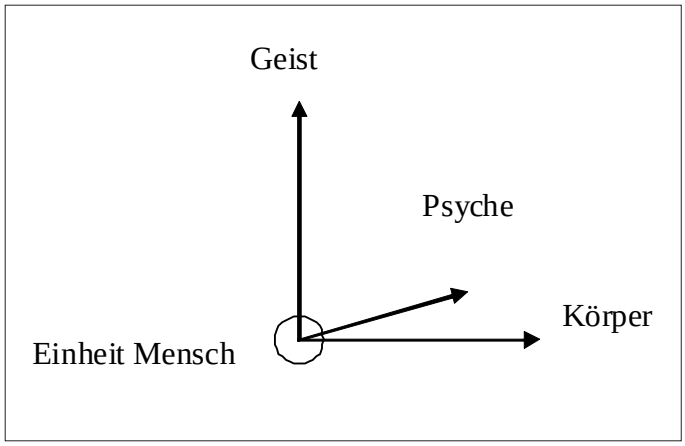


Abb1: Einheit Mensch trotz Vielfalt in den Kräften

Thomas v. Aquin hat das Verhältnis zwischen Seele und Leib sehr eng und dynamisch gedacht. Für ihn galt, was zum grundlegenden Verständnis des Mittelalters bis heute wurde: ***anima forma corporis***, d.h. die Seele ist des Körpers Form. Es ist also die Seele, die den Körper organisiert, ihm Funktion und Form gibt. Ohne Seele kann der Körper nichts, er ist Leiche. Mit dieser Vorstellung greift Thomas auf Aristoteles zurück, von wo der Satz und das Denken seinen Ursprung hat. Das bedeutet, die Seele drückt sich im Körper aus, der Körper ist Ausdrucksfeld der Seele. Alles, was in der Seele geschieht, hat seinen körperlichen Ausdruck und Niederschlag (Beck 2003). Bei Thomas ist die Seele die Substanz, somit die Grundlage alles Körperlichen. Rein körperliche Phänomene gelten daher als Ausdruck der geistig-seelischen Kräfte, der Substanz des Psycho-Physischen. So gesehen gäbe es keinen Dualismus Körper – Seele, sondern es handelte sich um einen *Unitarismus* (ebd.)

Angemerkt sei noch, daß Karl Rahner den Leib in keiner so straffen Anbindung zur Seele sieht, sondern als Symbol der Seele, während Hans Urs von Balthasar den Leib als Gestalt der Seele beschreibt (ebd.).

Frankl folgt Thomas nicht ganz. Sein Denken war geprägt vom Substanzdenken der scholastischen Philosophie. So erhielten die drei anthropologischen Dimensionen (Abb. 1) doch die Charakteristik *unterschiedlicher Substanzen*, also somit eines gewissen Eigenlebens – was zur Annahme eines ***psychophysischen Parallelismus*** führte: Körper und Psyche sind zwar verschieden (der Körper folgt physikalisch-chemischen Gesetzen, die Psyche psychodynamischen), aber schwingen gemeinsam (es drängt sich die Assoziation auf: sind irdischen Ursprungs). Doch zwischen Geist und Psyche gibt es kein gemeinsames Schwingen. Im Gegenteil, sie laufen auseinander, verhalten sich gegenläufig, ziehen in verschiedene Richtungen, wie Streckermuskeln und Beugermuskeln (Frankl 1959, 666). Während Psyche und Körper unter einer Decke stecken und sich parallel verhalten, besteht ein Spalt zwischen Geist und Psychophysikum (Frankl 1979, 17ff), eine Wesendifferenz.

Eine Begründung, warum Körper und Psyche parallel schwingen, und Psyche und Geist antagonistisch, gibt Frankl allerdings nicht.

Die in der Franklschen Anthropologie dominierenden Muster Parallelismus und Antagonismus helfen zur Beschreibung wichtiger Aspekte am Menschen. So unterstreicht das Modell die große Nähe des Psychosomatischen: das körperliche Mitgehen bei allem Psychischen, das Psychische Beteiligtsein bei allem Körperlichen. Und es verschafft dem Geistigen einen exquisiten Platz: die Freiheit des Geistes erhält die dezidierte Möglichkeit, ja Aufgabe, mit dem Psychophysikum umzugehen, sich zu ihm zu verhalten, da der Geist von allem Anfang an ein bißchen auf Distanz zum Physischen und Psychischen steht (vgl. die Zusammenfassung bei Bauer 2009) und so immer wieder auf Distanz zu ihm gehen kann (Selbst-Distanzierung).

Abb. 2: Aus der Vielfalt erwachsene Dynamiken: Verkörperung des Psychischen im somatischen Mitschwingen, Aus-ein-ander-Setzung des Geistes mit dem Psychophysikum: Einheit Mensch trotz Vielfalt in den Kräften

Dieses Menschenbild könnte der Psychosomatik und der ursächlichen Verknüpfung von Psyche und Körper als Modell dienen, doch es hat einen Nachteil: aus ihm ist nicht ersichtlich, wie der Parallelismus zustande kommt. Außerdem ist in diesem Modell die Wechselwirkung zwischen autonomem Geist und psychophysicher Ebene durch die we-

senhafte Differenz der Dimensionen als nicht gegeben angesehen. Es bleibt somit die Frage, wie der Körper mit der Psyche mitschwingt, wie beide ineinander „verzahnt“ sind. Diese Frage ist eine grundsätzliche Frage danach, ob Psyche und Körper verschieden oder eins sind. Wenn sie verschieden sind – wie kann die Psyche in den Körper eingreifen?

Über die Art der Verschränkung von Psyche und Körper gibt Frankl (1982, 75-86) bereits sehr moderne Antworten. Er verweist auf die Brückenstellung, die das Vegetative Nervensystem gemeinsam mit den basalen Hirnganglien hat. Auch war die Rolle der Hormone bereits bekannt, die über die Blutbahn vitale Information an die Peripherie des Körpers heranträgt. Beide nehmen auch im heutigen Verständnis der Psychosomatik eine zentrale Rolle ein.

2. Die anthropologische Sicht der EA heute

Während früher das Interesse in der Anthropologie mehr dem Spezifischen des Menschen galt, dem, wodurch er sich vom Tier unterscheidet, wird heute mehr auf die Art der naturalen Einbindung des Menschen geachtet. Eine vergleichbare Änderung der Sicht vollzog sich auch in der Existenzanalyse, in der das Einheitliche und Verbindende in der Anthropologie mehr in den Vordergrund gerückt ist als das Trennende und Unterschiedliche zur Natur (zur aktuellen Reflexion der existenzanalytischen Anthropologie vgl. auch Bauer 2009).

Konkret wirkt sich das so aus, daß wir heute mehr das Subjekthafte als das Objekthafte betonen, das Sein als das Haben, das Gefühlte als das Gedachte, die noo-psycho-physische *Einheit*, die Ganzheitlichkeit des *ICH*, statt seiner unterschiedlichen Dimensionen.

Waldenfels (2000, 12) sieht auch noch die Leiblichkeit verwoben in einer Vieldimensionalität. Dadurch ergibt sich ein interessanter Ansatz, der die erlebbare Differenz zum Geistigen zu beschreiben vermag: Der Leib in seiner Verwobenheit bringt den Menschen in eine Distanz zu sich selbst: „Ich betone, daß der Außenbezug, der Bezug auf Anderes, auf Dinge oder andere Lebewesen mit zum Leib gehört und mich in eine Fremdheit mir selbst gegenüber versetzt. Ich bin nicht einfach zu Hause in meinem Leib, ich bin zwar immer dabei, doch in einer gewissen Ferne zu mir selbst.“

Unter einem solchen Gesichtspunkt erscheint die menschliche *Einheit* mit einem ineinander verwobenen Schwingen der einzelnen Erscheinungsweisen („Dimensionen“) ein und desselben, das jeweils *spezifischen Aufgaben* nachgeht: der Körper dem Weltbezug, die Psyche dem Lebensbezug, die Person dem Selbstbezug bzw. Bezug zum anderen, das aktive Handeln der Entwicklung und dem Werden.

Dabei kommt der geistigen Kraft des personalen Ichs eine besondere Bedeutung zu. Als geistiges Band hat das personale Ich eine integrative Potenz. Diese integrative Kraft kommt der Person aus der unbewußten Tiefe zu und „spricht“ zum Ich, stellt als ein energetisches Feld das *einheitsstiftende Personsein* dar. Dies könnte als anthropologische Grundlage für das (theologische) Äquivalent der Seele gelten, von der es die Vorstellung gibt, daß sie im Sterben „ausgehaucht“ wird.

Bei einer solchen *durchdrungenen Integrität* sind Person und Psychisches auch im Körper und das Körperliche bildet sich auch im Psychischen und Geistigen ab. Wir *sind* körperlich; wir *haben* nicht nur unseren Körper. Darin sind zumindest drei praktische Konsequenzen begründet:

a) Psychisches und Geistiges sind mit dem Körperlichen *vergleichbar*, die Prozesse laufen *homolog* ab, weil sie Erscheinungsweisen der Einheit Mensch sind. Das heißt z.B., daß die Informationsaufnahme oder das psychische Verarbeiten von Konflikten strukturell homolog zur körperlichen Nahrungsaufnahme abläuft und darum verglichen werden kann (etwa „in kleinen Bissen“ aufgenommen wird, oder daß Konflikte „verdaut werden“). Es wird auch homolog erlebt.
b) Auf der Grundlage des einheitlichen Seins sind die Dimensionen auch *gemeinsam aktiviert*. Sie schwingen in einem Takt, wenngleich in unterschiedlicher Orientierung gemäß ihren Aufgaben, doch sind sie „informiert“ von einander, „*wissen*“ um die anderen, und stehen funktional bereit.
c) Die Dimensionen können sich ein Stück weit gegenseitig *entlasten*, wenn eine Überforderung in einer Dimension auftritt. So haben sie füreinander eine teilweise *Kompensations*-Funktionen. Darin kommt der andere Aspekt der Dimensionen zum Vorschein, jener der Unterschiedlichkeit und des *Antagonismus*. Ist jemand z.B. durch eine mathematische Aufgabe geistig überfordert, kann er *Kopfschmerz* bekommen und/oder gleichzeitig sehr *müde* oder *lustlos* werden. So sind die anderen Dimensionen präsent und stehen jener Dimension bei, die „in Not“ ist, veranschaulichen etwa, was es braucht (z.B. Ruhe, Abstand in diesem Beispiel). Die Hilfe wird durch die aufgabenspezifische und prozeßspezifische *Unterschiedlichkeit* der Dimensionen möglich, wodurch das Problem auf eine andere Ebene kommt und dort in einem neuen Licht sichtbar wird. Hier wird eine antagonistische Zusammengehörigkeit sichtbar. Durch diese Veränderung der Information erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Lösung (z.B. man läßt die Aufgabe über Nacht liegen). Würde sich das Problem nicht so im Körper und in der Psyche abbilden, dann wäre die Wahrscheinlichkeit größer, daß erfolglos weitergemacht würde.

Das Charakteristische dieser Sicht ist eine Flexibilität dank der Einheitlichkeit. Statt starrer Abgrenzungen erscheint nun alles in einem Fließen, in einem „fortlaufenden und gegenseitig sich erhellenden, in sich geschlossenen, körperseelischem Hin und Her in kreisartiger Verbundenheit“ (Bräutigam et al. 1997, 77). V. Weizsäcker hat hierfür den Ausdruck „Gestaltkreis“ geprägt (ebd.). Das Leben zeigt sich mit der Stärke seiner hoher Adaptabilität und Kraft. Was hier abläuft erinnert an einen „Dialog“, genauer an eine Vorform von Dialog, in welchem ein *Austausch* zwischen den Dimensionen stattfindet, der einerseits durch die Unterschiedlichkeit möglich ist, andererseits durch ihre Einheit (was wiederum mehr ist als Verbundenheit).

In diesem *Zusammensein* steht der Körper in einem *konstanten Austausch* (in einem „Hin und Her“) mit Psyche und Geist, wie ihrerseits die Psyche mit dem Körper und der Entscheidungsinstanz personales Ich bzw. dieses wiederum mit der lebenserhaltenden Psyche und der Brücke zum In-der-Welt-Sein, dem Körper. Die *Psyche* erscheint in diesem

der-Welt-Sein, dem Körper. Die *Psyche* erscheint in diesem Verständnis *nicht als abgetrennt* von Körper und Geist, etwa durch einen Hiatus, einen „Spalt“. Doch ist hier zu ergänzen, daß sich im Erleben der Ichhaftigkeit etwas abbildet, das an einen „Spalt“ gemahnen kann. Es liegen nämlich zwei Qualitäten der Ichhaftigkeit vor, die als eine spezifische Unterschiedlichkeit der Dimensionen verstanden werden kann: Einerseits sind das „Ich als Körper“ und das „Ich als Psyche“ subjekthaft *und* objekthaft für das Ich als Person, während dieses ausschließlich subjekthaft ist und nicht als sich gegeben empfunden werden kann. Doch muß dieser Unterschied nicht auf eine grundsätzlich andere Wesensform des „Geistigen“ zurückgeführt werden, sondern kann auch als Zeichen der oben erwähnten integrativen Kraft des personalen Ichs verstanden werden, die eben als solche sich nicht mehr selbst verobjektivieren kann.

Das bisher Gesagte kann durch ein *Bild* veranschaulicht werden: Körper und Psyche sind vom *Odem des Geistigen* „durchweht“ und Körper und Geist sind vom *„Saft“ des Psychischen* „durchtränkt“, so daß sie nicht nebeneinander oder gar abgetrennt von einander bestehen, sondern *gegenseitig durchdrungen* und ineinander verwoben sind. Dabei geht die jeweilige Erscheinungsweise aus der je anderen hervor. Es handelt sich um eine Emergenz. Jede Dimension ruht auf der anderen auf: Das Psychische ist „getragen“ vom Körperlichen und durch das Geistige mit ihm verbunden. Damit schwingt im Psychischen auch das Körperliche und Geistige mit. So ist das Psychische auch Ausdruck des Körperlichen und Geistigen, ist aber auch noch anders, weil es nicht „das selbige“ wie Körper und Geist ist. Und so verhält es sich mit dem geistigen Ich, das getragen ist vom Psychischen und Körperlichen, die ihm ein *„dialektisches Korrelat“* für das Geistige darstellen.

Eine solche Betrachtung des Menschen zeichnet ihn konzeptionell als *komplexes* Geschehen, weil es gleichzeitig als *Einheit* und als aufgabenspezifische *Unterschiedlichkeit* gedacht werden muß. Wir haben die Schwierigkeit einer solchen Beschreibung am Beispiel des einheitsstiftenden personalen Ichs graphisch mit zwei einander überlappenden Kreisen gelöst, sodaß Einheit und Unterschiedlichkeit gleichzeitig zur Darstellung kommen:

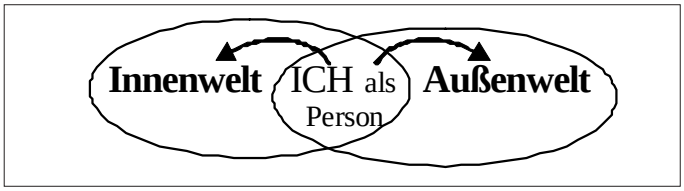


Abb. 3: Einheit und Unterschiedlichkeit des Ich als Person, nämlich zugleich Anteil an Innenwelt und Außenwelt zu haben, was die Einheit des Ich ausmacht, obwohl bzw. weil es an unterschiedlichen Welten zugleich teil hat.

Das Bild mag als Veranschaulichungshilfe dienen. Offen ist, ob sich die ganze Anthropologie mit einem schematischen Bild (vielleicht als drei überlappende Kreise oder als zwei überlappende Kreise in einem größeren dritten Kreis?) aussagekräftig darstellen läßt.

Es ist in dieser Sicht des Menschen durchaus möglich, neben der Einheit der Dimensionen auch einen *Antagonismus* zu beschreiben, aber er bleibt nur ein Teilaspekt in dieser Anthropologie. Würde er als prinzipielles Charakteristikum der Dimensionen dargestellt, entstünde ein falsches, weil einseitiges Bild des Menschen.

3. Phänomenologische, existenzanalytische Anthropologie anhand der Grunddimensionen der Existenz

Die gegenseitige gänzliche Durchdringung der Dimensionen in diesem anthropologischen Modell leitet sich von der personalen Beziehung des Menschen zu sich selbst und zur Welt ab, wie in Abb. 3 gezeigt. Dieser dynamische Doppelbezug wird getragen von personalen Strukturen, den vier personal-existentiellen Grunddimensionen oder Grundmotivationen (GM)**.** Da sie im Rahmen der Existenzanalyse sehr vertraut sind (Längle 1999, 2002, 2008), sollen sie nur ansatzweise skizziert werden:

1. Beziehung zur *Welt* und ihren Bedingungen
2. Beziehung zum *Leben* und seiner Kraft
3. Beziehung zur *Person*, zur eigenen wie zur anderen
4. Beziehung zur *Zukunft* und zum größeren Zusammenhang

Betrachtet man diese vier Grunddimensionen der Existenz dynamisch, d.h. unter dem Aspekt ihres Vollzugs, so lassen sie sich mit vier Modalwörtern beschreiben:

Interessant ist in unserem Zusammenhang, daß diese Dimensionen durch das einheitliche Erlebniszentrum der Person einen *fraktalen Aufbau* haben, d.h. sie wiederholen sich homolog sowohl in den jeweils anderen Dimensionen als auch in kleineren Einheiten in der eigenen Dimension. Diese Dimensionen sind ineinander repräsentiert und von einander durchdrungen. Für das psychosomatische Denken von größerer Bedeutung ist, daß sie auch mit den anthropologischen Dimensionen von Psyche und Soma verwoben sind. Ihr Muster taucht *modular* immer wieder auf. Damit kommt ihnen ein eigentlicher Bauplancharakter zu, da sie psychische und körperliche Repräsentanzen bilden.

1. Welt → **Können**
2. Leben → **Mögen**
3. Person-Sein → **Dürfen**
4. Zukunft → **Sollen** [⇒ Sinn]

⇒ **Wollen**

Für die Anthropologie hat das eine enorme Bedeutung, denn dadurch sind diese primär geistigen Dimensionen der Grundmotivationen *strukturbildend* für das Körperliche und Psychische**.** M.a.W.: die Grunddimensionen der Existenz, somit die Grundstruktur des personalen Geistes, *durchwirkt mit demselben Bauplan den Körper wie die Psyche.* Oder umgekehrt: Der Bauplan des Körpers und der Psyche enthalten schon die Grundstrukturen der Existenz. Existenz

rung ins Geistige, und nichts substanziell Neues.[1]

Wie sieht nun diese Strukturbildung aus, in der sich das Geistige im Psychischen und Somatischen findet?

3.1 Psychisch sind die Grunddimensionen der Existenz mehrfach repräsentiert:

a) in *psychischen Aktual- oder Situationsgefühlen:* Ruhe (1. GM), Spaß (2. GM), Gefallen (3. GM), „Taugen" („es paßt mir"-Gefühl) (4. GM);
b) in *Grundgefühlen oder Stimmungen*: Mut und Sicherheit (1. GM), Lust und Geborgenheit (2. GM), innere Stimmigkeit (in Resonanz mit sich) und innerer Frieden, Harmonie (3. GM) und ein Gefühl von Fließen (flow) (4. GM).[2]
c) Die Grunddimensionen der Existenz sind auch in den vier Stufen der *Copingreaktionen* fraktal repräsentiert. Diese werden durch negative Amplituden der psychischen Aktual- u/o Grundgefühle ausgelöst: Unsicherheit, Schwere, Ekel, Verlorensein, Leere. In den Copingreaktionen ist eine Weisheit und Erfahrung des Lebens enthalten; in diesem Verständnis sind Copingreaktionen per se nicht als schädlich für das Leben anzusehen, sondern haben das Ziel, dem Leben zu dienen.
d) Sie sind auch in den *Persönlichkeitszügen* der einzelnen Personen überdauernd verankert (z.B. ängstliche, depressive, hysterische Persönlichkeit).
e) Und natürlich sind die Grunddimensionen der Existenz auch in der *Psychopathologie* enthalten (z.B. Angst als anhaltendes Defizit in der 1. GM; Depression – 2. GM usw.).

In diesem anthropologischen Konzept des gegenseitigen Durchdrungenseins wird das Ich als Person immer gesehen als vom Körperlichen und vom Psychischen getragen. Seine geistige Struktur ist auch darin enthalten, Körperliches und Psychisches sind vom Geist durchweht, „beatmet".

3.2 Auch *körperlich* sind die Grunddimensionen der Existenz mehrfach repräsentiert, so daß man sagen kann: Das Personale verdichtet sich auch im Körperlichen. Die für den Lebensvollzug erforderlichen personalen Grunddimensionen verkörpern sich und bilden *körperliche Repräsentanzen* (v. Weizsäcker spricht in seinem Konzept von „Ausdrucksorganen" – vgl. Bräutigam et al. 1997, 77) der geistigen Inhalte. D.h. mit den GM schwingt – neben den psychischen Gefühlen – immer auch ein *körperliches Erleben* mit, das *ständig präsent* ist: bewußt, mitbewußt, unbewußt, mehr oder weniger stark gefühlt. Nicht nur am Gefühl, sondern auch an diesen Ausdrucksorganen können wir ablesen, wie es uns geht. Das ist psychosomatisch wichtig. Denn wenn das Psychische als Indikator ausfällt oder nicht beachtet wird, bleibt noch immer das körperliche Geschehen als Orientierungsgröße.

Außerdem ist für die Praxis wichtig, daß man über den Körper auch einen *Zugang zum Psychischen* hat (Essen, Sport, Gymnastik, Massage, Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Körpertherapie…). Auch das Geistige kann über den Körper erreicht werden (beim Joggen kommen die besten Gedanken!).

Eine erste Skizze der körperlichen Phänomenologie – der Repräsentation der personal-existentiellen Grundstruktur im Körper – gibt die folgende Aufstellung:

1. **GM: Lunge** → Raum und Halt
   ⇒*funktionelles Erleben*[3]*:* freier Raum
2. **GM: Herz-Kreislauf** → Bewegung, Leben, Nähe, Bez.
   ⇒*funktionelles Erleben:* Lebendigkeit
3. **GM: Magen-Darmtrakt** → Abgrenzung, Intimität, Aneignung, (wo Fremdes aufgelöst und angeeignet wird) bei bestehender Offenheit zur Welt; **Immunsystem**
   Sexualorgane repräsentieren das Erleben größter Intimität;
   Gesicht
   ⇒*funktionelles Erleben:* in sich sein, innerliches Strömen, bei Offenheit zu anderen; Einheitsgefühl, Schwingen der Stimmigkeit
4. **GM: Muskulatur, Bewegungsapparat** → Handeln, vollziehen können des Inneren in der äußeren Welt, Gesamtzusammenhang (Kontext) des Lebens
   ⇒*funktionelles Erleben:* „flow" (Czikzenmichaily)

Häute → *Berührungs*-fläche für Nähe, Kontakt, Zärtlichkeit

+ Organ der *Abgrenzung*

(2. + 3. GM)

Wenn wir zusammenfassend nochmals zurückschauen, und den Weg der existenzanalytischen Anthropologie nach verfolgen, so sehen wir, daß in Frankls Schema Parallelismus und Antagonismus bei relativ eigenständigen, starren Dimensionen *nebeneinander* gedacht sind.

Die Existenzanalyse heute sieht die *Einheitlichkeit* und *Unterschiedlichkeit ineinander* verwoben. Dadurch ergibt sich ein komplexes Bild: jede Dimension enthält auch die andere in sich und ist doch verschieden.

4. Theorien zur Genese psychosomatischer Krankheiten

Es werden nun einige gängige psychopathogenetische Modelle zur Entstehung psychosomatischer Krankheiten vorgestellt, sowie auch – was seltener geschieht – ressourcenorientierte Modelle reflektiert. Sie bilden den Hintergrund für die anschließende existenzanalytische Modellbildung auf der Grundlage der Grundmotivationen. Man kann in den verschiedenen Theorien bereits Elemente der Grundmotivationen durchscheinen sehen.

4.1 Psychopathogenetische Modelle

Für die phänomenologische Psychosomatik sind einige Theorien sehr ergiebig:

[1] Das könnte eine Explikation des aristotelisch-thomistischen „anima forma corporis" sein.

[2] Die empirisch gefundenen Grundgefühle (Freude, Interesse - Neugier, Überraschung - Ekel, Ärger, Scham, Traurigkeit, Schuld und Furcht) wurden nur äußerlich anhand erkennbarer Mimik gefunden. Existenzanalytisch sehen wir sie als eine Mischung aus Prozeßgefühlen (Überraschung, Interesse-Neugier), personaler Emotion (z.B. Freude – falls sie nicht einfach „positive Überraschung" bedeutet, Traurigkeit – falls sie nicht auch Depressivität bedeutet, Schuld), Copingreaktion (Ärger) und zuständlichem, psychischem Gefühl (Furcht).

[3] Funktionelles Erleben: Psychisches Erleben, wenn das Organ in Funktion erlebt wird.

a) **Freud** ([1894] 1952, 73) beschreibt in seinem Konversionsmodell eine Umwandlung des verdrängten, abgewehrten psychischen Konflikts in somatische Prozesse, worin sie einen „nach ihrem Affektwert gemäßen Ausdruck“ finden und eine Abfuhr der libidinösen Energie „in somatischen Phänomenen – eben den hysterischen Symptomen“ finden.

Freud hat diese Fähigkeit des Menschen, aus psychischer Energie körperliche Symptome zu erzeugen, mit der *Hysterie* verbunden [3. GM] gesehen, wobei sich die Konversion bei Freud nur auf den Bereich der Willkürmotorik und Sensorik bezieht.

De- und Resomatisierung von Schur (1955): In der Ich-Reifung des Kindes werden die Affekte, die anfangs noch undifferenziert stark an körperliche Prozesse gebunden sind, zunehmend an Ausdrucksverhalten gebunden und immer weniger über körperliche Reaktionen ausgelebt. Frustrationen, Ängste und Bedürfnisregungen werden immer seltener in Bewegungsstürme umgesetzt, sondern werden sprachlich formuliert, eben „desomatisiert“. – Bei psychosomatischen Störungen kommt es zur Ich-Regression; dann beginnen die Primärprozesse wieder zu überwiegen – „Resomatisierung“.

b) Die **Pariser Schule** (Marty, de M’Uzan) erklärte die Psychosomatose mit einer spezifischen *Persönlichkeitsstruktur*, bei der das „*operative Denken*“, das schematisch, assoziationsarm, ohne Abstand zu den Dingen und von mangelnder *Freiheit* zeugt, überwiegt (de M’Uzan 1978, 173) [3. GM + kompensatorisch 1. + 4. GM]. Außerdem bestehe eine *Alexithymie* und „blande *Beziehungsformen*“, bei denen die Assoziationen inhaltlich und zeitlich möglichst eng an die Fakten gebunden sind.

Das ursprüngliche *Konfliktmodell* wich in der weiteren Theorienbildung einer Vorstellung von *Defiziten* in der emotionalen Entwicklung (Uexküll 2008, 280).

c) Der **Situationskreis von Uexküll** (und Wesiak) beschreibt ein *bio-psycho-soziales Modell*, in welchem sich das Kind in einem ständigen Funktionskreis zwischen Genetik, Verhalten und kulturell-sozialer Umwelt seine individuelle kulturspezifische Wirklichkeit aufbaut. Entstehen dabei nicht funktionale Kreise, deren Störung darin liegt, daß die Anpassung an die Um- und Mitwelt nicht gelingt, kommt es zum allgemeinen Anpassungssyndrom mit den charakteristischen *Stressreaktionen* [1. GM – Körpermobilisieung und Gefühlseinengung] und so zur Entwicklung psychosomatischer Störungen.

d) **Gestaltkreis von Viktor v. Weizsäcker**: Körper und Psyche sind nicht parallel geschaltet, sondern in einem fortlaufenden Hin und Her wie auf einem Kreis rotierend miteinander verbunden. Sie sind in sich geschlossen und *erhellen sich gegenseitig* (Bräutigam et al 1997, 77). Körper und Psyche bilden eine Gestalt. Seelisches und Körperliches können sich daher *gegenseitig vertreten*. Sie sind nicht zwei Dinge, und wirken auch nicht aufeinander wie zwei Dinge, sondern ihr Verhältnis ist, daß sie für einander sprechen, daß sie einander wechselseitig darstellen. Der Körper *erläutert* die Seele, spricht für die Seele, die Seele erläutert den Körper, spricht für den Körper (vgl. oben die Auffassung von Thomas v. Aquin und Aristoteles: *anima forma corporis)*.

Für v. Weizsäcker sind nicht nur *funktionelle* Veränderungen am Körper (Erröten, Erbrechen, Herzklopfen, Durchfall) Phänomene seelischen Ausdrucks. Für ihn gibt es auch *Ausdrucksorgane*: Magen, Darm, Lunge, Herz.

v. Weizsäcker sieht die pathogene Dynamik nicht nur durch die Vergangenheit, durch das Gewesene, durch das, was schon passiert ist (z.B. Trauma), sondern auch durch das Ausstehende, das *Noch-Nicht*. Denn auch „das ungelebte Leben und die verhinderte Tat“ sei wirksam (ebd. 78). „In der leiblichen Bereitstellung ist der Mensch auf zukünftige, oft noch nicht klar definierte Situationen ausgerichtet.“ (Bräutigam et al 1997, 78) Erwartungen z.B. haben durch ihre affektive Tönung Einfluß auf psychosomatisches Geschehen.

Zur Bezeichnung dessen, was in jeder *Situation aufgegeben* ist, hat v. Weizsäcker den Begriff *pathische Kategorien* gewählt und nahm die Modalwörter zu Hilfe: *Ich kann, ich muß, ich darf, ich soll, ich will*. „Pathisch“ heißen die Kategorien, weil Leben nicht nur ein Vorgang ist, sondern immer erlitten, erfahren, erlebt wird. Die pathischen Kategorien verweisen darauf, daß Leben nicht nur als Dasein gegeben ist, sondern wesentlich zur Entscheidung aufgegeben ist. Das Können, Müssen, Dürfen, Wollen und Sollen enthält somit den Zwang zur Entscheidung und Stellungnahme. In dieser Form durch getätigte oder unterlassene Entscheidungen und Stellungnahmen existentiell verstrickt zu sein und in Widerstreit mit sich selbst, mit anderen, mit Institutionen etc. zu geraten, ist konstitutiv für die Konflikte und Krisensituationen der Leidenden. Das bedeutet, nicht das, was ist, nicht die Fakten bestimmen die Krankheit, sondern die pathischen Kategorien.

D.h. die Welt ist dem Menschen subjektiv gegeben im Spiegel des Könnens, Müssens usw.

Die Bedeutung der Theorie von v. Weizsäcker für die Existenzanalyse ist enorm und liegt in der weitgehend gleichen Denkweise begründet, worauf als erster Rothe (1992) hingewiesen hat.

e) **Wirsching** (1996) faßt zusammen, daß heute Einigkeit darin bestehe, daß „die psychosomatische Persönlichkeitsstruktur auf der Grundlage früh einsetzender und lang anhaltender Beeinträchtigungen der Lebensentwicklung entsteht.“ (ebd. 20) Es gibt also Vertreter, die von einer psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur sprechen und die Auffassung vertreten, daß eine solche eine langdauernde Entwicklung hat. „Bedeutsam sind vor allem Störungen der *Trennungs- und Verselbständigungsprozesse* (der Individuation) in der Kindheit und Adoleszenz… Es entsteht eine Grundstörung**,** wie sie in den 70er Jahren in den Narzißmus-Konzepten Heinz Kohuts (1974) und Otto Kernbergs (1984) theoretisch und klinisch weiter erforscht wurde.“ (ebd.) [Das verweist auf die 2. + 3. GM.] Sie leiden unter der Erfahrung abrupter, unvorhersehbarer Wechsel großer menschlicher Nähe und plötzlichem Abbruch der Beziehung [2. GM]. „Der Betreffende fühlt sich aufgegeben und verlassen und gibt sich selbst auf [3. GM]. Der Zustand geht mit kaum erträglichen Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit einher.“ (ebd.) [1.+4. GM] Die Folge ist ein Schwanken zwischen

Anklammerung und leeren, abweisenden zwischenmenschlichen Beziehungen. Dadurch komme es zur *Alexithymie*: die Fähigkeit des Fühlens ist durch die Störung in den Beziehungen beeinträchtigt (s.u.) [2. GM].

Picardi et al. (2005) sehen in der Alexithymie ebenfalls eine sehr *stabile Verhaltensweise* (ähnlich einer Persönlichkeitseigenschaft), die im Zusammenhang mit unsicheren früheren *Bindungserfahrungen* [2. GM] steht, so daß sie in das Netzwerk von *Persönlichkeitszügen* eingeordnet werden könne.

f) Auch andere Autoren weisen auf den **Beziehungsaspekt** hin, wo es zu Bindungsstörungen (childhood adversities) kommt; dazu gesellen sich frühe psychische u/o biologische *Stresserfahrungen* (Loeb 2008, 4, Fellitti et al. 2007). Rudolf (2008) zeigte auf (allerdings in einer kleinen Studie), daß bei 100 % der Patienten massive frühe biographische Belastungen bestehen; wobei vor allem die Nicht-Verfügbarkeit der elterlichen Bezugsperson (86 %) dominiert [2. GM]. 21 % hätten traumatisierende Erfahrungen, 23 % massive Zurücksetzungserlebnisse, 26 % geringe Chancen in der Schulbildung und 16% eine selbstbestimmte Berufswahl.

Rudolf (2008, 10) spricht daher von einer *depressiven Somatisierung* [2. GM]: „Die Störung resultiert biographisch aus einer massiven Diskrepanz zwischen angeborenen starken Bindungs- und Beziehungsbedürfnissen des Kindes und den fehlenden oder widersprüchlichen Beziehungsangeboten der Bezugspersonen." Nicht nur Nähe-Mangel wirke sich aus, sondern auch „Verlassenheitserfahrung … (und) die Sehnsucht,…, einen guten anderen für sich zu gewinnen…" (ebd. 10). Klagen oder Aggression würde als aussichtslos oder sogar unmöglich angesehen. „Es resultiert daraus ein deutlich negatives Selbstbild, … das aufgrund der eigenen Wertlosigkeit… einer solchen Zuwendung unwürdig fühlt." (ebd. 10f) [3. GM] Dadurch entstehen „emotionale Dauerspannungen … Selbstüberforderung und Erschöpfung … anhaltende sympathikotone Erregung mit ständig erhöhtem Muskeltonus und Minderdurchblutung und Entzündungsbereitschaft sowie irgendwann einsetzender Erschöpfung der Kortisolspeicher..." (Rudolph 2008, 11)

Stoße solchen Menschen ein *Unfalltrauma* zu, werde es vom Patienten[4] ängstlich-besorgt erlebt, und wenn es sich um objektiv gesehen banale Traumata handle, werde die passive, hilflose Struktur der Patienten besonders sichtbar und oft als Simulation ausgelegt. [1. GM?]

Durch diese „strukturellen Defizite der Versorgung" können die Patienten Gefühle nicht verstehen oder differenzieren [2. GM]. „Ein emotionales Verstehen von Körperwahrnehmungen fehlt." (Rudolf 2008, 12)

Grundsätzlich führe die Häufung der sozialen Belastungserfahrungen zu erhöhter Bereitschaft, Persönlichkeitsstörungen [3. GM] und chron. Depressionen [2. GM] auszubilden.

g) **Alexithymie**: Der Begriff verweist auf die Schwierigkeit, Gefühle „lesen" (a-lexi-thymia) zu können. Mit einer gewissen Regelhaftigkeit fiel an psychosomatischen Patienten ihre starre Körperhaltung auf, die reduzierte Gestik, ein eingeschränkter mimischer Emotionsausdruck (Sifneos 1973) mit manchmal kurzen, intensiven Emotionsausbrüchen, die plötzlich wieder verstummen, und deren Auslöser oft unklar bleiben (Nemiah und Sifneos 1970). Als Hauptcharakteristika werden beschrieben (Nemiah, Freyberger & Sifneos 1976, zit. nach Uexküll 2008, 281):

- Schwierigkeiten im *Identifizieren* und Beschreiben von *Gefühlen* [2. GM]
- Schwierigkeiten, zwischen Gefühlen und den körperlichen Anzeichen emotionaler Aktivierung zu *unterscheiden* [2. GM]
- Eine unzureichend entwickelte Vorstellungskraft, die sich beispielsweise in einem Fehlen von *Phantasietätigkeit* äußert [3. GM – reduziertes Innenleben]
- Einem *nach außen orientierten* Denkstil; statt Gefühlen werden eher Details beschrieben; Denkinhalt wird eher von äußeren Geschehnissen als von Gefühlen bestimmt (vgl. auch Fava et al. 2001) [Selbstverlust 3. GM + Kompensation durch 1. + 4. GM]

Verbunden damit ist eine defizitäre oder gänzlich fehlende bewußte emotionale Erfahrung. [2. GM]

Faktorenanalytisch wurden drei Faktoren extrahiert (Bagby et al. 1994; nach Grabe et al. 2009, 24):

- Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen [2. GM]
- Schwierigkeiten bei der verbalen Beschreibung von Gefühlen [2. GM]
- ein external orientierter Denkstil [hysterische Komponente + kompensatorisch 1. + 4. GM]

Als Ursache der Alexithymie haben Papciak et el. (1985) die *Entkoppelungshypothese* aufgestellt, wonach bei Hochalexithymen die Bewertung aufkommender Emotionsempfindungen und das sie begleitende körperliche Korrelat von einander abweichen. So würden statt des Gefühls lediglich die körperlichen (vegetativen) Begleitreaktionen des Gefühls wahrgenommen, und diese dann als körperliche Symptome fehlinterpretiert (Taylor 2000). Doch ist der Beweis dieser Annahme noch offen, und es bestehen uneinheitliche Befunde (Leweke 2009, 140).

Krystal (1988) sieht als Ursache der Alexithymie eine „regressive Reaktion, in der eine präverbale, präsymbolische psychische Reaktionsweise eingesetzt wird, um mit überwältigenden, durch ein Trauma ausgelösten **Emotionen umgehen** zu können (er arbeitete mit Holocaust Überlebenden und mißbrauchten Kindern). Es kommt zu einem Stillstand der emotionalen Entwicklung (Krystal 1978). Er fand auch eine reduzierte Selbstfürsorge (nach Uexküll 2008, 282).

Heute gilt als unbestritten (Uexküll 2008, 290), daß Alexithymie „indirekt bei der Entstehung von Krankheiten mitwirkt" – und sei es auch nur wegen der geringeren Beanspruchung des Gesundheitssystems. Für einen aktuellen Überblick über das Konzept vgl. Grabe & Rufer 2009.

Fazit: Existenzanalytisch zeigt sich interessanterweise bei fast allen psychopathogenetischen Modellen ein Überwiegen der Defizite oder Konflikte der 2. und 3. GM, und oftmals ein Kompensieren durch die 1. und 4. GM. Bei Wirschings Modell der psychosomatischen Persönlichkeit zeigt sich auch eine Beeinträchtigung der 1. und 4. GM, was dem existenz-

[4] Das generische Maskulinum bezeichnet gleichermaßen Männer und Frauen und wird der leichtern Lesbarkeit halber verwendet.

analytischen Modell von Persönlichkeitsstörungen entspricht.

3.2 Ressourcenorientierte Modelle

Ein anderer, komplementärer Zugang zur Leib-Seele-Einheit geht einen ganz anderen Weg. Statt die Störungen zu untersuchen und nach pathogenen Ursachen zu fahnden, wird der Frage nachgegangen: Wie bleibt ein Mensch gesund? - Welche psychischen Faktoren tragen zur Erhaltung der seelischen Gesundheit bei? – Dazu gibt es mehrere Modelle, von denen hier einige vorgestellt werden sollen.

a) **Salutogenese –** das Konzept zur Entstehung von Gesundheit: **Antonovski** ging von Beobachtungen aus, daß die jüdischen Holocaustüberlebenden den gleichen grauenvollen Schicksalen sehr unterschiedlich begegnet sind und auch die Auswirkungen unterschiedlich waren. Menschen, die emotional stark und in guten Beziehungen zu anderen Menschen standen, waren mehr geschützt und hatten eine bessere Bewältigungskapazität für ihr Schicksal. Er sprach von der Gesundheitsentwicklung als einem von der Krankheitsentwicklung unabhängigen Prozeß, der aber die allgemeine Krankheitsanfälligkeit (Vulnerabilität) mindert und so protektiv wirkt (Antonovsky et al. 1994 in Wirsching 1996, 11f).

Im Zentrum dieses Modelles steht das **Kohärenzgefühl**. „Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die *Stimuli*, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, *vorhersehbar* und erklärbar sind; einem die *Ressourcen* zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen *Herausforderungen* sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky et al 1997, 36)

- Gefühl von Verstehbarkeit (sense of *comprehensibility*) ⇒ Ordnung und Kontext [1. + 4. GM]
- Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of *manageability*) ⇒ Können [1. GM]
- Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of *meaningfulness*) ⇒ [4. GM]

Das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit beschreibt das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es *wert sind*, daß man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet; dass sie eher *willkommene Herausforderungen* sind, als Lasten, die man gerne los wäre.

Antonovsky sieht diese motivationale Komponente als den wichtigsten Aspekt des Kohärenzgefühls an, denn ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit neigt der Mensch dazu, das Leben vor allem als Last zu empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe wird zur Qual.

Nach Aaron Antonovsky wird in der Salutogenese nicht der Leidensweg einer Krankheit betont, sondern das *Gesundheitspotenzial* von Stressoren. In jedem Ereignis liegt somit eine Chance zur gesundheitlichen Entwicklung. Sogar Krankheitssymptome können so aufgefaßt werden.

Z.B. In der Sichtweise der Salutogenese wird der Kopfschmerz als ein Hinweis verstanden, der eine Chance bietet, um zur flexiblen Mitte zurück zu gelangen. Rigiditäten können also Teil von zu heilenden psychischen Verhaltensstrukturen sein, an denen Helfer anknüpfen können. Wird der Kopfschmerz jedoch durch ein Medikament aufgehoben, ist kein Signal (Hinweis) mehr zur Heilung gegeben. Bildlich ausgedrückt: Statt das Feuer zu bekämpfen, wurde der Brandmelder abgeschaltet.

Das Kohärenzgefühl wirkt sich über drei verschiedene Wege als protektiv aus:

„Verfügt die betreffende Person über ein hohes Maß an Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC), so kann sie einen Reiz, den eine andere Person mit schwachem SOC als spannungserzeugend erfahren würde, unter Umständen als neutral bewerten (‚primäre Bewertung I’).

Aber auch dann, wenn eine Person mit hohem Kohärenzgefühl einen Reiz als Stressor bewertet, kann sie noch unterscheiden, ob der Reiz bedrohlich, günstig oder irrelevant ist (‚primäre Bewertung II’). Wird der Stressor als günstig oder irrelevant bewertet, wird zwar die Anspannung wahrgenommen, gleichzeitig nimmt die Person aber an, dass die Anspannung ohne das Aktivieren von Ressourcen wieder aufhört. Der Stressor, der die Anspannung auslöste, wird zum Nicht-Stressor umdefiniert.

Auch dann, … wenn ein spannungserzeugender Stressor erlebt wird, der als potentiell bedrohlich definiert wird, wird sich eine Person mit hohem Kohärenzgefühl nicht wirklich bedroht fühlen. Es schützt sie ihr grundlegendes Vertrauen, dass sich die Situation schon bewältigen lassen wird. Auch geht Antonovsky davon aus, dass Menschen mit einem hohen SOC auf bedrohliche Situationen eher mit situationsangemessenen und zielgerichteten Gefühlen reagieren (z.B. mit Ärger über einen bestimmten Sachverhalt), wohingegen Personen mit einem niedrigen SOC eher mit diffusen, schwer zu regulierenden Emotionen (z.B. mit blinder Wut) reagieren und handlungsunfähiger werden, weil ihnen das Vertrauen in die Bewältigbarkeit des Problems fehlt (‚primäre Bewertung III’).“ (Bengel et al. 2001)

Antonovskys Überlegungen lehnen sich stark an das transaktionale Streßmodell von Lazarus und Folkman (1984) an. Hier nochmals zusammengefaßt und in anderen Worten:

1. Fordernde Situationen werden von Menschen mit starkem Kohärenzgefühl *nicht als Belastung* eingeschätzt; es kommt nicht zu Spannungszuständen (primary appraisal I).
2. Stressorexposition führt zur *Einschätzung des eigenen Wohlbefindens* als gefährded, positiv oder irrelevant. Die beiden letztgenannten gelten für Menschen mit starkem Kohärenzgefühl verstärkt (primary appraisal II).
3. Durch das Kohärenzgefühl wird die instrumentelle Wahrnehmung des Problems sowie die Auslösung von Emotionen beeinflusst. Menschen mit starkem Kohärenzgefühl *nehmen Probleme klarer und differenzierter wahr.* Ihre Emotionen erscheinen weniger fokussiert und weniger diffus (primary appraisal III).

b) **Hardiness (Salvatore Maddi**, Deborah Koshaba

1994). Es handelt sich um die „Widerstandsfähigkeit“, besser vielleicht um die „Festigkeit der Strukturen“ gegenüber Stressoren, die einen Schutz vor Krankheitsentstehung abgeben.

- **Commitment** (Engagement und Selbstverpflichtung): Damit ist das Bestreben einer Person gemeint, sich selbst mit allem, was sie tut oder was ihr begegnet, zu identifizieren und dafür zu engagieren. Commitment ist das *Gegenteil von Passivität* und Vermeidungsverhalten und bedeutet Neugier auf das Leben und eine hohe Motivation, etwas zu bewerkstelligen und zu verwirklichen. [⇒ beziehungsvolle Identifikation – 2. + 3. GM]
- **Control** (Kontrolle): Damit ist das *Gegenteil von Hilflosigkeit* gemeint. Personen mit hoher Kontrolle glauben, Einfluss auf den Lauf der Ereignisse ihrer Erfahrung nehmen zu können. Sie erleben Ereignisse nicht als etwas Fremdes, sie Überwältigendes, weil sie sehen, dass ihnen verschiedene Möglichkeiten der Reaktion und Entscheidung zur Verfügung stehen. [⇒ Können – 1. GM]
- **Challenge** (Herausforderung) meint schließlich, daß Veränderungen nicht als Bedrohung, sondern als *positive Chance* wahrgenommen werden. Wandel und Veränderung gehören für solche Menschen zum Leben, und sie sehen darin eher eine Gelegenheit für neue Erfahrungen und Anreiz zu weiterem Wachstum denn eine Bedrohung ihrer Sicherheit und Stabilität. Schwierigkeiten werden als Anlaß genommen, daraus zu lernen. [⇒ gefühlter Sinn – 4. GM]

Diese drei Faktoren unterscheiden sich nur gering von denen von Antonovski. Commitment ist etwas aktiver als Antonovskys Verstehbarkeit, Control entspricht der Bewältigung, Challenge der Sinnhaftigkeit.

c) **Grunddimensionen des Bewältigungsverhaltens** (des Copingmodells) nach **Filipp & Klauer** 1988 (Uexküll 2008, 301): Dieses Copingmodell beschreibt allgemeine psychologische Faktoren, die zur Bewältigung von Belastungen hilfreich sind:

1. **Aufmerksamkeitsfokus** – „in Kontakt mit der Realität stehen“, wenn man von Lebenskrisen betroffen ist; Aufmerksamkeit wird auf die Ursache des Leidens gerichtet – aber es bestehen heterogene Befunde, weil auch eine gewisse Ablenkung heilsam ist. [⇒ 1. GM]
2. **Soziale Eingebundenheit** und Bedürfnis nach Zuwendung, die auch Hilfesuche bei anderen impliziert. [⇒ 2. GM]
3. Ebene der **Reaktion** – den Ereignissen z.B. Sinn zuschreiben; emotionszentriertes Bewältigungsverhalten (zur innerpsychischen Spannungsreduktion) oder problemzentriertes (ursachenbezogenes) Coping (Lazarus & Folkman 1984) [⇒ 4. GM – Aktion und Kontext]

Im folgenden soll noch exemplarisch auf zwei aus der therapeutischen Erfahrung abgeleitete allgemeine Präventionsmodelle beispielhaft hingewiesen werden:

d) **Rogers** beschreibt die grundlegenden Variablen für die psychotherapeutische Hilfestellung in einer dialogischen Psychotherapie. Sie stellen humanistische Werte dar, die auch präventiven Charakter haben und somit als gesunderhaltende Faktoren verstanden werden können: *Empathie, Wertschätzung und Authentizität.* [2. + 3. GM]

e) **Frankls** Logotherapie zentriert sich um gewissenhaft gefundene Werte, die den existentiellen Sinn ergeben. Frankl wies wiederholt darauf hin und war selbst ein Beispiel dafür, daß ein gefundener Sinn die Kraft gibt, auch schwierige Situationen ertragen und durchstehen zu können. [2. + 3. + 4. GM]

4. Das psychosomatische Störungsmodell der EA

Unter einem psychosomatischen Störbild wird i.a. der pathogene Einfluß der Psyche auf den Körper verstanden (Gathmann 2000). Psychische Konflikte, Probleme, Leiden, Defizite werden nicht auf der Ebene der Psyche gehalten und psychisch-geistig verarbeitet, sondern „konvertieren“, wie Freud ([1894] 1952) schon sagte, zu körperlichen Dysfunktionen und Störungen, deren Zusammenhang mit der Psyche oftmals nicht mehr ersichtlich ist. Wie bildet sich ein solcher Vorgang im anthropologischen Modell der EA ab?

Das zentrale Problem bei psychosomatischen Störungen hängt ganz offensichtlich mit einem Problem im Fühlen und des Sich-Abstimmens in der Auseinandersetzung mit den Belastungen zusammen. Diese allgemeine Grundlage der somatisierenden Störungsbildung addiert sich mit einem somatischen Entgegenkommen durch Disposition, Schwächung, Vorschädigung und/oder psychischer Repräsentationsfunktion der Organe, wie weiter unten beschrieben wird. So entstehen die Effekte der „Organwahl“, was zumindest ein Stück weit erklären kann, warum gerade dieses und nicht ein anderes Organ betroffen ist.

Übertragen auf die phänomenologische Anthropologie betrifft diese Problemkonstellation zwei der vier GM, nämlich die zweite und dritte. In der *zweiten GM* geht es darum, das Geschehene oder Wahrgenommene in seiner Lebensbedeutsamkeit zu erfassen. Dies geschieht durch das *Fühlen*. In der *dritten GM* wird das Eigene aufgesucht und gegenüber dem Erlebten abgegrenzt, um sich darauf beziehen zu können. Auch dazu bedarf es eines Gefühls, nämlich des *Spürens* der Stimmigkeit. *Beide Gefühlsfähigkeiten* scheinen bei psychosomatischen Störungen behindert zu sein.

Jedoch sind die anderen GM nicht betroffen: die sachliche Bezugnahme zur Welt, ihre Wahrnehmung, der Umgang mit den Fakten und Dingen, das Empfinden des Haltgebenden (1. GM) ist durch die Blockade der Innerlichkeit nicht betroffen. Der sachlich-nüchterne Realitätsbezug ist erhalten. Ebenso scheint die Fähigkeit der 4. GM, Zusammenhänge zu erkennen, größere Kontexte zu sehen und sich darin zu bewegen, grundsätzlich erhalten zu sein. Allerdings gerät diese Fähigkeit ohne Abstimmung mit dem eigenen Fühlen und Spüren zu einer mehr funktionalen, zweckorientierten Bezugnahme, der die innere, gefühlte Beteiligung fehlt.

Im Modell der phänomenologischen Anthropologie betrifft die charakteristische Veränderung bei psychosomatischen Störungen somit die 2. und 3. GM in behindernder Weise, während die 1. und 4. GM in ihrer Funktion erhalten sind, ja kom-

pensatorisch zu vermehrtem Einsatz kommen (Abb. 4).

In einer solchen Konstellation ist der *Außenbezug* erhalten: der Umgang mit der Sachwelt und mit den zweckhaften Kontexten verläuft ohne Einschränkung.

Aber es fehlt in diesem Existenzvollzug das *Leben*. Es besteht keine *gefühlte Beziehung* zu den Werten und keine *gespürte Beziehung zum Eigenen*, zum persönlich Wichtigen. Doch bleibt die sensorische und kognitive Wahrnehmung davon unbetroffen.

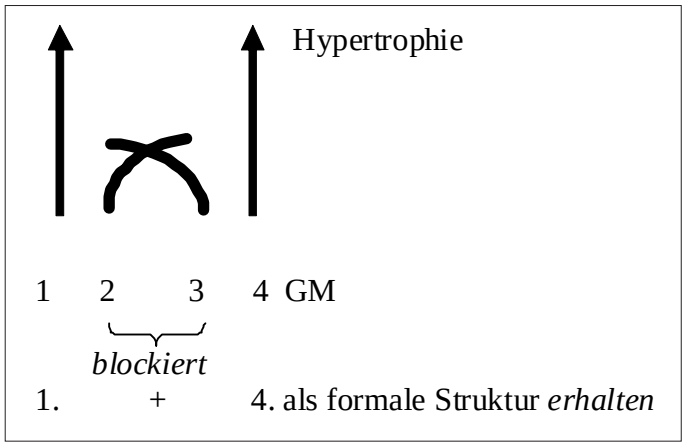


Abb.4: Das existenzanalytische Psychosomatik-Modell im Überblick graphisch dargestellt.

Zusammenfassend gesagt kann aus der allgemeinen **Psychopathogenese** der Psychosomatik phänomenologisch vorwiegend eine **gleichzeitige und gleich stark ausgebildete Blockade der 2. und 3. GM** abgeleitet werden. Diese sind psychopathologisch im besonderen Maße beeinträchtigt.

Kompensatorisch kommt es zu einem verstärkten Einsatz der **1. und 4. GM**, der aber *ohne Aktivierung der 2. und 3. GM* **funktional** bleibt. Interessanterweise verweist die Phänomenologie einiger **Ressourcenmodelle** auf den verstärkten Einsatz der 1. und 4. GM zur Erhaltung der seelischen Gesundheit.

Nosologisch bedeutet diese Konstellation, daß die psychosomatische Störung vom Schweregrad in die Nähe der *Persönlichkeitsstörungen* rückt, weil schon zwei GM betroffen sind. Doch im Unterschied zu den Persönlichkeitsstörungen sind in der Psychosomatik beide gleich schwer beeinträchtigt; bei Persönlichkeitsstörungen dominiert i.a. jeweils eine GM, die den Störungsschwerpunkt darstellt. Es ist daher verständlich, daß immer wieder von einer psychosomatischen Persönlichkeit gesprochen wird (vgl. Wirsching 1996), die sich nach dem Modell der EA durchaus ausbilden kann, wenn noch weitere GM beeinträchtigt werden[5]. Auch ist vorstellbar, daß sich die Störung auf der Ebene der Persönlichkeit nur passager ausbildet.

Für die *Therapie* bedeutet eine solche nosologische Plazierung einen größeren Aufwand als bei Neurosen, wo nur eine GM beeinträchtigt ist.

Dieses Modell der EA deckt sich ein gutes Stück mit der oben genannten *Entkoppelungs-Hypothese*, mit der Papciak et al. (1985) die Entstehung der Alexithymie zu erklären versuchen. So könnten wir in Anlehnung an sie sagen, daß sich das Erleben nicht oder nur vermindert im Gefühl spiegelt, während die Wahrnehmung der körperlich-vegetativen Begleitreaktionen des Gefühls ungehindert möglich ist. Aber ohne Ankoppelung an die Emotion bleibt sie unverständlich (doch aus Sicht der EA muß es nicht zu einer kognitiven „Fehlinterpretation" der körperlichen Vorgänge kommen, wie Papciak et al. annehmen). Die unverstandene Körper-Reaktion absorbiert die Aufmerksamkeit, und erhält zudem durch die Abdämpfung der Emotionen und Affekte eine größere Intensität. Durch den Lerneffekt in ähnlichen Situationen wird die körperliche Reaktion an (oft nicht erkannte, in ihrer lebensrelevanten Bedeutsamkeit nicht verstandene, da nicht gefühlte) Inhalte gekoppelt, und da die Erfahrung unsystematisch und unerwartet erfolgt, fällt die Konditionierung noch stärker aus. Durch weitere Mechanismen, wie Erwartungshaltung, Ankämpfen, Angst oder Überraschung kann es zur Generalisierung der unverstandenen Körperreaktionen kommen.

Als allgemeine **Ursachen** für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten kommen *vielfältige* und unterschiedliche in Betracht. Sie können kausal und/oder im Sinne der Begünstigung wirken: genetische und/oder psychische Disposition (Persönlichkeitseigenschaften), traumatisierende Beziehungserfahrungen in der Kindheit u/o späterem Leben, Traumata generell; Lernerfahrungen usw. Entscheidend ist die Auswirkung auf die psychische Architektonik der Verarbeitungsgrundlagen, eben auf die Struktur der Psyche, die wir Grundmotivationen nennen. Sie haben große Ähnlichkeit mit dem, was Grawe (2004) in der Folge von Epstein (1993) „Grundbedürfnisse" nennt.

Wie kommt es im Zusammenspiel dieser ätiologischen Kategorien zur Blockade der 2. und 3. GM? Die Ursachen der psychosomatischen Störungen (Ätiologie) wirken sich in folgender Art und Weise auf die GM aus:

2. GM: Durch *Verletzungen* und *Mängelerlebnisse* auf der Ebene der zwischenmenschlichen *Beziehungen* kommt es zu einer Verarmung der Näheerlebnisse und in der Folge der Gefühle. Es kann aber auch sein, daß die Gefühle anfangs schmerzen. Diese Unerträglichkeit wird einerseits durch einen *Rückzug* aus den Beziehungen und aus der Gefühlswelt abgebaut. Andererseits kommt es durch die Beziehungsarmut zu einem *Aktivismus* des „Erledigens" und Leistens; sich selbst dabei etwas Gutes zu tun fällt schwer. Doch kann es auch zu aufgestauten Affektdurch-

[5] Die Nähe der Psychosomatose zu den Persönlichkeitsstörungen scheint auch durch ein praktisch identes Muster der Copingreaktionen unterstrichen zu werden. Bei Persönlichkeitsstörungen dominieren der Aktivismus und der Totstellreflex der vorrangig gestörten GM. Bei der Psychsomatose scheint der Aktivismus der 2. GM und der Totstellreflex der 3. GM vorzuherrschen (s.u.). – Wenn sich solche Muster bestätigen, ist es verständlich, daß die Diskussion, ob es sich bei der Psychosomatose um eine eigenständige Persönlichkeitsstörung handelt oder nicht, verständlich: die Nähe ist zu groß, doch bestehen auch Unterschiede.

schwer. Doch kann es auch zu aufgestauten Affektdurchbrüchen kommen. Man kann durch diesen Verlust von Erleben auch von *„desintegrierten Affekten"* sprechen (vgl. Frischenschlager 2008, 36).

Durch diese Entwicklung fällt das subjektiv empfundene *Mögen* aus, das eine Orientierungsgröße bei Entscheidungen darstellt; an seine Stelle treten rationale oder allgemeingültige *Normen*, Pflichten und Vorgaben als Wertersatz.

3. GM: Unverständliches in den Beziehungen, vor allem Unberechenbarkeiten (z.B. abrupte Wechsel), wird intern attribuiert: man hält sich selbst als die Ursache für dieses Verhalten der anderen. Dazu kommt ein Defizit an personaler Begegnung und an Gesehen-Werden als Person. Das Selbstbild, der Selbstwert und die Autonomieentwicklung werden dadurch nachhaltig beeinträchtigt, und es entwickelt sich Selbstunsicherheit und Selbstentfremdung.

Anhaltender *Schmerz* aus Beziehungen oder verletzende Reaktionsweisen von nahen Menschen mit *Persönlichkeitsstörungen* usw. führten zur inneren *Distanzierung* von den Gefühlen der Entfremdung, Entwertung, persönlichen Verletztseins usw.; hält der Zustand an, kommt es schließlich zu einer *Dissoziation* der Gefühle für sich selbst (Copingreaktion 1 und 4 der 3. GM: auf Distanz gehen und Totstellreflex). In dieser abgespaltenen Form können sie nun gänzlich nicht mehr gefühlt, erkannt und daher auch nicht mehr „gelesen" und verstanden werden.

In der *Orientierung* fehlt nun das, was man persönlich als *richtig* empfindet; sein Platz wird von der (formalistischen) *Pflicht* eingenommen.

Diese Blockade führt u.a. zu jenen Symptomen, die im Konzept der *Alexithymie* (Ruesch 1948, Sifneos 1973) erfaßt sind, und vor allem in einer unzureichenden Verbalisierungsfähigkeit affektiver Inhalte, Phantasiearmut, Beziehungsabhängigkeit und ausgeprägtem „Normalverhalten" besteht (cf. Kap. 4).

Diese Veränderungen in der 2. und 3. GM beeinflussen auch die 1. und 4. GM, die aber als sekundäre Auswirkung in der Folge der Primärstörung indirekt und daher nur partiell gestört werden:

Im Bereich der **1. GM** kann es zur **Verunsicherung** (s.u.) und zur Entwicklung von **Mißtrauen** kommen in Bezug auf die Zuverlässigkeit und den Halt von ***Beziehungen*** (durch Bindungsmangel – 3. GM: fehlende Entschiedenheit in der Beziehung und Ausgegrenztsein – 2. GM: fehlende Zuwendung), von ***Begegnungen*** (3. GM – z.B. Interesse, das sich aber nicht auf die Person sondern nur auf Funktion bezog) und eigenen ***Gefühlen*** (2. GM – durch jähe und gegenteilige Amplituden wie Schwanken zwischen großer Freude und jäher Verletzung).

Im Bereich der **4. GM** bleibt eine ***Sinn-Leere*** und fehlende gefühlte Eingebundenheit in größere Strukturen. Statt sich an (gefühltem) Sinn zu orientieren, geschieht dies an Zwecken, wodurch eine hohe ***Funktionalitätsneigung*** und ***Verzweckungstendenz*** besteht. Psychosomatiker passen sich an ihren Kontext an, doch füllen sie ihn nicht mit sich aus, sondern mit innerlich entleertem Funktionieren. Dies ist nicht als Copingreaktion zu verstehen, sondern ist als verbleibende strukturelle Kapazität des Menschen aufzufassen.

Auf dieser Basis entsteht nun eine Gegenreaktion bei diesen beiden in der Funktion nicht beeinträchtigen GM. Es entsteht eine Entwicklung durch den verstärkten Einsatz der **1. und 4. GM,** die vor allem in einer **Somatisierung und Funktionalisierung** besteht. Aufgrund dieser Tendenzen zur Sachlichkeit, Konkretheit, Anbindung an Faktisches (1. GM) und Funktionalität (4. GM) kommt es zur Hypertrophie des (beziehungslosen) Körpereinsatzes und zu einem zweckrationalen (statt sinnerfüllten) Leben. Das ***Erleben*** bildet sich in dieser Konstellation ***nicht im Fühlen und Spüren*** ab, sondern im ***Können und Sollen***. D.h. der *Selbstwert* besteht für den psychosomatisch Kranken im Können (Verschiebung von der 3. zur 1. GM). Er spürt nicht den Eigenwert des Personseins aus seinem Wesen, jenseits von Fähigkeiten und Geschicklichkeiten. *Freude* kann er nicht fühlen, die gibt es nur in der Zielerfüllung und im Erfolg (Verschiebung der 2. GM auf die 4. GM). Angeleitet durch die Zweckhaftigkeit und Vernünftigkeit besteht ein ***angepaßtes*** Leben aus einem sich selbst nicht kennen und fühlen. Die *Spannungen* werden nicht *gefühlt* (2. GM) und ihre *Anforderungen* (eine wichtige Grundlage für Salutogenese und Hardiness) werden nicht *gespürt* (3. GM); die Spannungen mobilisieren dafür gleich die funktionsfähigen Grundmotivationen (2 und 3) und werden in Tun (Können) umgesetzt. Dieses Muster, Selbstwerterleben und Kritik, Freude und Spannungen in zweckhaftes Tun umzusetzen, läßt sie in derselben Art ihren (im Erleben nur sachlich repräsentierten) *Körper instrumentalisieren*. D.h. sie behandeln den Körper auch nur mit Können und Sollen, ohne Gefühl und Gespür. Dies verstärkt die Versachlichung des Körper-Bezugs – er wird durch den eigenen Umgang zum Objekt für das vernünftige Subjekt.

Doch führt den psychosomatisch Kranken auch noch ein anderer Mangel zu einem verstärkten Gebrauch des Körpers und des Funktionierens. Durch die Blockade des Fühlens findet Leben nicht mehr ausreichend in der Innenwelt statt. Um Leben überhaupt noch greifbar halten zu können, bekommt der *Körper* ein stärkeres Gewicht und eine größere Bedeutung. Es wird ihm mehr Aufmerksamkeit geschenkt und er erhält mehr Beachtung. Das Nicht-Gefühlte wird am Körper vergegenwärtigt, weil er – gemeinsam mit dem Handeln – die verbleibende *Ausdrucksmöglichkeit* ist. Der andere Erlebnisraum sind die Funktionen. An solchen *zweckhaften Aufgaben* wird das Leben vollzogen (nicht „gelebt"), weil das Gefühl und das Selbst keine Projektionsfläche für das Erleben bilden; nur noch Körper und Leistung. – Alles Leben spielt sich am versachlichten Körper und in der Zweckhaftigkeit ab.

Durch dieses Fehlen des gefühlten Innenlebens gerät der psychosomatisch Kranke in eine **Außenperspektive** zum Körper und zum größeren Kontext. Er betrachtet beide als Objekte, versachlicht, funktional, verzweckt. Die Innenperspektive (das Beachten des Erlebens) ist verstellt und nicht präsent.

5. Symptomatik entsprechend der phänomenologischen Anthropologie der EA

Neben diesen Grundzügen psychosomatischen Erlebens sollen nun noch weitere, abgeleitete Charakteristika der **Verhaltens- und Erlebenssymptomatik** wiedergegeben werden**,** die sich teilweise mit den „psychosomatischen" ICD-Diagnosen Somatisierungsstörungen F 45, Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) F 44 und Neurasthenie F 48 decken:

2. GM:

Durch die schwache, gefühlsmäßige **Beziehung zum Körper** werden seine Signale nicht ausreichend gefühlt, es besteht eine „mißlingende Kommunikation des psychosomatisch Kranken mit seinem Körper" (Kutter 1981, in Wilke 1996, 350). Rudolf (2008, 12) formuliert es ähnlich: „Ein emotionales Verstehen von Körperwahrnehmungen fehlt."

Eine eigenartige **Gefühlsunsicherheit** bzw. Gefühllosigkeit herrscht vor: in der Anamnese bei affektiv relevanten Themen kommen nur zögerliche, knappe oder vage Antworten. Beispielsweise kann eine Frau nicht sagen, ob ihr die körperliche Berührung von ihrem Partner gut tut und was sie dabei fühlt.

Den Gefühlen gegenüber besteht eine grundsätzlich **ablehnende Haltung.** Oftmals in Härte und Strenge aufgewachsen, wird dieser Lebensstil internalisiert und nun zum eigenen Lebens-Prinzip erhoben. „Weichheit", d.h. Emotionalität und Gefühlsbezogenheit, gilt als Versagen. Dieses Verhalten wird häufig vom Symptom Schmerz begleitet. Denn so, wie dieser Mensch mit sich ist und umgeht, tut ihm das Leben weh. Da er das aber nicht direkt fühlen kann, fühlt er den *Schmerz am Körper*. Eine weitere Konsequenz der ablehnenden Haltung ist, daß man auch kein **Mögen** empfindet bzw. sich nicht darauf bezieht. Statt dessen wird auf Ziele, Erfolg, Vorgabenerreichung oder Anerkennung und Perfektion geachtet – ob dabei Freude erlebt wird, ist nicht relevant, steht nicht im Blickfeld des Interesses oder Bewußtseins.

Rudolf (2008, 12) fand in einer kleinen Untersuchungsgruppe von 45 Patienten „massive frühe biologische Belastungen bei 100%... (Eine) Nicht-Verfügbarkeit der elterlichen Bezugsperson zeigte sich bei 80%." Durch die **fehlende Beziehung** zu nahestehenden Anderen wird die emotionale Entwicklung hintangehalten bzw. blockiert (vgl. Emotionstheorie der Existenzanalyse in Längle 2008). Minuchin et al. (1978) sprachen sogar von der „*psychosomatischen Familie*", die durch Starre, „enmeshment" (Einmischung, Verfilzung – entspricht wohl mehr der 3. GM wegen der enthaltenen Grenzüberschreitung) und Konfliktvermeidung (entspricht auch der 3. GM: fehlende Stellungnahme) gekennzeichnet ist.

Gerade der letzte Punkt leitet bereits über zur fehlenden Differenzierung der Gefühle, die es ermöglichte, daß anstelle der angeborenen Affektschematas etwas Eigenes, Persönliches zum Ausdruck kommen könnte. Diese unreifen Affekte sind Reaktionen, sind nicht „personiert" (in der EA wird dies als einen Anteil der 3. GM gesehen). Man spricht vielfach von „**desintegrierten Affekten**" (z.B. Frischenschlager 2008, 36), wo die Handlungs- oder Ausdruckskomponente blockiert ist, wodurch der Zugang zum Erleben und Verstehen (Interpretation der Gefühle) verstellt ist (ebd.). Dies führt auch zu einem Unvermögen, sich gefühlsmäßig der Situation anzupassen und an sie anzubinden, was durch eine übertriebene formale Anpassung ausgeglichen und ein relativ problemarmes äußeres Leben ermöglicht. Uexküll (2008) bezeichnet die psychosomatische Krankheit daher als „maladaptative Störung".

Bei Ausbruch der Krankheit sind typische affektive Zustände Verzweiflung, Aufgeben, Kummer, Depression. „Ein Gefühl des unwiederbringlichen Verlustes und einer dauerhaften Entbehrung" erzeugt einen seelischen Zustand von **Hilflosigkeit** und Hoffnungslosigkeit (Engel und Schmale 1987, in Wilke 1996, 350). Diese Art von Hilflosigkeit kann verstanden werden als ein Mangel an vitaler Kraft durch das Fehlen des emotionalen Fließens. Der anhaltende Mangel an Werterleben in der 2. GM, verbunden mit dem Zustand der Hilflosigkeit u.a. führt dazu, daß der psychosomatisch Kranke ein starkes *Bedürfnis nach Zuwendung* (vgl. oben Filipp & Klauer 1988) und Aufmerksamkeit der Umgebung (Anteil der 3. GM; vlg. auch Balon 2005 – s.u.) hat und diese auch zu mobilisieren versteht. Und doch kann er sich nicht richtig in eine (mit)fühlende Beziehung bringen. Dahinter steht eine *externalisierte* Hilfe-Erwartung. Die Kranken merken, daß Hilfe nicht von innen kommen kann, sondern nur noch von außen; dies entspricht einer realistischen Wahrnehmung. Dieses Greifen nach äußerer Hilfe führt in seiner Ohnmacht nicht selten zu *magischen* Hilfserwartungen. Dennoch verbessert positives **Angenommensein** (Vaillant) späteres Bewältigungsverhalten und gute psychosoziale Unterstützung reduziert nachweislich den Krankenhausaufenthalt (Bibl 2004, bezugnehmend auf Vaillant). Sie ist ein wichtiger Prognosefaktor.

3. GM:

Balint (1970) sah in der psychosomatischen Krankheit eine „Grundstörung", die Wilke (1996, 351) als **labiles Selbstgefühl** bezeichnete. Die Patienten sind auf „die ständige Anwesenheit einer Person angewiesen, die sie schützt und die ihre Integrität bewahrt." (ebd.)

Perfektionismus, streng sein mit sich, Anerkennung suchen prägen das Bild.

Solche Schwäche im Selbstgefühl wird kompensiert (bzw. auch verursacht) durch einen hohen **Leistungsanspruch**. In einem eindrücklichen Fallbeispiel schildert Frischenschlager (1982, 32), wie ein 24-jähriger Medizin-Student vom Vater lernte, daß Prinzipien auf jeden Fall durchgesetzt werden müssen. Zu dieser Strenge gegen sich selbst kommt ein Konkurrenzkampf mit den Geschwistern, um in der Familie bestehen zu können, weil alle erfolgreich sind und studiert haben. Wenn Eltern sehr erfolgreich sind, oder Erfolg in der nahen Umgebung hoch bewertet ist, entsteht ein massiver Druck auf den Selbstwert.

Auf eine starke Leitungsorientierung bei 95 % seiner untersuchten Gruppe psychosomatischer Patienten (N = 45) verweist auch Rudolf (2008, 12). Diese bestand schon bei 60 % der Kinder im Sinne einer vorzeitigen Verantwortungsübernahme, die unter dem Schirm einer wertbesetzten Über-

höhung zu erkennbaren Zeichen der Selbstüberforderung führte. „So scheinen die Patienten zu den Menschen zu gehören, die anstelle einer freien **Selbstbestimmtheit** von klein auf das Gefühl des ohnmächtigen Ausgeliefertseins und Ausgegrenztseins erlebt haben.“ (ebd.) (vgl. auch Eisenberger et al. 2003) Fehlt das Gegenüber, tritt Vereinsamung und innere Leere auf. „Gegenwärtigkeit ist eine Art existentieller Affekt (…) Das ist von erheblicher klinischer Bedeutung, weil pathologische Dissoziationszustände das Gefühl für Gegenwärtigkeit beeinträchtigen können.“ (Stern 2005, 43)

1. GM und 4. GM überaktiv:

Es dominiert die **Außenperspektive** statt der Innenperspektive im Selbstbezug und Körperbezug. Wie schon erwähnt betrachtet der psychosomatisch Kranke den Körper als Objekt und sieht entsprechend die Symptome *sachlich*, naturwissenschaftlich, erklärend. Nach Frischenschlager (2008, 36) ist der Verlust der Innenperspektive, der ständige Wechsel zur Außenperspektive und die damit verbundene „Affektdesintegration“ ein zentrales Kennzeichen der Psychosomatik. Anamnestisch bringen die Pat nur Faktisches, kaum persönliche Information oder Erleben. „Das ‚Ich’ kommt zum Arzt, bringt das Objekt ‚meinen Körper’ mit. – Dem Objekt ‚mein Körper’ gelten Bedrohtheitsgefühle und ängstliche Gedanken. – Das ‚Ich’ übergibt das Objekt ‚meinen Körper’ dem Arzt als mächtigem Helfer und fordert ihn auf zu heilen. – Das ‚Ich’ hat darüber hinaus wenig Interesse für ‚meine Situation’ und ‚meine Geschichte’ im Hintergrund der Körperbeschwerden.“ So faßt Rudolf (2008, 9) schematisch den typischen Körperbezug der psychosomatischen Patienten zusammen. Sie suchen funktionale, nicht prozeßhafte Lösungen der Beschwerden, verlangen Operationen, Medikamente, Reparaturmedizin; sie sind dem Erleben, Wachsen und der Eigenaktivität gegenüber abgeneigt, stehen in einer Passivierung, was den eigenen Körper betrifft. Man sieht, wie das Fehlen der 2. und 3. GM durch Sachlichkeit (1. GM) kompensiert wird, und wie sehr die Beziehungslosigkeit vorherrscht.

Zu dieser Sachlichkeit und Gefühlsarmut paßt ein **rationales** Herangehen an die Probleme. Sie trainieren eine stoische Haltung, die sich von nichts berühren läßt.

Der Lebensstil ist pragmatisch, die Patienten sind durchaus **initiativ**, „zupackend“, stehen fest in der Welt, in ihren Rollen und Funktionen, halten sich eng an Fakten. Es kommt zu einer „Überbesetzung des Handgreiflichsten, Konkretesten und Faktischsten in der Realität“ (de M’Uzan 1978, 180f). Die Sachbezogenheit kann als konkretistisch-gegenständlich bezeichnet werden, ist phantasiearm (Ruesch 1948 in Wilke 1996, 350). Marty und de M’Uzan (1978) bezeichnen das Denken als phantasiearm und assoziationsarm („pensée operatoire“). Es wäre ergänzend zu sagen, daß es auch wenig Wünsche kennt.

Kontextuelle Notwendigkeiten wie sachlicher Druck (z.B. finanzielle Not), existentielle Angst (z.B. sich schwach in der Schule fühlen) führen dazu, daß **Härte und Durchhaltewillen** entsteht, der nicht durch Emotionalität oder Gespürigkeit aufgeweicht werden soll.

6. Psychopathologische Entwicklung

Man hat psychosomatische Krankheiten mit anderen psychischen Krankheiten vergesellschaftet gefunden und in Zusammenhang gebracht (Uexküll 2008, 290; Leweke et al. 2009), u.a. mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD), Abhängigkeitserkrankungen, Depression, Panikstörung und auch Borderline.

Eine solche Auffassung von psychosomatischen Krankheiten, sie in Vergesellschaftung mit anderen Krankheiten zu sehen, ergibt sich auch aus der Sicht der existenzanalytischen Anthropologie (Strukturmodell), wenngleich mit Differenzierungen. Das massive Betroffensein der GM 2 und 3 führt zur Auslösung und Fixierung von Copingreaktionen. Das heißt, daß der Störungseinfluß auf die beiden GM *psychopathologische Entwicklungen* mit sich bringt. Die Erkrankung der 2. GM würde in die Depression führen, die der 3. GM in die Hysterie. Dennoch kann eine psychosomatische Krankheit nicht einfach mit Depression und Hysterie gleichgesetzt werden. Das Spezifische der psychosomatischern Störung könnte aber in einer verwobenen Kombination dieser beiden Krankheiten angesehen werden. Ätiologisch ist zu folgern, daß beide Krankheiten eigentlich aktiviert sein müßten, weil die entsprechenden GM blockiert sind.

Die psychosomatische Krankheit ist aus existenzanalytischer Sicht eine schwere Störung, da sie eine *körperliche Krankheit* mit *zwei psychischen Krankheiten* und ihren entsprechenden fixierten Copingreaktionen vereint. Das Zusammentreffen von zwei in ihrer Dynamik divergenten psychischen Störungen führt zu einer eigenartigen, ganz spezifischen Reaktion. Beide Störungen erscheinen durch die Wechselwirkung in larvierter, d.h. verdeckter Form. Nosologisch ist auf der psychischen Ebene davon auszugehen, daß in psychosomatischen Krankheiten ein Zusammentreffen der beiden Störungsbilder Depression und Hysterie wegen ihrer Gegenläufigkeit mit einer gegenseitig hemmenden Beeinflussung bestehen dürfte. Hier die beiden psychischen Krankheiten im einzelnen:

a) Larvierte Depression bzw. **somatisierte Depression**
Es ist heute recht still um diese Form der Depression geworden, während sie früher doch breit beschrieben wurde (vgl. z.B. Kielholz u.a. 1981). Es handelt sich um eine Depression, die sich nicht als Depression auf die Gefühle auswirkt, sondern sich nur im Körperlichen abspielt. Depressionen entstehen aus existenzanalytischer Sicht, wenn der Wert des Lebens nicht gefühlt wird (vgl. Längle 2004; 2008). In der Psychosomatik ist also von einer nicht gefühlten Depression auszugehen, d.h. der Wert des Lebens wird nicht gefühlt, aber dieses Nicht-Fühlen wird seinerseits nicht erkannt, nicht gefühlt. Der Kranke ist somit über sein Defizit nicht informiert und kann es nicht verorten. Wo sollte er es denn festmachen, wenn er weder das Ich spürt – die hysterische Schleife – noch das Leben wegen des depressiven Hintergrunds fühlbar ist. Es bleibt ihm nur die ***körperliche*** Dimension präsent, mit der er das Problem in der Folge verknüpft. Parallel dazu kommen ***kognitiv-sachliche*** Erklärungen in besonderem Maße zum Ein-

satz. Beide entsprechen anthropologisch gesehen der 1. GM.

Gathmann (1985, 37) faßte die larvierte Depression als Differentialdiagnose zur psychosomatischern Krankheit auf – z.T. zu Recht, wie wir sagen würden, denn die Psychosomatose ist geprägt durch die Kombination mit einer weiteren Grundstörung:

b) „Larvierte" Hysterie

Obwohl die strukturellen Defizite auf eine hysterische Störung verweisen (vgl. den „unsentimentalen Nachruf" auf die Hysterie im Kontext mit den psychosoamtischen Störungen bei Hoffmann et al. 1999, 221ff), erscheint der psychosomatisch Kranke von außen gesehen nicht explizit hysterisch – darum könnte diese Form der Hysterie als „larviert" bezeichnet werden – ein Begriff, der ansonsten nicht in Verwendung ist. In dieser Form ist die Hysterie (vgl. z.B. Längle 2006) beispielsweise nicht auffallend manipulativ, benützend, Aufmerksamkeit heischend oder sich in den Mittelpunkt spielend. Doch ist typischerweise eine Dynamik erkennbar, die an die Hysterie gemahnt, und sie – gemildert durch die depressive Störung – bei sich selbst (statt typischerweise im Wechselspiel mit anderen) wirksam werden läßt. So findet sich die zentrale Bewegung der Hysterie: sich nicht bei sich im inneren Erleben aufhalten zu können, sondern von sich weg zu gehen. Dadurch dominiert der *hysterische Verarbeitungsmodus* mit den Charakteristika des sich nicht Fühlens; des fehlenden Zugangs zu sich selbst; des nach außen Gehens, was sich in der ***Außenorientierung*** der Aufmerksamkeit und der Aktivität zeigt. Mit demselben Muster werden die psychischen Probleme und Belastungen ursächlich vom Innen abgelöst, an funktionale Zusammenhänge geknüpft und vom Gefühl durch ***Dissoziation*** getrennt. Das Abschieben der Probleme/Konflikte geht aber nicht so weit wie im ungebremsten hysterischen und ihm verwandten (z.B. narzißtischen) Verhalten. Es erreicht den anderen Menschen nicht, weil der depressive Zug ihm entgegenwirkt und die Dynamik abbremst. Probleme erreichen damit lediglich die Peripherie des eigenen Körpers oder gehen im Funktionalismus auf. Denn durch das Sich-nicht-Haben gerät die Tätigkeit ohnehin regelmäßig zum ***Funktionalismus***, zu dem sich die Dynamik der dissoziierten Gefühle gesellt (somit geht ein Teil der psychischen Energie in Tätigkeit auf, und wird nicht nur in körperliche Symptome umgewandelt). So bestimmt das sachliche „Erledigen" die Form der Vernetzung mit der Umgebung, doch da es ohne innerliche Anwesenheit geschieht, wird es nur zweckdienlich und nicht als sinnvoll erlebt.

c) Reziproke Inhibition von Depression und Hysterie

Wegen der Bedeutung, die das Verschränken der beiden Störungen füreinander, für den Körper und für das Verhalten hat, soll diese reziproke Inhibition noch eigens herausgehoben werden. Die **Depression** wird durch den hysterischen Verarbeitungsmodus in ihrer regressiven Tendenz behindert und erhält eine – für die Depression untypische, aber für die Hysterie charakteristische – Tendenz zur Externalisierung. Statt sich wie bei Depressionen im Innenleben aufhalten zu können, richtet sich das fehlende Lebensgefühl nach außen, sucht nicht in sich die Ursache des Leidens (wie Depressive z.B. in Versagen, Schwäche, Belastung), sondern im Außen. Doch reicht der Wurf nicht, wie in der Hysterie, um ganz in der Außenwelt aufzugehen und die Ursache des Leidens allein dort zu finden, sondern durch die vorhandene depressive Gegenkraft bleibt er „auf halbem Wege" stecken und fällt so auf den Körper. Nun ist es ein Nicht-Funktionieren des Körpers, das als Ursache des Unbehagens und Leidens angesehen wird.

Auf der anderen Seite wird die **Hysterie** durch die Depression gebremst und kann nicht in der typischen Dynamik „ausgelebt" werden. Ihre Leichtigkeit und Adaptabilität wird durch das depressive Gewicht schwerfällig, der Vollzug verharzt. Das Gespür für das, was anderen Eindruck machen könnte, ist erlahmt, richtet sich darauf, was der Körper brauchen könnte. Das Leiden an Enge, Schmerz und verlassener Einsamkeit (Längle 2006) verliert durch die Depression seinen Stachel und fällt auf halbem Wege auf den Körper zurück, bzw. geht im Funktionalismus auf.

Die Gegenläufigkeit der Störungen erzeugt eine erhöhte *innere Spannung*, die stets zugegen ist, und das psychosomatische Erleben begleitet.

d) Sekundärwirkung auf die 1. GM

Doch führt auch noch eine andere Reaktion zu erhöhter Spannung. In Folge einer so schweren Störung, in der das emotionale Innenleben weitgehend reduziert ist, kommt es auch zu einer inneren **Verunsicherung.** Sie ist eine *Reaktion* auf den inneren Haltverlust (**1. GM**) durch den fehlenden Selbstbezug und den fehlenden Lebensbezug. Die Verunsicherung wird aber nicht gefühlt; sie erzeugt nur eine konstante körperliche **Anspannung** und **Stress.** Wieder kommt der Körper vermehrt ins Augenmerk, denn als Reaktion der Verunsicherung ist er ein stabiles, konstantes Gegenüber, an dem sich die Psyche gleichsam festhalten kann (Haltereflex). Und da die Gefühle als Ausdrucksfläche praktisch wegfallen, ist der Körper (und das Verhalten) alleiniges Ausdrucksorgan der inneren Vorgänge. So hat die innere Unsicherheit rein somatische Auswirkungen, und keine psychischen. Die körperlichen Auswirkungen der Anspannung schlagen sich vor allem in **muskulären Spannungen** nieder (vgl. auch den Hinweis von Gathmann 1985, 57 auf die Bedeutung anxiolytischer Medikamente, um gelegentlich einen Zugang zur Therapie erst zu bekommen). Dies kann zu einer *Überforderung* des Körpers im Bereich der Muskulatur führen. Als nicht gefühlte Anspannung bleibt die Reaktion des Körpers aber unverstanden (vgl. oben die Ausführungen zur Entkoppelungshypothese von Papciak et al 1985), wodurch er zunehmend zum *Objekt* für den psychosomatisch Kranken wird, an dem sich Reaktionen zeigen, die nicht mehr als ichhaft empfunden werden, da sie nicht gefühlt sind. Die Folge ist eine Distanzierung zum Körper und eine damit verbundene Außenperspektive bei psychosomatisch Kranken, auf die von vielen Autoren hingewiesen wird (z.B. Rudolf 2008, 9; Frischenschlager 2008, 36).

Die Kompensation der Verunsicherung durch Haltereflexe hat drei wichtige Folgen:

- er führt zu mehr oder weniger stark ausgeprägten **musku-**

lären Anspannungen im ganzen Körper, vor allem im **Kapillarbereich** und dort zu veränderten Durchblutungsverhältnissen;
- es kommt zu einem vermehrten Einsatz von **Fähigkeiten** und **Können**, den Funktionen der 1. GM (was zu einer hohen Leistungsbereitschaft führt);
- es besteht eine erhöhte **Stressneigung** durch nicht gefühlte Überforderung, so daß leicht ein chronischer **Stress** und eine Sympaticotonie entstehen kann.

e) Zusammenfassung

Psychosomatose enhält die nosologische Struktur von
- **depressiv sein**
- **nicht sich selber sein (hysterische Komponononente)**
- **beides nicht spüren,**

sodaß dem Betroffenen von sich **nur der Körper** gegeben ist und existentiell ihm nur der **Kontext** zur Verfügung steht. So kann er sich nur am Körperschmerz und am sich Aufreiben in der Arbeit erleben, weil das Gefühl und die persönlich empfundene Stellungnahme nicht zur Verfügung stehen.

Durch die nicht gefühlte innere Verunsicherung entsteht **(mikro)-muskuläre Anspannung** und **(Dauer)-Stress**.

f) Weitere empirische Untersuchungen

Über die Vernetzung der psychosomatischern Krankheiten mit der **Depression** gibt es zahlreiche Untersuchungen, die signifikante Korrelationen zwischen Alexithymie und Depression nachweisen (Leweke et al. 2009, 136f). Es scheint ziemlich eindeutig, daß die Alexithymie nicht als Depression selbst zu verstehen ist oder als ein depressives Symptom, sondern als eigene Störung, die aber mit der Depression so hoch korreliert ist, daß einige Autoren sogar von einer „zustandsabhängigen Erscheinungsform der Depression“ sprechen (ebd.).

Unsere Theorie der Psychosomatik erhält durch jüngste Untersuchungen weitere Unterstützung. Depressive Patienten, die gleichzeitig unter Alexithymie litten, hatten unabhängig von der Schwere der Depression vermehrt *Suizidgedanken* (Hintikka et al. 2004), was mit der gesteigerten Aktivität und Pragmatik psychosomatisch Kranker zu tun haben könnte.

Diese alexithymen, depressiven Patienten leiden auch stärker unter *körperlichen Symptomen* (Sayar et al. 2003), d.h. sie bilden mehr körperliche Symptome aus als andere Depressive. Sie sprechen auf *Antidepressiva* (Paroxetin) schlechter an als Depressive ohne Alexithymie (Ozsahin et al. 2003), was auf einen anderen zugrundeliegenden Störungsmechanismus verweisen könnte, der eben nicht rein depressiver Natur ist.

Vanheide et al. (2007) fanden bei 134 Patienten mit einer klinisch manifesten Depression und Alexithymie ebenfalls, daß sie mehr emotions-affektive Symptome hätten. Sie beschrieben zusätzlich, daß sie ein größeres Ausmaß an „selbsteingeschätzter interpersoneller Kälte und Distanzierung“ aufwiesen (Leweke 2009, 135). Dies kann als starker Hinweis darauf gelten, daß neben der Störung der 2. GM auch die Pathologie der 3. GM mit den hysterischen Zeichen kombiniert ist.

Weitere Hinweise auf die implizite **hysterische** Störung finden sich in Untersuchungen über die Komorbidität der Angst mit der Alexithymie. Während nur eine geringe Komorbidität mit spezifischen Phobien gefunden wurde, gab es eine überraschend hohe Verbindung mit *Panikstörungen* und *sozialer Phobie* – beides sind Störungen, die wir in der EA als hysterische Angstformen verstehen (Leweke 2009, 136f).

Panische Patienten sind auch nach erfolgreicher Behandlung alexithymischer (und ängstlicher) und haben mehr Schwierigkeiten, sich gefühlsmäßig identifizieren zu können, als die Kontrollgruppe (Marchesi et al. 2005). D.h. daß der mit der Alexithymie verbundene hysterische Anteil (3. GM) nach erfolgreicher Panikbehandlung als eigener Bereich (Persönlichkeitszug?) bestehen bleibt.

Balon R (2005) fand empirisch, daß alexithyme Patienten mehr direkt formulierte verbale (d.h. durch Wörter die personale Präsenz vermittelnde) *Unterstützung* sowie ausgedrückte Akzeptanz und Empathie brauchen als nicht alexithyme Patienten. Dies könnte ein unterstützender Hinweis sein für die Bedeutung personaler Nähe (3. GM) und Beziehungsaufnahme (2. GM) von außen, da sie von innen nicht ausreichend aufgebracht werden kann. Das Ergebnis dieser Untersuchung kann auch dahingehend verstanden werden, daß es als Ersatz für die fehlenden Gefühle mehr kognitive (verbale) Zuwendung braucht.

In der **Existenzskala** (**ESK** – Längle et al. 2000) bilden sich folgende Schwerpunkte bei psychosomatischen Krankheiten ab: die Selbst-Distanzierung ist erhöht, was als Hinweis auf die innere Distanz zu sich und zum Körper verstanden werden kann. Die Selbst-Transzendenz ist erniedrigt – verstehbar als Leistung, die in ihrem Wert nicht gefühlt wird. Die Freiheit ist erniedrigt oder gleich – hier herrscht ein uneinheitliches Bild vor. Die Verantwortung ist erhöht, worin sich der Pflichtaspekt des wahrgenommenen Eingebundenseins (4. GM) niederschlagen könnte. In den Kürzeln der ESK zusammengefaßt:

SD ↑, ST ↓, F ↓ oder =, V ↑.

7. Auswirkung auf die personale Dynamik und somatische Ausgestaltung

Die Störungen auf der Strukturebene – der 2. und 3. GM – haben auch Auswirkungen auf der personalen Verarbeitungsebene (Prozeßebene), wie sie in der Personalen Existenzanalyse (PEA – Längle 2000) methodisch gefaßt ist. In Schema der PEA betrachtet wird durch die gestörte Beziehungs- und Gefühlswelt (2. GM) die **Eindrucksfähigkeit (PEA-1)** geschmälert.

Durch die Störung des Gespürs wird die Autonomie und Verfügung über das Eigene herabgesetzt (Selbstentfremdung), so daß **Stellungnahmen (PEA-2)** schwerer zu treffen sind, und wenn sie gegeben werden, dann beruhen sie kaum auf einer Abstimmung mit dem Gespür.

Das folgende Schema (Abb. 5) faßt die Wechselwirkung von Struktur und Prozeß zusammen:

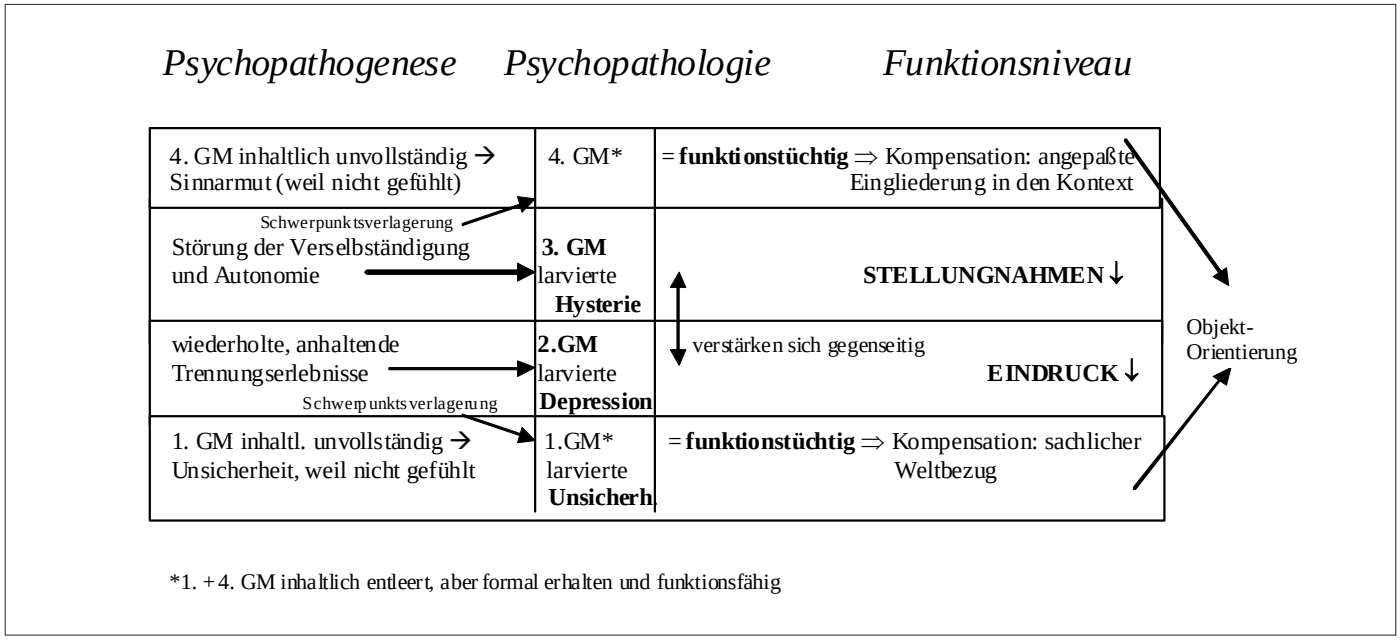


Abb. 5: Schematische Zusammenfassung des existenzanalytischen Modells zur Entstehung psychosomatischer Krankheiten auf dem Niveau der Struktur (GM) und der Psychopathologie sowie auf der Ebene der Funktion.

Struktur und Dynamik stehen in einem Wechselverhältnis. Die GM werden getragen und genährt vom Eindruck, entfalten sich anhand der Eindrücke. Sie werden aber auch moduliert durch die Stellungnahmen. Durch sie erhalten sie eine Festigkeit. Man kann sich das Wechselverhältnis wie in Abb. 6 vorstellen.

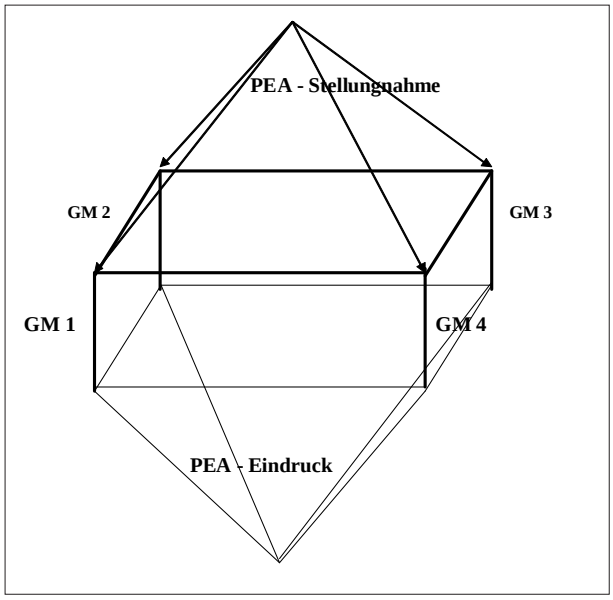


Abb. 6: Verschränkung von Dynamik und Struktur im Hintergrund der Psychosomatik

Durch diese enge Verschränkung von Struktur und Prozeß wird es verständlich, daß hier eine gegenseitige Beeinflussung vorliegt.

Zum Abschluß dieser Ausführungen soll noch ein Ausblick gegeben werden, ob erklärt werden könnte, warum es zu spezifischen psychosomatischen Störungen kommt? Weshalb entsteht beispielsweise beim einen Patienten ein Asthma, beim anderen eine Hautkrankheit? – Die Antwort darauf ist komplex, doch ergeben sich aus der vorliegenden Theorie einige Hinweise, die zu diskutieren es sich lohnen könnte.

Wie eingangs erwähnt, ist von einem „somatischen Entgegenkommen“ durch **Disposition** und Diathese (auf genetischer und erworbener Basis) auszugehen. Geschwächte oder vorgeschädigte Organe haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, auf Stress verstärkt zu reagieren als gesunde.

In Kap. 3.1 haben wir auf die Vernetzung der Grunddimensionen der Existenz mit der **Psyche** hingewiesen. Daraus läßt sich z.B. eine Bevorzugung von Copingreaktionen je nach Belastungs- und Persönlichkeitstyp ableiten, die zu einem einseitigen Einsatz von Körperreaktionen führen können (z.B. regelmäßige Reaktion mit kaltem Zynismus und begleitendem Bluthochdruck, oder mit Hektik und Tachykardie).

Im Kap. 3.2 haben wir **körperliche Repräsentanzen** zu den Grunddimensionen der Existenz beschrieben. Sie bieten dem Menschen eine Ausdrucksfläche erlebter Inhalte aufgrund der existentiellen Bedeutung der Organe. Hier ist anzunehmen, daß die Organe aufgrund der psychischen Beeinträchtigung der GM – der Blockade der 2. und 3. bzw. der Hypertrophie der 1. und 4. – entsprechend gedämpft oder stimuliert werden, was aber durch die Entkoppelung vom Erleben wie autonom abläuft. Durch die Ausbildung von regelhafter **Psychopathologie** in der 2. und 3. GM (larv. Depression und Hysterie) kommt es zur vernetzten und teilweise inhibierten Ausbildung dieser Symptome.

Hinter allem steht der **Stress** und die **muskuläre Anspannung**, die sich besonders in existentiell mit Bedeutsamkeit besetzten Organen auswirken kann (wie auch in somatisch entgegenkommenden Organen – s.o.). Da alle Organe mit Blutgefäßen durchzogen sind, ist eine Veränderung der Durchblutung und Ernährung grundsätzlich immer möglich.

Bei aller Vorsicht ob der verwobenen Komplexität des

Prozesses kann man versuchen, Schwerpunktbildungen psychosomatischer Organstörungen zu beschreiben. Eine deterministische Organwahl können wir in diesem Modell nicht finden. Dennoch könnte man im Ansatz über einige der psychosomatischer Krankheiten folgenden psychologischen Hintergrund zu beschreiben versuchen:

Asthma bronchiale ist in erster Linie ein *Raumthema*. Ist ein Mensch wiederholt u/o längere Zeit psychisch eingeengt und hat zu wenig „Raum" zum Leben und zu seiner Entfaltung, fühlt es aber nicht, beginnen die Bronchien unter dem psychischen Stress alleine zu schwingen. Das Erleben findet nur körperlich statt, weil es vom Gefühl her blockiert ist (z.B. durch rationale Vorgaben). Die Wahrnehmung der aktuellen Situation wird ohne Gefühl auf ihre Lebensbedeutsamkeit hin nicht erfaßt. So spiegelt der Körper, was psychisch nicht repräsentiert ist. Dabei kann die konkrete Ursache der Einengung sehr unterschiedlich sein: Beziehungsprobleme, Einstellungen, religiöse Konzepte, nicht bearbeitete Verluste oder Verletzungen, die zur Bearbeitung drängen, anstehende Probleme, die gelöst werden sollten, Selbstbild des ständigen Aufschiebens usw. Es bedarf der phänomenologischen Schau, um den Zusammenhang von so unterschiedlichen Ursachen zu sehen.

Die **essentielle Hypertonie** betrifft den Kreislauf – ein Organsystem, das der 2. GM zugeordnet wird. Damit könnten diese Probleme mit *Beziehung* oder *Wertethemen* zu tun haben. – Doch ist das Kreislaufgeschehen auch von anderen wichtigen Faktoren abhängig, etwa von Stress allgemein, sowie von Bewegung usw., sodaß eine monolineare Zuordnung zumeist der Ursachenkette nicht gerecht würde. Es ist zu rechnen, daß die inhaltliche Zuordnung dieser Störung mit einer größeren Varianz begleitet ist.

Die **Neurodermitis** hat einen psychosomatischern Anteil. Die Haut ist Grenz- und Berührungsorgan, wie oben beschrieben. Der psychologische Anteil an der Störung könnte also von den Themen der 2. und 3. GM her den größten Anteil beziehen.

Auch **Darmstörungen** könnten psychologisch gesehen vorwiegend mit Abgrenzungsthemen verbunden sein.

Die **rheumatische Arthritis** ist schwer zuzuordnen. Der Bewegungsapparat wird am ehesten der 4. GM zugeordnet, hat er doch mit Vollzug und Handeln zu tun. Handelt es sich um eine Störung im Handlungsbereich, somit um eine Überforderung auf der Ebene der 4. GM, die zu sehr im funktionalen Bereich gelebt wird? Sind mache der Beschwerden durch tendo-muskulären Zug auf Gelenkkapsel verursacht? Ist die rheumatoide Arthritis überhaupt eine psychosomatische Krankheit – wie hoch ist der psychische Anteil?

Die **Thyreotoxikose** wäre nach dieser Theorie keine wirkliche psychosomatische Krankheit, allenfalls eine sekundäre, indirekte, durch die Vernetzung mit Stresshormonen z.B. verursachte.

8. Ausblick auf die Therapie

Obwohl es nicht die Absicht dieser Arbeit ist, die spezifische Therapie der Psychosomatik zu beschreiben, soll doch ein kurzer Blick auf sie geworfen werden, und Grundzüge skizziert werden. Ein Fallbeispiel soll Theorie und Praxis illustrieren.

Die Therapie kann in folgende Bereiche gegliedert werden:

a) **Symptomatisch**: Schmerzreduzierung, Behandeln von Schlafstörungen, psychosoziale Hilfe (z.B. Bestätigungen für den Arbeitsplatz…); Anleitung und Übung des Gesprächs mit dem Partner über ihre Beschwerden und Leiden etc.

b) **Körperlich ursächlich**: Modifizierung der vegetativen Reaktionen (Massagen, Medikamente wie Phytotherapeutica, Antidepressiva, Tranquilizer, Neuroleptika; Autogenes Training, funktionelle Entspannung nach Jakobson; Konzentrative Bewegungstherapie, Yoga, Körpertherapien; Bäder, Kuren, Physiotherapie…

c) **Psychisch ursächlich**: Konflikt-, problem- und belastungszentrierte Psychotherapie an den Themen der 2. und 3. GM; Einstellung zu Gefühlen und Umgang mit sich selbst (Selbstannahme). Erklärungen und Üben des Fühlens und Stellungnehmens. Psychotherapie biographischer Inhalte.

Die folgende Therapie kann einen Einblick in die Praxis der Behandlung einer psychosomatischern Patientin vermitteln.

Das Störbild:

Frau F[6]., eine 52jährige Angestellte, kommt wegen rezidivierender schwerer *Migräneanfälle*, *Schlafstörungen*, diversen *Ängsten* und „*Depressionen*", wie sie sagt, in Therapie. Als Therapie-Ziel gibt sie an, den *Druck*, den sie ständig auf sich spüre, los zu werden. Sie habe immer das Gefühl, den Tag nicht zu schaffen, obwohl sie gerne ins Büro gehe. Selbst wenn sie mit lieben Freunden zusammen sei, habe sie Druck, sie müsse nett und lieb sein, alles recht machen usw. Selbst wenn sie im Flugzeug sitze und in den Urlaub fliege, mache es ihr Druck, daß sie zwei Stunden eingesperrt sei. – Sie habe eine Familienaufstellung gemacht, bei der sie erstmals über ihre Mutterproblematik hätte weinen können (dies wird später ein zentrales Thema, aber war durch die Aufstellung nicht bearbeitet). Der Druck stehe im Zusammenhang mit Menschen, die ihr anvertraut seien, denn sie sei sehr auf Liebe und Achtung angewiesen. Ihre größte Angst sei Zurückweisung und Alleingelassen-Werden. Aber auch neue Situationen machten ihr Angst, und die Mutter, die bei anderen Leuten die „reizendste Frau" sei, sich aber bei ihr wie „ein Ekel" verhalte. Wenn Besuch käme, hätte sie immer gesagt: „Jetzt zeigen wir uns von der tollsten Seite!" – Bedrückt fügte sie hinzu: „Und ich habe diese Züge in mir!" Sie habe große Angst, daß man sie nicht nett finden könnte, zieht sich entsprechend an, habe wenig Selbstwert und Selbstsicherheit. Sie wolle immer „lieb Kind" sein. Gemeinsam stellten wir heraus, daß sie sich zu wenig wert nehme, wenn sie versucht, sich nett zu verhalten und anzupassen. Sie lasse sich damit selbst im Stich.

Die Probleme mit der (hysterischen) *Mutter* nehmen zu Beginn der Therapie zu. Die Mutter beschimpft sie, ist kalt, bevorzugt die Schwester, schließlich wurde sie enterbt. Als der Vater vor Jahren starb, habe die Mutter ihr den Tod erst am Abend mitgeteilt, weil sie den Schmerz zuerst alleine haben wollte. Sie bemerkt zunehmend, wie ihr die Mutter „die Fülle

[6] Mit Einverständnis der Patientin und geänderten äußeren Daten.

des Lebens“ genommen habe: „… immer wenn ich spontan war, war es falsch; und immer wenn ich lustig war, war es frech.“ Sie war immer die Böse, die es nicht wert war, geliebt zu werden. Als sie zum Geburtstag (der Patientin) mit ihr beisammen war, bekam sie ein Gefühl von *Vergewaltigung*, wenn sie ihr nahe kam. Das kenne sie aber seit Jahrzehnten. Die Mutter forderte Nähe ein, auch von ihr – aber die Tochter empfand nur Widerwillen; es war für sie ekelerregend. Es habe sie schon als Kind gegraust, dieser häßlichen Frau so nahe zu kommen. Obendrein hätte die Mutter immer gelogen, ihr Leiden kultiviert und sie als Tochter hätte Rücksicht nehmen müssen. Darum wollte sie am liebsten auf Distanz gehen und sie möglichst wenig sehen. Doch war ihr das schlichtweg nicht möglich, wie sie anfangs meinte, wegen eines tief sitzenden Schuldgefühls: „Ich bin schuld an der ganzen Situation mit der Mutter!“ Sie gerate außerdem immer wieder an schwierige Menschen, weil sie zu gutgläubig sei, zu naiv, gehe über ihre Gefühle hinweg, lasse sich zu leicht mitreißen.

Kommentar: Man kann hier die Blockade bzw. Pathologie der 2. und 3. GM schon ganz gut erkennen: der Depression nahestehende, unmotivierte Schuldgefühle, mangelnde Liebeserfahrung; hysterische Begeisterungsfähigkeit und Adaptabilität mit sich Übergehen, Abgrenzungsprobleme, Selbstwertunsicherheit.

In der 5. Sitzung gestand sie, daß ihr auch die Therapie *Stress* mache, denn sie hätte das Ziel, daß „möglichst viel herausschauen“ müsse. So wurde ihr *Ehrgeiz* zum Thema, ihr jahrelanges Leiden, daß andere mehr schaffen würden in Beruf und Freizeit als sie. Es wurde deutlich, daß sie aus sich heraus kein eigenes Mögen entwickelt, und daher stets mit Vergleichen von anderen operiert.

Kommentar: Hier zeigt sich eine Kombination von 3. GM (Ehrgeiz) und inhaltsleerer, funktionalisierter 4. GM: Erfolg und Nutzenoptimierung.

Erste Phase der Therapie – Schwerpunkt Selbstwert

Die Bearbeitung dieser Themen brachte einen ersten Entwicklungsschritt: sie überging *negative Gefühle* (z.B. war da eine Kränkung einer Freundin) nicht mehr, konnte das Gefühl sogar aushalten. Und die unbemerkte, ständige *Ablehnung* ihrer Entscheidungen, die sie insgeheim stets als schlecht ansah, lockerte sich. Sie konnte manchmal empfinden, daß sie zu ihren Entscheidungen stehen kann.

Kommentar: Erste Lernschritte in der Entfaltung der Emotionalität der 2. und 3. GM.

Doch bekommt sie sofort ein *Schuld-Gefühl*, wenn der Chef, mit dem sie an sich gut auskommt, sie zu sich ins Zimmer bittet. „Habe ich etwas angestellt?“ ist ihr spontanes Gefühl. Im Zusammenhang mit erlebtem *Unrecht* erinnert sie sich an eine schwere, ungerechte Beschuldigung ihrer Mutter und erkennt langsam das Ausmaß der *Unterdrückung* in der mütterlichen Beziehung. „Es war bei der Mutter nicht OK, wenn ich ich war. Und der Vater hat mir keinen Halt gegeben, er ist vor der Mutter immer gleich umgefallen…“ Im weiteren Prozeß der PEA kann sie ihren niederen *Selbstwert* in Verbindung bringen mit der Erziehung, die darauf abgezielt habe, „uns zu solchen Menschen zu machen, wie sie es ist“. Außerdem wollte die Mutter ungehindert Macht über die Kinder ausüben können. Dies empfindet sie nun als Unrecht der Mutter und bewertet es als *Mißbrauch*. Diese leidvolle Seite der Mutter überwiege gegenüber den guten Seiten, die sie auch gehabt hätte.

Kommentar: Erste Aufarbeitung der Ursachen ihres Leidens auf der Ebene der 3. GM. Erkennen von erlittenem Unrecht und Unerdrückung des personalen Seins. Das emotionale Stellung beziehen gibt ersten Boden für den Selbstwert.

Ein längerer Krankenstand wegen einer Operation erlöste sie von der *Arbeit*, die sie kaum mehr ausgehalten hätte, so erschöpft war sie. In dieser Zeit bekam sie erstmals *Albträume*, die auf die Arbeit bezogen waren. Als sie wieder zu arbeiten begann, war sie überrascht zu merken, daß sie soviel dafür geben würde, wenn sie nicht wieder in die Arbeit gehen müßte. Parallel dazu erweitert sich ihr *Selbstbild* und es fällt ihr auf, wie sie auf „saugende Leute“, die sie als Freundinnen ansieht, „hereinfällt“; wie groß ihre *Begeisterungsfähigkeit* ist, die sie dazu verführt, sich zu übergehen, weil sie sich nicht einmal mehr fragt, ob sie das eigentlich mag und will, worauf sie anspringt; wie sie nicht *Nein sagen* kann „aus Angst, Feigheit, Schuldgefühlen und Scham“ und sie so in ein „hausgemachtes Schlammassel“ gerät.

Die aufgebrochene Gefühlswelt, die Achtsamkeit auf ihre Entscheidungen und Stimmigkeit machen ihr nun das *Leben schwer*. Erstmals fühlt sie nach dem Urlaub mit aller Deutlichkeit und Schwere, daß sie zutiefst nicht mehr in die Arbeit gehen mag. Sie hatte immer geglaubt, aber sich offenbar eingeredet, daß ihr die Arbeit gut gefiele. Nun kann sie es sich nicht mehr vormachen. Sogar die Mitarbeiter gehen ihr jetzt auf die Nerven – auch aus Angst, nicht mehr die Leistung erbringen zu können wie früher, als sie „zu überschwenglich“ gearbeitet hatte. Einher damit geht eine Erleichterung der Migräne. Sie empfindet weniger Stress, das Selbstbewußtsein ist gestiegen, auch Freundinnen hätten das bemerkt, und die Flugangst ist praktisch verschwunden. Doch gäbe es noch immer einen „Zwang zur Anpassung, weil es sich so oft einfach nicht gehört“, sich gegen die Umgebung zu verhalten. „Höflichkeit ist Menschenwürde!“ sage ihr der Kopf. Ein Traum brachte ihr die Problematik mit der *Mutter* wieder ins Bewußtsein: sie träumte, wie „die Mutter mich schrecklich zusammengeschimpft hat, und obwohl ich schon erwachsen war, konnte ich mich nicht dagegen wehren!“ Doch beim nächsten regelmäßigen Besuch der Mutter hätte sie bemerkt, daß sie nun gegen sie ankomme, während die Mutter ihr geradezu hilflos erschien. Sie beschließt, wie geplant, mit dieser zehnten Therapiestunde aufzuhören, da es ihr auch besser gehe, und vielleicht später mal weiterzumachen.

Kommentar: Die Arbeit bezog sich auf den Zugang zu sich selbst und die Erweiterung des Selbstbildes (3. GM), wodurch mehr Abgrenzung möglich wurde. Es verhalf auch zur Schaffung eines besseren Verständnisses ihres Befindens. – Mit der Zunahme des Fühlens (2. GM) entdeckte sie einen jahrzehntelangen kognitiven Irrtum, der vor allem aus dem Mangel an Fühlen entstand: der Glaube, die Arbeit gefiele ihr. Die Überaktivität der 4. GM läßt sie weiterhin angepaßt

sich verhalten. – Den Traum brachte sie mit einer nicht verarbeiteten Erfahrung mit der Mutter in Zusammenhang. Durch die pragmatische Konfrontation mit der Realität – Besuch bei der Mutter – glaubte sie das Problem überwunden zu haben.

Die zweite Phase der Therapie – Schwerpunkt 2. GM

Ein Jahr später kam sie wieder in Therapie. Sie sei immer verkühlt, hatte sogar eine Lungenentzündung, ständig Husten, Schwitzen, viel Streß, jeden Tag *Albträume* über die Arbeit, Widerwillen gegen alle Arten von *Autoritäten*, wie z.B. ihr Chef, weil immer sofort eine *Schuldangst* aufkommt. Besonders leide sie nun unter einer *Vergessensangst*, weil sie auch wirklich auffallend viel vergesse. Dies hängt offensichtlich vorwiegend damit zusammen, daß sie Unangenehmem aus dem Weg geht (während sie es früher überschwenglich umdeutete). Neu ist, daß sie erstmals mit zwei Kolleginnen über ihre Angst vor der Arbeit sprach, die vorwiegend in der Selbst-Unsicherheit beruht, nicht gut genug zu sein, nicht genug zu können (obwohl sie eine langjährige, erfahrene Sekretärin ist). Es wächst ihr nun alles über den Kopf, und sie reagiert depressiv. Auch früher hatte sie schon *Depressionen*. Sie sei wiederholt von Ängsten geplagt worden, keine Freunde zu haben. War immer auf der Suche nach Menschen, die zu ihr stehen und ihr Zuneigung geben. Nun verfiel sie in eine tiefsitzende Versagensangst bzw. fühlt sich als Versagerin. Immer wieder taucht das *Problem Mutter* dazwischen auf. Es beschäftigt sie, als ihr Mann anläßlich ihrer regelmäßigen Besuche bei der Mutter einmal meinte, er würde sie nicht aushalten. Sie empfindet selbst, wie „grauselig“ sie zu ihr ist. Aber sie schaffe es aus ihrer *Verpflichtung* nicht, den Kontakt zurückzuschrauben. Auf einen zusammenfassenden Eindruck des Therapeuten, daß diese Frau „Seelengift“ für sie sei, bekommt sie erstmals Gefühle wie in der Kindheit, fühlt sich verlassen, in Stich gelassen, „die Luft geht mir aus, ich kann nichts mehr sagen!“ Der Mutter gegenüber wurde ein sanftes Programm der Abgrenzung begonnen.

Kommentar: Es dominiert das Leiden an der 2. GM mit Depression und das Thema Beziehung, vor allem mit der Mutter. Dabei wird die Unfähigkeit zur Abgrenzung deutlich, die der Th durch eine klare Beschreibung der Mutter und der Massivität ihres Einflusses anzuregen versuchte.

Doch die Selbstunsicherheit, das sich Genieren, der Kampf um Anerkennung und Ehre, das Angepaßtsein und die Schuldangst beschäftigten uns vorwiegend in den Gesprächen zu dem Zeitpunkt. Die Autoritätsangst und das Bedürfnis nach Lob, für das sie bereit ist, sich anzupassen, führte unweigerlich wieder zur Mutter zurück. Autorität oder gar Kritik waren in ihr mit dem Gefühl verbunden: „Du warst nicht brav – dafür wirst du bestraft, d.h. bloßgestellt und bekommst keine Liebe!“ Langsam begriff sie, daß die Mutter sie nie geliebt hat. Und daß der *Kopfschmerz* etwas mit dem Stress des *Nichtgeliebt-Seins* zu tun haben könnte. Nun begann eine *Trauerphase* darüber, wie arm sie eigentlich als Kind war, weil sie eigentlich keine Liebe von der Mutter erfahren hatte.

Wir deckten auf, daß sie sich *selbst* nur *mag*, wenn sie *leistet*. Wir machten Übungen zum Körper-Fühlen, sich mögen. Wir mußten gegen ihre Angst antreten, daß es Egoismus sei, sich gefühlsmäßig auf sich zu beziehen und ein Gefühl zu haben, leben zu mögen. – Dies entlastete sie sehr. Das Antidepressivum wurde langsam weggelassen, und sie fühlte ihren Wert und den Wert des Lebens. Aufgrund ihres erleichterten Befindens und des gewonnen Erlebenshorizontes will sie nun die Therapie beenden, da sie nicht mehr nötig sei.

Kommentar: Es dominierte die Arbeit an der 2. GM, auch wenn die dritte dazwischen aufkam. Das aufkommende Gefühl für sich selbst mußte gegen die eingefleischten Haltungen geschützt und geübt werden. Die spürbare Erleichterung veranlaßte sie in ihrem noch immer weitgehend zweckorientierten Denken, die Therapie zu beenden.

Der Durchbruch

Zwei Jahre später kam sie wieder. Es wurden zwei Sitzungen. Frau F. hatte im letzten Jahr extreme Kopfschmerzen, viele Krankenstände. Die neurologischen Untersuchungen seien alle in Ordnung, doch Beruhigungs- und Depressionsmittel helfen nicht mehr. Ihr Chef will sie nun in *Frühpension* schicken, aber sie könne mit dem Gedanken nicht umgehen. „Muß das so enden bei mir?!“, sage sie sich ununterbrochen. Denn sie sei immer gerne arbeiten gegangen, aber jetzt fühle sie sich „total unnütz und als Versagerin“, wenn sie in die Frühpension gehen müsse. „Es ist ein Scheitern, wenn ich jetzt aufhöre. Ich würde mir unnütz vorkommen.“

Diese Reaktion auf den Pensionierungsvorschlag des Chefs war unverständlich, wo sie doch schon vor zwei Jahren deutlich Widerstand und Ablehnung gegen die Arbeit und sogar gegen Mitarbeiter empfand, und sich vor dem Chef immer unsicher fühlte. War das alles vergessen? –

In der Zwischenzeit gab es eine große Veränderung: die *Mutter* war *verstorben*, in beziehungsloser Art hatte sie ihr die Verabschiedung verweigert. Frau F. fühlte sich aber dennoch erleichtert.

Doch stand sie weiterhin unter *Druck*, der wegen der Pensionierung noch verstärkt war. Woher kam dieser Druck?

Sie spürt den Druck nur in der Arbeit. Sie hat nicht mehr die Nerven dafür, ist immer „hundemüde“, hält das ständige Telefon nicht mehr aus. Aber dieses – seit zwei Jahren bewußt gefühlte: ‚ich mag nicht mehr’ – empfand sie als Versagen.

Kommentar: Der Zusammenhang der Arbeit mit dem Selbstwert und rigiden Überzeugungen brach auf. Gleichzeitig war unter dem Stress der drohenden Frühpensionierung ein Rückschritt erfolgt in der emotionalen Wahrnehmung der Situation. – Diesen Zusammenhang des Selbstwertes mit der Arbeit bzw. den Überzeugungen galt es nun zu erhellen. – Hier wird weitgehend nun der wörtliche Dialog wiedergegeben, weil in der Beschreibung des Erlebens durch die Patientin ihre Struktur besser zum Vorschein kommt.

Nun kann sie zum ersten Mal sagen und sich eingestehen (vielleicht auch erinnern), daß sie *vom ersten Arbeitstag an* Druck spürte, Angst hatte, sogar Durchfall bekommen hatte. „Eigentlich hätte ich sagen müssen: das ist nichts für mich, als Sekretärin zu arbeiten! Denn eigentlich wollte ich Schneiderin werden, aber die Mutter ließ mich nicht.“ Die Macht der Mutter über sie war unvorstellbar. Sie hatte ihr z.B. auch Beziehungen ausgeredet. Dasselbe tat sie mit dem Berufs-

wunsch: „Sie hat selbst als Sekretärin gearbeitet, und sie hat ganz dafür gelebt, nicht für uns. Und so sagte sie: bei uns wird die Handelsschule gemacht, und nicht eine Lehre! Da habe ich die Handelsschule gemacht und als Sekretärin gearbeitet.“ Nun hatte sie jahrzehntelang darin gearbeitet, stets mit dem Gefühl: „Das ist meine Pflicht!“ Und sie war stolz darauf, denn sie verglich sich mit den vielen Menschen, die etwas beginnen, aber wieder aufgeben. Sie hingegen konnte erleben, daß sie die begonnene Arbeit „entschieden weitermachte – das war mir immer schon ein wichtiger Grundsatz. Auf ein solches *Pflichbewußtsein* war ich *stolz*. Man hat sich auf mich verlassen können. Das ist mir bis heute wichtig, daß man sich auf mich verlassen kann.“

Th: „Das ist der Knopf, da sitzt die *Falle*.“

Pat: „Das war der Grund, warum ich meine Mutter immer besucht habe und jedesmal heulend heimgekommen bin. Da kam kein Gedanke auf wie: Geh doch nicht mehr hin! Oder: das schaffe ich nicht. – Das war meine Aufgabe, sie nicht allein zu lassen. Und sie hat sich gefreut auf mich, daß sie ein Ventil hatte, ihren Frust loszulassen. Aber ich habe immer Kopfschmerz bekommen.“

Th: „Sind Sie nie aus Interesse, Liebe, Freude zu ihr gegangen?“

Pat: „Nein, das kann ich mit Sicherheit sagen. Wenn ich heute noch die Stufen raufgeh im Altersheim, hab ich noch das Gefühl, als ob ein schwarzer Schleier auf mich fällt, oder so etwas Ähnliches.“

Th: „Wie haben Sie denn gelebt?!“

Pat: „Mit *Kopfschmerz* eben.“

Th: „Wissen Sie, wann sich Kopfschmerz einstellt? – Wenn sich *Kopf und Gefühl querstellen*. Vom Gefühl her wollten Sie nicht zu ihrer Mutter, aber vom Kopf her sind Sie gegangen. Sie haben nie gelernt, Ihre Pflicht und Aufgabe für sich selbst wahrzunehmen, sondern nur für andere.“

Pat: „Das habe ich noch nie bedacht.“

Th: „Man hat ja auch eine Pflicht und Aufgabe für die Eigenverantwortung…“

Pat: „Ich mache schon auch Dinge, die mir Spaß machen.“

Th: „Solange sie der Pflicht nicht in die Quere kommen.“

Pat: „Das ist richtig. Sonst steht das hinten an.“

Th: „Das ist auch die Ursache ihrer *Vergeßlichkeit* und Schußligkeit, weil Sie den Kopf über das Gefühl setzen. Da rächt sich das Gefühl.“

Pat: „Ach so ist das?! Und darum sind auch meine Gedanken manchmal so weg.“

Th: „Das ist die einzige Form, wie sich ihr Gefühl gegen ihren Kopf wehren kann, indem es manchmal den *Kopf leer macht* und die Gedanken –„

Pat (unterbricht): „Richtig! Den Ausdruck habe ich schon für mich gebraucht: ‚Mein Kopf ist leer!’ *(Sie lacht)* Sehen Sie, ich habe mich nicht einmal getraut, das zu denken! Aber es stimmt! *(Lacht ganz erleichtert)*“

Th: „Jetzt verstehen Sie den Kopfschmerz, die Bedeutung für das Leben, und merken, daß Sie es im Grunde schon immer gewußt haben. Wenn Sie das so hören, müssen Sie richtig auflachen vor Erleichterung; und weil Sie spüren: das trifft das genau, was ich in mir unterdrückt hatte.“

Pat: „Ganz genau! Super!“

Th: „Vor zwei Jahren schon hatten wir festgestellt, und das hat Sie damals sehr erleichtert, daß der Kopfschmerz auch mit dem Gefühl zu tun hat, *nicht geliebt* zu sein. Vielleicht haben wir heute die Brücke geschlagen zwischen dem und der Pflicht, die Ihnen über alles geht. Und auf die Sie stolz sind, weil es Sie so verläßlich macht… Aber laßt uns an der Stelle fragen: Was kriegen Sie denn für die Verläßlichkeit?“

Pat: „Genau, das habe ich mir jetzt auch gerade gedacht. Warum mache ich das eigentlich? Da geht es mir doch eigentlich auch nur darum, daß man mich vielleicht lieb hat…?!“

Th: „Und wenn Sie die Pflicht nicht einhielten, was wäre dann?“

Pat: „Dann würden mich die anderen nicht mögen oder vergessen… jedenfalls wäre es was Negatives für mich. – Aber das klingt schon so, als ob es Vergangenheit wäre. Denn wenn ich mich jetzt dafür entscheide, was ich wirklich tun möchte, dann tue ich mir selbst so diesen Liebes- - wie soll ich sagen? – Das ist einfach so schön, daß ich vielleicht auf das Lieb-gehabt-Werden nicht angewiesen bin.“

Th: „Genau. Wunderbar. Das ist es. Das ist das *Ende vom Kopfschmerz*.“

Pat: „Das glaube ich Ihnen. Ich spür das schon in mir.“

Th: „Nur kann es sein, daß Sie noch etwas üben müssen, um das durchzusetzen, was Sie jetzt erkannt haben.“

Pat: „Das glaube ich auch. Das ist eine neue Sache für mich. Und es gibt Bereiche, wo ich es nicht kann. Z,B. bei meiner Mutter, oder bei der Arbeit. *Die Arbeit hängt mit meiner Mutter zusammen. Wenn ich die Arbeit aufgebe, dann ist das, wie wenn ich meine Mutter aufgebe.* Mir kommt das jetzt so gerade zu Bewußtsein.“

Th: „Das wäre die Loslösung von dieser vergiftenden Mutter – Sie erinnern sich, daß ich dieses Wort vor zwei Jahren gebraucht habe? Das ist eine toxische Mutter. Das ist schon schlimm, wie sie sich verhalten hat. Und das Gefährliche ist: an solchen Müttern hängt man paradoxerweise besonders. Weil man von ihnen wenigstens ein Bißchen Liebe herauspressen will.“

Pat: „Genau, das wollte ich jetzt genau auch sagen. Irgendwo wollte ich das. Ich habe das die ganzen Jahre unterdrückt, aber bei ihrem Tod habe ich es mir von ganzem Herzen gewünscht, daß sie mich liebt. Und zwar wie ich bin, einfach wie ich bin…“

Th: „Und das haben Sie nie bekommen?“

Pat: „Nein.“

Th: „Und darum sind Sie ein Leben lang brav in die Arbeit gegangen und haben *getan, was die Mutter wollte, um dadurch ein bißchen in der Nähe der Mutter verweilen zu können*. – ? Um in ihrem Geiste zu leben, und ihr so nahe sein zu können. – ?“

Pat: „Es stimmt. Es erschreckt mich ein bißchen, aber es stimmt.“

Th: „Warum Erschrecken?“

Pat: „Daß ich *so abhängig* war, vielleicht gar noch bin, aber vielleicht schon eher war.“

Th: „Wir sollten langsam zum Ende kommen. – Was sagen Sie jetzt zu Ihrer Situation?“

Pat: „Ich werde noch ein bißchen weinen, wenn ich es genau nehm. Aber das kann ich mir gut vorstellen. – Das muß sich erst setzen bei mir. Aber es ist ganz klar. Es ist glasklar. Es ist so."

Th: „An der Stelle lasse ich Sie jetzt besser mit sich allein. Und im Gespräch mit Ihrem Mann. Und dann vielleicht noch mal mit mir."

Pat: „Herzlichen Dank, das war super, das war wirklich super."

Th: „Ich habe auch das Gefühl, wir haben den Nagel auf den Kopf getroffen: das Pflichtgefühl verstanden."

Pat: „Ja, und wie Sie sagten: Endlich mal das tun, was nicht Pflicht ist, was Freude ist, was Leben ist. Das ist wie ein Geschenk!"

Th: „Ja, das ist das Geschenk des Lebens, das Ihnen gegen den Widerstand der Mutter wieder geschenkt wurde."

Kommentar: In dieser bewegenden Sitzung entstand im Dialog eine Zusammenschau der Ursachen, die zu diesem stressreichen Leben und in der Folge zu den Mirgäneattacken geführt hatten. Unter der Haltung des Pflichtbewußtseins und seiner Rigidität wurde der leidvolle Mangel an Mutter-Liebe emotional zugänglich. Es wurde die erschreckende Dimension deutlich, die diese Suche nach ein wenig Liebe in ihrem Leben hatte. Es wurde deutlich, daß sie der Mutterliebe gegen die Wahrheit opferte und sich in Täuschung und emotionaler Leugnung aufhielt.

Die Befreiung

Nach drei Wochen kam sie zur 18. und letzten Stunde. Sie war *entschieden*, in *Frühpension* zu gehen. Und seither geht es ihr viel besser. Sie ist entspannter, ohne Stress und Druck, und die Migräne „unvergleichlich leichter". Es ist, als ob der Körper ihre Entscheidung bestätigt.

Da ist noch ein wenig *Angst*: daß die *Leute* meinen könnten, „die richtet es sich". Sie selbst glaubte es lange, hielt es für ein Davonrennen.

Pat: „Aber es ist mehr als ein Flüchten, es ist wirklich notwendig!"

Th: „Es ist überhaupt kein Flüchten! Da müssen Sie schon sehr klar sein!" …

Und nochmals kam die Rede auf Ihre *Lebenshaltung*, auf ihren *Stolz*, „die ganzen Jahrzehnte sich nicht gedrückt zu haben, nie davongelaufen zu sein." Es war verständlich, daß ein solcher Paradigmenwechsel in ihrem Leben sie immer wieder unsicher machen kann, ob es nicht doch ein Davonlaufen sei. Aber vor allem *entwertet* die neue Haltung ihren bisherigen großen Aufwand, ihr jahrzehntelanges Leiden. Das soll jetzt auf einmal nicht mehr gut und wertvoll sein?

In diesem abschließenden Gespräch wurde nochmals verstärkt deutlich, daß sie für ihren Selbstwert unbedingt die Überzeugung haben wollte, daß sie für ihre Arbeit lebe. „Das war ein Bild, das ich von mir haben wollte. … Aber es war ein *Scheinbild*, das Ganze... Und ich sehe jetzt: das war die ganz große Ursache für meine Probleme." Der Tod der Mutter hat diese Entwicklung beschleunigt, vielleicht erst möglich gemacht. Sie erkennt nun, wo die Ausstiegsmöglichkeit gewesen wäre und wann sie die Arbeit hätte verlassen sollen: nach der Geburt des Sohnes, das wäre das natürlich Ende gewesen, da nicht mehr zurückzugehen. Denn von da ab hatte sie Schlafstörungen. Die hat sie übergangen. Doch war es kein Thema, zu arbeiten aufzuhören, auch für ihren Mann nicht, und auch aus ökonomischen Gründen nicht. Vieles hielt sie noch dazu im Glauben, daß es so gut sei: sie wurde gelobt in der Arbeit, sie durfte sich die Urlaubszeiten aussuchen, sie war erfolgreich – uns so dachte sie auch: „Es paßt eh so! Es liegt nur an mir, an meiner Schwäche und Unfähigkeit." Nun aber kann sie es gut abschließen und die Arbeit lassen. Sie weiß schon, womit sie sich danach beschäftigen wird, und freut sich darauf.

Pat: „Daß Sie das auch so sagen, daß ich mit der Arbeit jetzt gut abschließen kann, das ist mir wichtig – daß so eine Sicht auch von außen kommt."

Th: „Ich glaube, jetzt sind Sie aus dem Schraubstock der Mutter endlich entlassen. Und so ein Schraubstock kann ordentlich Kopfschmerz machen…!"

Literatur

Antonovsky A, Franke A (1997) Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag

Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – 1. Item selection and cross-validation of the actor structure. J Psychosom Res 38, 23-32

Balon R (2005) Reflections on Relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2004. In: Psychother Psychosom 74, 3-9; 6-7

Bauer E (2009) Ich und mein Leib – Versuch der Neuinterpretation der Leib-Seele-Einheit. In: Existenzanalyse 26, 2, 4-12

Beck M (2003) Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie. Paderborn: Schöningh, 3. Aufl.

Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Biebl W (2004) Psychosomatische Medizin – aktuelle Entwicklungen. ÖÄZ 3, 40-45

Bräutigam W, Christian P, von Rad M (1997) Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme, 6°

Csikszentmihalyi M (2000) Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen. (Übers., Beyond Boredom and Anxiety - The Experience of Play in Work and Games, 1975), Stuttgart: Klett, 8., unv. Aufl.

Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD (2003) Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. Science 302: 290-292

Engel GL, Schmale AH (1987) Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. Psyche 23, 241-261

Epstein S (1993) Cognitive-experimental self-theory for personality and developmental psychology. In: Funder DC, Parker RD, Tomlinson-Keasey C, Widaman K (Hrsg) Studying lives through time. Personality and development. American Psychological Association, Washington DC, 399-438

Fava GA, Mangelli I, Ruini C (2001) Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. Psychother Psychosom 70, 171-175

Felliti VI, Fink PI, Fishkin RE, Anda RF (2007) Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE)-Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte. Trauma und Gewalt 2(2), 18-32

Frankl V (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V, v Gebsattel V, Schultz JH (Hg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München/Wien: Urban & Schwarzenberg, Bd. III, 663-736

Frankl V (1975) Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern:

Huber
Frankl V (1979) Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion. München: Kösel
Frankl V (1982) Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt
Freud S ([1894] 1952) Die Abwehr-Neuropsychosen. In: Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O (Hrsg) Freud S, Gesammelte Werke, Bd 1, Frankfurt/Mensch: Fischer, 57-74
Frischenschlager (2008) Das Affektgeschehen als Schaltstelle zwischen psychischer und psychosomatischer Symptomatik. In: Psychotherapie-Forum 16, 31-38
Gathmann P (1985) Der psychosomatisch Erkrankte in der Praxis. Diagnostische Probleme, medikamentöse Therapie. Wien: Roche Edition
Gathmann P (2000) Psychosomatische Erkrankungen. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 566f
Grabe HJ, Rufer M (2009) (Hg) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber
Grabe HJ, Scheidt CE (2009) Einführung: das Alexithymiekonstrukt und seine psychometrische Erfassung. In: Grabe HJ, Rufer M (2009) (Hrsg) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber 19-39
Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen.
Halász A (1993) Psychosomatik und Existenzanalyse. Über die Bedeutung der Sinnorientierung bei psychosomatischen Erkrankungen. Wien: Unveröff. Diplomarbeit Grund- und Integrativwiss. Fak. der Univ.
Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Tanskanen A, Haatainen K et al. (2004) Alexithymia and suicidal ideation: Angst 12-month follow-up study in a general population. Compr Psychiatry 45, 340-345
Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer
Kielholz P, Pöldinger W, Adams C (1981) Die larvierte Depression. Köln: Dt. Ärzteverlag
Köhler Thomas (1995) Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die allgemeine und spezielle psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 3°
Kutter P (1981) Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen. Jahrbuch Psychoanalyse 13, 93-114
Längle A (1999) Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 18-29
Längle A (2000) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas
Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16,1, 1-8
Längle A (2004) Existenzanalyse der Depression. Entstehung, Verständnis und phänomenologische Behandlungszugänge. In: Existenzanalyse 21, 2, 4-17
Längle A (2006) Hysterie – Psychopathologie, Psychopathogenese und Dynamik. Versuch zur Rehabilitation des Konzeptes auf der Grundlage psychodynamischer und existentieller Dynamik. In: Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 5, 4, 187-203
Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas)
Längle A, Orgler C, Kundi M (2000) Existenzskala (ESK). Göttingen: Hogrefe
Lazarus R S, Folkman S (1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer
Leweke F, Benesch S (2009) Alexithymie und Krankheit. – Zusammenhänge mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten. In: Grabe HJ, Rufer M (2009) (Hrsg) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber, 127-148
Loeb P (2008) Psychosomatik – Integration oder Polarisierung. In: Psychotherapie-Forum 16, 3-7
Maddi S, Khoshaba D (1994). Hardiness and Mental Health. In: Journal of Personality Assessment, 63, 265-274.
Marchesi C, Fontó S, Balista C, Cimmino C, Maggini C (2005) Rlationship between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question. In: Psythother Psychosom 74, 56-60, 56
Marty P, de M'Uzan M (1978) Das operative Denken. Psyche 32, Heft 10, 974-984
Minuchin S, Baker L, Rosman BL (1978) Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard Univ. Press. Deutsch: Psychosomatische Familie. Stuttgart, Klett, 1982
de M'Uzan M (1978) Die psychosomatische Struktur. In: Overbeck A, Overbeck Gefühl (Hrsg) Seelischer Konflikt – körperliches Leiden. Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik. Reinbeck: Rowohlt, 170-184
Nemiah JC, Sifneos PE (1970) Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW: Modern Trends in Psychosomatic Medicine. London: Butterworth, 26-34
Ozsahin A, Uzun O, Cansever A, Gulcat Z (2003) The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression. Depress Anxiety 18, 62-66
Papciak AS, Feuerstein M, Spiegel JA (1985) Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of physiological and cognitive responses. J Hum Stress 11, 135-142
Picardi A, Toni A, Caroppo E (2005) Stability of Alexithymia and Its Relationships with the 'Big Five' Factors, Temperament, Character, and Attachment Style. In: Psychother Psychosom 74, 371-378
Rothe HM (1991) Vorbemerkungen einer existenzanalytischen Psychosomatik. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Med. Psychologie 42, 6, 191-220
Rudolf G (2008) Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte. In: Psychotherapie-Forum 16, 8-14
Ruesch J (1948) The infantile personality. Z psychosom Med 10, 134-144
Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS (2003) Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. Gen Hosp Psychiatry 25, 108-114
Schur M (1955) Comments o the metapsychology of somatisation. In: Psychoanal. Stud. 10; *Deutsch*: (1978) De- und Resomatisierung. Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: Overbeck A, Overbeck G (Hrsg) Seelischer Konflikt – körperliches Leiden. Reinbeck: Rowohlt, 82-142
Sifneos PE (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. In: Psychother Psychsom 22, 233-262
Stern D (2005) Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt: Brandes & Apel
Taylor GJ (2000) Recent developments in alexithymia theory and research. Can J Psychiatry 45, 134-142
v. Uexküll T (2008) Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Elsevier, Urban & Fischer, 6°
Vanheule S (2007) Alexithymic depression: Evidence for a depression subtype? Psychother Psychosom 76, 315f
Waldenfels B (2000) Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt/M: Suhrkamp
Wilke E (1996) Psychotherapie bei psychosomatisch Kranken. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E: Psychotherapie. Berlin: Springer, 341-390
Wirsching M (1996): Psychosomatische Medizin. Konzepte, Krankheitsbilder, Therapien. München: Beck

Anschrift des Verfassers:
Univ.-Doz. DDr. Alfried Längle
Ed. Sueß-Gasse 10
1150 Wien
alfried.laengle@existenzanalyse.org

Aus ganzem Herzen leben

Anton Nindl

In Dichtung, Kunst, Religion und Philosophie wird dem Herzen metaphorisch von jeher eine übergreifende Weisheit zugesprochen. Auch in den modernen Naturwissenschaften wird zunehmend vom Herzen als einem hoch sensiblen Wahrnehmungs- und Kommunikationsorgan für physiologische und psychische Prozesse gesprochen und ihm dabei eine wesentliche Bedeutung bei der Emotions- und Selbstregulation zugeschrieben. Möglicherweise kommt unserem Herzen in seiner lebendigen Rhythmik das Synchronisieren von Beweggründen zu, die uns in Achtsamkeit leibhaftig erfahrbar den Weg zu Sinnfindung und Erfüllung weisen können.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Herzfrequenzvariabilität, Sinnfindung, Zustimmung

Living wholeheartedly

Metaphorically, overall wisdom has always been bestowed upon the heart in literature, art, religion and philosophy. Also modern natural sciences increasingly relate to the heart as a highly sensitive organ of perception and communication for physiological and psychological processes, attributing to it a central role concerning the regulation of emotions and of the self. Perhaps the synchronisation of motives, which can, attentively experienced in person, mark out the path towards the establishment of meaning and finding fulfilment, is steered by the hearts lively rhythm.

Key words: Existential Analysis, heart frequency variability, establishing meaning, approval

Weisheit des Herzens

„Das Herz hat einen Grund, den der Verstand nicht kennt: man weiß das aus tausenderlei Dingen“. Das sagt Blaise Pascal, das größte Genie Frankreichs im 17. Jahrhundert, der große Architekt und Ingenieur der modernen Welt, Vorläufer von Newton und Leibnitz und gleichzeitig der erste Existenzphilosoph, der Vordenker von Nietzsche, Kafka oder Camus. Pascal entfaltete sein Genie zwischen der geistigen Unendlichkeit und der körperlichen Endlichkeit des Menschen. Ein großer Denker, der die Würde des verletzen Menschen im Auge hatte. Das Herz hat für ihn Gründe, die der Verstand nicht einmal ahnt (Attali 2006).

Was hat es mit dem Herzen auf sich, das da singt, jubelt, klagt, bebt, zerspringt, schmachtet, bricht; das verschenkt und ausgeschüttet wird, im Sturm zu erobern ist; das treu ist, links schlägt und am rechten Fleck sitzt?

Ist das Herz, um ein Bild aus der Seefahrt zu verwenden, gleichsam ein Gyroskop durch die Untiefen und Strömungen der leiblich-seelischen Bedingtheit auf der Suche nach ganzheitlicher Existenz? Viktor Frankl wird viele Jahre nach Pascal einmal sagen: Das Herz ist immer weitsichtiger als der Verstand je scharfsinnig sein kann. Klingt hier schon die emotional-integrative Wende in der modernen Existenzanalyse an: die Person als leiblich-seelisch-geistige Einheit (Längle 2003, 2007, 2009)?

Leibhaftig sind wir eine Einheit aus Körper und Psyche, schrieben wir im Grußwort des Kongresses. Als lebendig-leibliche Einheit bin ich ein Subjekt von Lebensäußerungen und gleichzeitig bin ich eine Gesamtheit physiologischer Vorgänge (Fuchs 2008). Kann sich aus der Reduktion auf physiologische Vorgänge eine „Weisheit“ des Herzens ableiten lassen?

Es braucht ein Herz, das lebensspendend, lebenserhaltend und lebenssteigernd den Kreislauf gewährleistet. Es ist offensichtlich mehr, als bisher angenommen, in die Emotions- und Selbstregulation eingebunden. Das Herz bekommt über das autonome Nervensystem Impulse vom Gehirn, die über den sympathischen Nervenstrang beschleunigend auf den Herzrhythmus einwirken. Der Parasympathikus, als Gegenspieler verlangsamt den Herzrhythmus und sorgt für Ruhe. Es braucht je nach Anforderung die entsprechende Balance der beiden Antagonisten. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Herzfrequenzvariabilität, die das Ausmaß der Schwankungen des Sinusrhythmus um seinen Mittelwert beschreibt. Ein gesundes Herz schlägt nämlich nicht metrisch im Takt, sondern es „tanzt“ – um es mit einem Bild von Moser und Kollegen (2004) auszudrücken – gleichsam um einen Mittelwert. Bemerkenswert ist, dass es besonders dann um den Mittelwert tanzt, wenn wir uns erholen. Wir fühlen uns wohl. Nehmen wir einen beschleunigten Herzschlag oder ein Herzstolpern wahr berührt uns das affektiv. Wir fühlen uns aufgeregt, gestresst, haben vielleicht Angst. Plötzlich werden wir uns unseres Herzens bewusst. Objektiv gesprochen nimmt unsere Herzfrequenzvariabilität durch die erhöhte sympathoadrenerge Aktivität ab. In einer Spektralanalyse würde sich ein inkohärentes Frequenzspektrum abbilden (Goleman 1997, Childre & Martin 2000, Servan-Schreiber 2006).

Hier sind nun die Befunde von Birkhofer und Kollegen (2005) interessant, die empirisch nachweisen konnten, dass eine schwere Depression mit einer eingeschränkten Herzfrequenzvariabilität einher geht, die die Forscher auf eine verminderte parasympathische Aktivität zurückführen. Die existenzanalytische Sichtweise der Depression, als gestörte Grundbeziehung zum Leben (Längle 2004) bildet sich offensichtlich physiologisch in einer rigiden Herzfrequenzvariabilität ab.

Wenn auch eine Vielzahl von Einflussgrößen auf die Herzfrequenz wirkt, so ist es zumindest beeindruckend, dass wir durch das Aktualisieren von intentionalen Gefühlen wie Wertschätzung, Mitgefühl oder Liebe in einen messbaren herzkohärenten Zustand gelangen können. Die emotionale Erfahrung, dass die Barmherzigkeit, die Misericordia, also die Anteilnahme am Schicksal des Anderen unser Herz wärmt, wird nicht zuletzt durch kardiale Rezeptoren beeinflusst und kann beispielsweise im HeartMan, einem in der Weltraumtechnik entwickelten HiTechgerät sichtbar gemacht werden (Moser et al. 2004). Während das diskordante Herz das Herz des gestressten, konkurrierenden Alltagsmenschen ist, wirkt Concordia, die Eintracht, durch Achtsamkeit und Friedfertigkeit: Entscheidungen werden konkordant. Herzgefühle verbessern den Zustand und das Gleichgewicht des Nervensystems, sorgen für einen harmonischen Herzrhythmus und erhöhen unsere kognitive Leistungsfähigkeit. Wenn es uns also gelingt, diesen Zustand der Herzkohärenz herzustellen, anders ausgedrückt die Kommunikation zwischen Herz und Gehirn achtsam wahrzunehmen, können wir eine „Herzintelligenz“ (Childre & Martin 2000) entwickeln, die Intellekt und Emotion verbindet und Quelle der emotionalen Intelligenz ist. Daniel Goleman meint dazu, „im Herzen etwas zu wissen, dass etwas richtig ist, ist eine andere Art von Überzeugung – irgendwie eine tiefere Art von Gewissheit…“ (1997, 25).

Ein Ja aus ganzem Herzen

Diese Befunde scheinen existenzanalytische Kernannahmen zu bestätigen, nämlich dass eine Zustimmung aus ganzem Herzen, ein Ja zum Leben auf dem Boden von einer Stimmigkeit zwischen emotionalen und mentalen Beweggründen geschieht. Aber was ist gemeint mit „leben“ und noch dazu „aus ganzem Herzen leben“?

Leben ist existenzanalytisch betrachtet eine Gelegenheit zu etwas, eine Beziehungsform, durch die Leben erst zu Leben wird (Längle 2003). In dieser Beziehung zum Dasein zeigt sich die phänomenologische Sichtweise des Herzens und des damit untrennbar verbundenen Kreislaufs: Blutversorgung, Bewegung, Rhythmus. Durch die Blutversorgung von der Aorta bis in die äußersten Kapillaren des Körpers ermöglicht uns das Herz die vitale Kraft, den Lebensdrang mit seiner Lebenslust und Lebensfreude. Der Rhythmus steht für das Fließen, steht für Wachsen, Reifen und Vergehen und auch den Wechsel der Gestimmtheiten. Gefühle sind nicht unabänderlich vorgegeben, sondern unterliegen Schwankungen, sie bewegen uns. Die Emotionalität erschließt uns die pathische Dimension mit Erleben und Erleiden, Sehnsucht und Erfüllung, sie offenbart uns die leidenschaftliche Seite des Lebens.

Ich folge Alfried Längles „Sinnspuren“ (2000, 66), wenn er sich fragt: „Wie ist dieses Leben für mich? Für mich als Mensch mit Fleisch und Blut, mit Haut und Haar, mit Freude und Schmerz, Trauer und Glück? Wie fühlt sich dieses Leben an?“

Leben heißt antworten. Aus ganzem Herzen leben heißt Bezogensein auf das mir Begegnende und mich Ansprechende und zu antworten, „und zwar so, daß der Mensch das Begegnende in seine Hut nimmt, ihm nach Möglichkeit zu dessen Wesensentfaltung verhilft“, wie Medard Boss meint (zit. in Condrau 1997, 173).

Aber wie sieht es aus mit diesem „in die Hut“ nehmen, mit unserer Behutsamkeit in einer Zeit, in der wir zwar vielfältig vernetzt, jederzeit ab- und anrufbar, verloren im Außen und uns selbst entfremdet sind? Auf der durchaus lustvollen Suche nach Möglichkeiten durch neue Technologien sehen wir uns Verführungen ausgesetzt, die nur allzu leicht zu halbherzigen Antworten verleiten.

Wie aus ganzem Herzen leben?

Wie aus ganzem Herzen leben, wenn ich den Normierungen des Zeitgeistes nicht entspreche und ihnen doch gerecht werden will: Wenn ich meinen Körper als unansehnlich erlebe und dies auch vielfältig gespiegelt bekomme. Wenn ich mich als Zaungast im Leben fühle und sehnsüchtig, vielleicht resignativ den vermeintlichen Gewinnern nachschaue. Ein Leben, das an das des Zwergs in Oscar Wildes „Geburtstag der Infantin“ erinnert, der voller Lebenslust tanzt, bis sein Herz beim Anblick seiner Gestalt vor Gram zerbricht. Ein Herz für sich zu haben, wenn es besser wäre, eben keines zu haben, damit es nicht zerbricht?

Das erinnert mich an eine Klientin, die nach einem schmerzhaften, leidvollen, aber letztlich gelungenen plastischen Eingriff ihren Alltag völlig verändert, eine neue Herausforderung übernimmt, sich neu verliebt und glücklich und lustvoll ganze Nächte durchtanzt. So mitten im Leben hat sie ein Gefühl, dass sich die Welt um sie dreht. Als ihre Beziehung zerbricht und sie in ihrem Schmerz im Spiegel beobachten muss, dass sich der Operationserfolg wieder allmählich zurückzubilden droht, kommen Gefühle von Verzweiflung und die alte Selbstablehnung lebt wieder auf. Doch die Klientin flieht nicht. Sie stellt sich der Realität und macht sich auf den Weg, einen steinigen, manchmal wüstenähnlichen Weg und findet zunehmend Gefallen an sich.

Wie aus ganzem Herzen leben, wenn mir die nach einem unverschuldeten Unfall chronischen körperlichen Schmerzen den Schlaf rauben und die einstmals fast spielerisch erreichten sportlichen Leistungen in nie mehr erreichbare Ferne gerückt sind? „Mir ist das alles nicht mehr wichtig, der Schnellste, der Beste, der Gewinner zu sein. Es kommt auf die inneren Werte an.“, sagt der Klient. Er wirkt kontrolliert mit enger Brust und Kloß im Hals, verschlossen in seinem Schmerz. Bis sich dieser tiefe Schmerz entlädt, er sich trau-

ernd seiner Wirklichkeit stellen kann und sich in der Folge dem ihm noch Verbliebenen und noch Möglichen öffnen kann.

Wie aus ganzem Herzen leben, wenn nach jahrelangem Bangen und Hoffen die Tochter ihrem viel zu frühen Tod nicht entrinnen kann, die Mutter sich zusätzlich zu diesem Schmerz mit allen Ängsten und Befürchtungen einer Brustkrebsdiagnose stellen muss und schließlich eine Operation notwendig ist? An Tagen der Aufwühlung erlebt die Klientin ihre Naht als zu eng genäht, ihr Herz scheint zu zerspringen. Und doch: Nach der Begegnung im Traum mit ihrer Tochter und unserem gemeinsamen Anfühlen der berührenden Inhalte weitet sich ihr Erleben tränenreich und sie kann sich wieder sich selbst und den kommenden Tagen zuwenden.

Wie aus ganzem Herzen leben, wenn nach einem Missbrauch durch einen Verwandten das Vertrauen in die Menschen, an eine Verlässlichkeit, an eine Gerechtigkeit in dieser Welt verlorengegangen ist, wenn die Klientin voller Angst und Misstrauen durch eine gleichsam verminte Welt geht. Wozu da noch vertrauen, wozu sich da noch einlassen?

Besteht nun der Grund des Herzens, den der Verstand nicht kennt, in der Bereitschaft und Fähigkeit des Aushaltens, des Dableibens und des Durchstehens, des Wartens bis es möglich wird, dem was sich da ergeben hat etwas Raum zu geben, die Realität aufzugreifen und zur eigenen Wirklichkeit zu machen? Diese Wirklichkeit als zum eigenen Leben zugehörig zu sehen? Auch dieses Leben will gelebt werden, es lässt sich nicht ganz einfach abschütteln. Sich dem Leid zu öffnen, sich der Gefahr der sozialen Vernichtung und Einsamkeit in Selbsttreue entgegenzustellen, sich der Trauer über das Verlorene, nie wieder in dieser Form Erlebbare zuzuwenden, sich doch auf die Zuneigung und das Versprechen Anderer vertrauensvoll einzulassen, sich mutig und mit aufrechter Haltung der schicksalhaft leiblichen Vergänglichkeit zu stellen: das braucht den Mut des Herzens, die Einwilligung, ganz zu leben.

Es ist gut, dass wir nicht alle und nicht immer vor derart schwer lebbaren Fragen stehen. Aber leben wir deshalb aus ganzem Herzen? Wann leben Sie aus ganzem Herzen? Wie fühlt sich das an? Haben Sie sich in letzter Zeit gefragt, ob Sie auch dahin gehen, wohin Ihr Herz Sie trägt?

Aus ganzem Herzen leben meint vielleicht weniger ein Himmelhochjauchzen als sich in Achtsamkeit der eigenen Leiblichkeit mit allen Sinnen zuzuwenden, sich der eigenen Gefühle gewahr zu werden, inne zu halten und immer wieder unser Herz zu befragen: Worum geht es mir im Grunde? Dieses mein Leben in die Hand zu nehmen, es an mich zu drücken und es lust- und freudvoll, berührend, oder eben auch schmerzhaft und leidvoll als mein Leben zu leben; die Beziehung zu mir und zu anderen zu pflegen, den Wert des Lebens trotz aller Gefahr der Abgründigkeit zu spüren, mit diesem Kostbarkeitscharakter in Schwingung zu kommen und sein Herz für sich und den anderen zu öffnen.

„Sei in dieser Nacht aus Übermaß, Zauberkraft am Kreuzweg deiner Sinne, ihrer seltsamen Begegnung Sinn“, heißt es bei Rainer Maria Rilke in „Sonette an Orpheus“. Am Kreuzweg unserer Sinne ist das Herz, gleichsam als Schnittstelle zwischen unserem leiblichen Dasein und unserer geistigen Existenz.

Aus ganzem Herzen leben und Ja sagen: Zustimmen, sich in Einklang bringen mit dem was ist, wie es ist und was es für mich bedeutet, ein Ja finden zum Wachsen und zum Vergehen, zum Kleinen und zum Großen, zum Zerbrechlichen und zum Festen, zum Kommen und zum Gehen, zum Anfangen und zum Zuversichtlichsein.

Literatur

Attali J (2006) Blaise Pascal. Biographie eines Genies. Klett Cotta: Stuttgart

Birkhofer A, Schmidt G & Förstl H (2005) Herz und Hirn – Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen und ihrer Therapie auf die Herzfrequenzvariablitätt. Fortschr Neurol Psychiat 73, 192-205

Childre D & Martin H (2000) Die Herzintelligenzmethode. Grundlagen-Anwendungen-Perspektiven. Freiburg: VAK

Condrau G (1997) Das Herz – Zentrum von Existenz und Bedrohung. In: Condrau G, Hahn S, Meinhold WJ (Hg) Das Herz. Rhythmus und Kreislauf des Lebens. 166-177

Fuchs T (2008) Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Kohlhammer: Stuttgart

Goleman D (1997) Emotionale Intelligenz. München: dtv

Längle A (2000) Sinnspuren. Niederösterreichisches Pressehaus: St. Pölten-Wien-Linz

Längle A (2003) Emotion und Existenz. In: Längle A (Hg) Emotion und Existenz. Wien: Facultas, 27-42

Längle A (2004) Existenzanalyse der Depression. Existenzanalyse 21, 2, 4-17

Längle A (2007) Das Bewegende spüren. Phänomenologie in der existenzanalytischen Praxis. Existenzanalyse 24, 2, 17-29

Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenzanalyse 26, 2, 13-34

Moser M, von Bonin D, Frühwirth M & Lackner H (2004) „Jede Krankheit ein musikalisches Problem“ Rhythmus und Hygiogenese. Die Drei 8-9, 25-34

Rilke R M (1922/1957) Sonette an Orpheus, 2. Teil XXIX. Insel: Wiesbaden

Servan-Schreiber D (2006) Die neue Medizin der Emotionen. München: Goldmann

Anschrift des Verfassers:
Dr. Anton Nindl
A-5020 Salzburg, Thumegger Bezirk 7A/1
anton.nindl@existenzanalyse.org

Partisanen der Psyche

Der Weg traumatischer Erfahrungen in den Untergrund

Liselotte Tutsch, Heinrich Donat

Auf der Basis neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen wird der Weg beschrieben, wie somatoforme Störungen als Ergebnis nicht bewältigter, traumatischer Erfahrungen zustande kommen können und als eine typische Traumafolge für die Gesamtpersönlichkeit verstehbar werden ; diese Ausführungen werden mit einem Ausblick auf spezifische Therapiemöglichkeiten und Techniken abgerundet.

Schlüsselwörter: neurobiologische Manifestationen, somatoforme Dissoziation, strukturelle Veränderungen, Trauma, Traumaspezifische Therapie

Partisans of the Psyche

The path of traumatic experiences going underground

On the basis of new scientific findings it is outlined how somatoform disorders can be generated as a result of not integrated, traumatic experiences and how one can understand this disorder as a typical posttraumatic consequence of the whole personality. The paper gives an outlook on specific therapeutic possibilities and techniques.

Key words: neurobiological manifestation, somatoform dissociation, structural changes, trauma, specific therapy of traumatic experiences

I. Einleitung

In unserem Vortrag wollen wir auf der Basis neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen den Weg beschreiben, wie somatoforme Störungen als Ergebnis nicht bewältigter, traumatischer Erfahrungen zustande kommen und als eine typische Traumafolge für die Gesamtpersönlichkeit verstehbar werden. Diese Ausführungen werden wir mit einem Ausblick auf spezifische Therapiemöglichkeiten und Techniken abrunden.

Somatoforme Störungen sind körperliche Symptome und Störungsbilder. Sie zeigen sich als Plussymptomatik durch Schmerz und körperliche Missempfindungen sowie als Minussymptomatik in Erlebens- und Funktionseinschränkungen. Am „Ort des Geschehens“ ist kein organisches Substrat nachzuweisen. Wohl aber sind heute durch neurobiologische Untersuchungen objektive fassbare Korrelate als Substratveränderung im Gehirn bewiesen.

Unsere *These* ist, dass diese Phänomene und neurobiologischen Veränderungen zumindest hochprozentig traumatischer Genese und somit dissoziativer Natur sind. Das bestätigen heute ja auch bereits viele Untersuchungen und ernstzunehmende Autoren wie z. B. Nijenhuis E. (1999); Gündel H., Kapfhammer H.P. (2009).

Wir konzentrieren uns daher in unseren Ausführungen auf Somatoforme Störungen, bei denen eine somatoforme Dissoziation vorliegt.

Wir bezeichnen diese Somatoformen Störungen als *„Partisanen der Psyche“*, weil sie das Ergebnis des „Kriegsgeschehen eines Traumas“ sind, und durch Dissoziation in den „Untergrund“ – also in den Körper – gezwungen werden. Oft werden sie erst Jahre oder Jahrzehnte später durch „neuerliche Unruhen“ – also durch Belastungen – aktiv.

Sie sind demnach das Ergebnis eines traumaspezifischen Copings, nämlich der Dissoziation. Dieses ist neurobiologisch gesteuert und durch neurobiologische Veränderungen fixiert.

II. Zugrunde liegende wissenschaftlichen Daten

Zu Beginn auszugsweise einige wissenschaftlichen Daten, die unsere Hypothese belegen:

Nach den vorliegenden Daten könnte somatoforme Dissoziation für eine umfangreiche Teilgruppe der Patienten mit somatoformen Störungen typisch sein (Nijenhuis 2006).

Ätiologisch relevante traumatische Erfahrungen sind Verlassenwerden, Neglect, (chronische) Gewalt, Missbrauch, Parentifizierung, Unfälle (Rudolf 2008).

Vieles spricht dafür, dass der Begriff „Life events“ aus heutiger neurobiologischer Sicht mit übermäßig belastenden, – also meist traumatischen – Lebensereignissen ident ist (Rudolf 2008).

Die Schwere der Somatisierung steht in der Regel in Korrelation zur Schwere der traumabezogenen Störung und der dissoziativen Symptome (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008).

Ursachen der Alexithymie sind (Früh-) Kindliche Traumatisierungen und Verluste (Gündel 2009, Fonagy & Bateman 2008).

Der Zusammenhang zwischen Alexithymie und chroni-

schem Schmerz bzw. somatoformen Störungen ist klar belegt (Cox et al. 1994, Waller et al. 2004).

50% aller Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten sind in der Kindheit traumatisiert (Goldberg und Goldstein 2000). Bei somatoformen Störungen finden sich Substratveränderungen im Gehirn vor allem im Limbischen System: in der Amygdala als dem impliziten Angst und Schmerzgedächtnis – dem „Rauchmelder“ – im Gyrus cinguli, dem emotionalen Schmerzzentrum und im Somatosensorischen Cortex (Rüegg 2008).

Wiederholte traumatische Schmerzerfahrungen – v. a. in der Kindheit erlittene – führen zur Umstrukturierung neuronaler Netzwerke und „graben“ sich somit ein. Sie befinden sich oft Jahre, Jahrzehnte als Engramme „im Winterschlaf“. Durch Trigger können sie ohne körperliche Schmerzauslöser über Schmerzfasern aus dem Schmerzgedächtnis abgerufen werden. Sie „inszenieren“ quasi somatoforme Schmerzen im Sinne von Flashbacks (Coghill et al 2003, Rüegg 2008).

Die Schmerzwahrnehmung ist interindividuell unterschiedlich, da gleiche nozizeptive Reize bei Traumatisierten zu höherer Aktivierung der Strukturen im limbischen System und Cortex führen als bei Gesunden (Coghill et al 2003).

Die Strukturveränderungen im Schmerzgedächtnis sind durch heilsame Erfahrungen und somit auch durch geeignete Psychotherapieverfahren nachweislich wieder „rückgängig“ zu machen (Sandkühler 2000).

Als Anamneseproblem zeigt sich, dass kritische Lebensereignisse in der Regel nur bis fünf Jahre vor Krankheitsausbruch erhoben und berücksichtigt werden (Rief, Hiller 1992).

III. Erscheinungsbild

Wenden wir uns nach diesem Exkurs in die Forschung im nächsten Schritt dem Erscheinungsbild von Personen mit somatoformen Störungen zu:

Eine Person, die nur etwas zu klagen hat, ohne somatische Normabweichungen vorzuweisen, ist kein Gegenstand der Medizin. Es wiederholt sich die Erfahrung von Zurückweisung, nicht Wahrnehmung, nicht Ernstgenommenwerden, welche der Patient aus seiner früheren traumatischen Lebensgeschichte nur zu gut kennt (s.a. Rudolf 2008).

Diese Aussage skizziert die Crux der somatoform leidenden Menschen und zeigt gleichzeitig auf was „Not täte“: ernst genommen und verstanden zu werden in ihrem körperlichen Leiden und dessen unbekannten Ursachen. Das klingt so selbstverständlich, ist aber in der heutigen Medizin bei weitem nicht erreicht. Noch immer werden ihre Leiden als „nur“ psychisch abgetan, ja nicht selten werden die Betroffenen als Simulanten, Hypochonder, Systemausnützer, Hysteriker abqualifiziert.

Ein Beispiel aus der jüngsten Zeit: 56jährige Frau erlebt viermal hintereinander bei vollem Bewusstsein einen Herzstillstand. Jedesmal hat sie Todesangst, wird aber jedesmal noch reanimiert. Sie entwickelt in der Folge neben einer posttraumatischen Belastungsstörung nach zwei Jahren somatoforme Herzschmerzen, die vor allem einen normalen Berufsalltag schwer behindern. Im darauffolgenden Berentungsverfahren wird das Vorliegen von somatoformen Traumafolgen vom begutachtenden Psychiater mit der Begründung abgelehnt, dass derartige Beschwerden nur nach Krieg und KZ möglich sind und daher der „Verdacht auf Simulation“ vorliegt.

Menschen mit Somatoformen Störungen wirken zunächst oft sehr stabil; ihre Ängste, Beschwerden und ihr Fordern wirken daher unecht, ungebührlich und machen sie zu „lästigen Problem-Dauer-Patienten“.

Die Gegenübertragungsphänomene sind dementsprechend: Abwertung, Langeweile, Ärger, Hilflosigkeit, Unverständnis, Ratlosigkeit, Machbarkeitsdruck und Resignation gegenüber der Symptomatik und der Fixierung der Patienten auf ihre körperliche Problematik.

Was wir in der Gegenübertragung erleben, erlebt der Patient gleichermaßen, denn auch er kann nichts zur Entstehung der Symptomatik „sagen“, versteht nicht warum man nichts findet, hat keine Handhabe mit seiner Symptomatik umzugehen außer „Doctor shopping“. Dies impliziert im weiteren Verlauf die Gefahr von iatrogener Schädigung „weil etwas Körperliches gefunden werden muss“, von hoher psychiatrischer Komorbidität, hoher psychosozialer Belastung und von massiven Einbussen in der Lebensqualität (Gündel, Kapfhammer 2009).

Betrachten wir die „Lebens- und Krankengeschichte“ von Menschen mit somatoformen Störungen ganz genau, so sehen wir häufig, dass sie das Bild traumatisierter Menschen bieten: Sie hatten meist schon lange vor Ausbruch der Erkrankung (und oft ohne selbst noch wesentlich beunruhigt zu sein) diverse somatoforme Phänomene (also eine sogenannte Somatisierungsneigung). Sie haben aber über lange Strecken gut funktioniert, wenn auch mit hohem Energieaufwand. Meist folgte dann eine Phase der Symptomverdeutlichung, oft mit phobischer Konzentration auf ein Hauptsymptom.

Hier beginnt meist die „Untersuchungskarriere“ und die zunehmende Einschränkung der Funktionstüchtigkeit. Es wirkt so als ob die Kraft, die traumatischen Erfahrungen abzuwehren, abnimmt. Zunehmend verengt sich das Blickfeld und die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf die Sorge um die körperliche Symptomatik.

IV. Der Hintergrund des Verständnisses dissoziativer somatoformer Störungen

Trauma und Dissoziation

Ein Trauma ist eine die Person in einem solchen Ausmaß überwältigende Erfahrung, dass „nichts mehr geht“, das bedeutet, dass die aktiven Copingmechanismen (Kampf und Flucht) außer Kraft gesetzt und auf das Überlebensnotprogramm (Totstellreflex/Dissoziation) umgeschaltet werden muss.

Wenn wir einen Blick auf die Forschungsergebnisse über die Folgen von Traumata auf die kindliche Entwicklung wer-

fen, so zeigt sich,

- dass diese Kinder unsichere Bindungsmodelle formen müssen (Bowlby 1975), die zu einer Überaktivierung der Stressreaktion führen (Spangler und Zimmermann 1997),
- und dass damit „eine deutlich erhöhte Inzidenz für somatoforme Störungen entsteht“ (Waller et. al. 2004),
- was wiederum eine reduzierte Fähigkeit, Affekte zu erfahren, zu unterscheiden und auszudrücken zur Folge hat (Alexithymie).

„Erfahrungen, die wir als Kinder machen, werden zur Struktur des Gehirns.“ (Rüegg 2007)

Die Folgen von Traumata auf erwachsene, stabile Persönlichkeiten sind oft weniger tiefgreifend, stets spielen innere und äußere Schutzfaktoren eine wichtige Rolle.

Wie kommt nun die traumatische Erfahrung in den Körper?

Extrem erlebte Gefahr (Trauma ist ja toxischer Stress) mobilisiert zunächst in Millisekunden über den rechten Mandelkern im limbischen System die Ausschüttung von Adrenalin für die „totale wehrhafte Aktivität“, als „Kampf und Flucht-Reaktion“ bekannt. Gelingt diese nicht, „beschließt“ unsere Zentrale als letzten Ausweg den „Totstellreflex“ durch Cortisol und Endorphine („Opiate im Eigenbau“).

Die traumatischen Erfahrungen werden, weil unaushaltbar, dissoziiert vom Erleben und in Fragmenten im Mandelkern gespeichert – „eingefroren“. Dissoziation ist der Schutz gegen überwältigende Angst und Schmerz. Die neurobiologische Basis der Dissoziation ist ein in der Phylogenese entwickelter, angeborener und schon früh reifer Schutzmechanismus für das Überleben des Einzelindividuums.

Die unaushaltbaren Erfahrungen können so zwar entschärft, „abgekapselt“ werden, aber nicht integriert und verarbeitet werden. Dies hat Auswirkungen auf die Freiheit der Person. Es entwickeln sich dissoziative Symptome.

- Auf der psychischen Ebene zeigen sich diese dissoziativen Symptome als Dissoziation von Bewusstsein und Aufmerksamkeit (z.B. Amnesie) und als Dissoziation von Umwelt und Beziehungen (z.B. Derealisation, Depersonalisation).
- Auf der körperlichen Ebene zeigen sie sich als Dissoziation der körperlichen Integrität in den Konversions- und Somatisierungsstörungen.
- Auf der Persönlichkeitsstrukturellen Ebene nehmen wir sie als Spaltung der psychischen Integrität bzw. Identität wahr (siehe auch Nijenhuis 1999, Längle 1999).

Das bedeutet also: Somatoforme dissoziative Symptome manifestieren sich – wie auch psychische dissoziative Phänomene – immer auch strukturell als dissoziierte Persönlichkeitsanteile (Nijenhuis 2006). Dissoziation betrifft immer – mehr oder weniger stark – alle Ebenen.

Was passiert da also durch ein Trauma und das Überlebens-Coping, die Dissoziation, in einer, je nach Alter unterschiedlich gefestigten Persönlichkeitsstruktur?

Bildlich gesprochen entstehen Risse in der Persönlichkeitsstruktur. Dadurch entstehen voneinander mehr oder weniger stark getrennte Persönlichkeitsanteile.

- Zum einen jene emotionalen Persönlichkeitsanteile (EPs, Myers 1940), die „Filme/Bilder“, Gefühle des Traumas tragen – sie sind, wie schon gesagt, im impliziten Gedächtnis apersonal, zeit- und kausalitätslos in der Amygdala unverarbeitet gespeichert.
- Zumeist zusätzlich solche emotionalen Persönlichkeitsanteile (EPs), die über Spiegelneurone durch „Identifizierung mit dem Täter“ entstehen.(Stockholm Syndrom)
- Zum anderen entsteht durch diese Einschränkungen eine „Alltagspersönlichkeit“, die durch diese „Risse“ bzw. die Trennung von den emotionalen EPs, in der Wahrnehmung, im Erleben und in der Kraft – „in ihrem Funktionieren, in ihrem Lebensgefühl und ihrem Bezug zu sich selbst reduziert wird“ – „also eine von sich selbst weniger oder mehr getrennte Person“. Diese Abschirmung der Alltagspersönlichkeit (ANP, Myers 1940) hat zur Folge, dass nichts mehr „wirklich“ nahe geht, ist also eine Schutzmaßnahme.

Daraus resultiert nun eine typische Minussymptomatik: Alexithymie, Anästhesie, Anhedonie, Abulie, Amnesie, Einengung der Wahrnehmung und des Bewußtseinsfeldes.

Die Plussymptomatik wird durch die dissoziierten emotionalen Anteile verursacht, die quasi als intrusive Parallelwahrnehmungen und Parallelexistenzen – sichtbar werden, wie z. B. Hyperalgesie, Schmerzen, gastrointestinale Beschwerden, kardiovaskuläre Symptome, Allergien etc. – wenn sie in die Alltagspersönlichkeit „einbrechen“ und diese stören, destabilisieren bzw. überschwemmen.

Reaktiv wird daraufhin der Dissoziationsschutz verstärkt und damit die Fixierung auf die Symptomatik verstärkt. („Kaninchen vor der Schlange.“)

Da die Person ja die dissoziierten Traumaerfahrungen nicht integrieren konnte, d.h. sie nicht zu „persönlichen“ Wahrnehmungen und Erinnerungen synthetisieren, realisieren und personalisieren konnte, müssen diese ein dem Bewusstsein verborgenes Eigenleben im Untergrund führen.

Oft vorerst „von den Machthabern noch unbemerkt bzw. unerkannt“, wohl aber in dissoziativen Phänomenen und Symptomen (s.o.) erkennbar und nachweisbar, treten sie später als somatische Symptome in Erscheinung; nicht mehr im Untergrund aber „mit falscher Identität“ (also ohne ihren Bezug zum Kontext zu erkennen zu geben), entwickeln sie dann in gewissem Sinne ein aktives „Partisanentum“, das um die Anerkennung und Rehabilitation dessen „was zwar zur Person gehört“ – diese aber überfordert hat und daher dissoziiert werden musste – kämpft. Der Untergrund ist also zunächst verborgen, dann aber aktiv belebt.

Die, wenngleich über lange Strecken funktionierende Alltagspersönlichkeit (ANP) wird nämlich – bei entsprechenden Triggern – von den aus dem Untergrund auftauchenden „Partisanen“ überfallen und – durch somatische Symptome – weiter eingeschränkt.

Es ist bemerkenswert, dass sowohl die verletzten (intrusiven) Anteile (EPs) sowie die „geschützte, von sich selbst dissoziierte Person“ – bereits von Janet in seinen Mentalen

Stigmata und Mentalen Akzidenzien beschrieben wurden.

Heute spricht man in der Traumatherapie von dissoziierten Ego-States, d.h. von der integrierten Gesamtpersönlichkeit abgetrennten, in der Amygdala „eingefrorenen“ Ich-Zuständen – bildlich gesprochen von dem Ich in dem Alter, in dem man damals war, als das Trauma passierte.

Das Ausmaß dieser strukturellen Dissoziation können wir diagnostisch beobachten als

- Primäre strukturelle Dissoziation (Neurotische Strukturebene): Dissoziative Störungen, Somatoforme Störungen und einfache Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD),
- Sekundäre strukturelle Dissoziation (Borderlinepersönlichkeitsorganisation): Persönlichkeitstörungen, v.a. emotional instabile Persönlichkeit und komplexe PTSD bzw. Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (NNBDS),
- Tertiäre strukturelle Dissoziation (Psychotische Strukturebene): traumabedingte Psychosen und Dissoziative Identitätsstörung.

Wir sprechen hier von somatoformer Dissoziation. Es ist uns aber wichtig noch einmal zu betonen, dass Dissoziation immer den ganzen Menschen betrifft: psychische, körperliche und strukturelle Dissoziation hängen immer zusammen, sind daher stets gleichzeitig beobachtbare, diagnostizierbare Phänomene, auch wenn wir eine phänotypische Dominanz beobachten können.

Im ICD 10 finden wir die somatoforme dissoziative Störung derzeit v.a. in den Somatisierungsstörungen (F45) und der Konversionsstörung. (F44/Dissoziative Störung).

V. Relevante Vordenker

Es folgt ein Blick zurück auf die für uns relevanten Vordenker unseres Verständnisses Somatoformer Phänomene und Störungen im Kontext von Trauma und Dissoziation:

1845: Moreau de Tours führt den Begriff Dissoziation ein.

1859: Paul Briquet beschreibt in einer großen Fall-Studie die Hysterie als eine Krankheit, die den gesamten Organismus verändert. Er beschreibt nicht erklärbare, oft chronische körperliche Beschwerden und bestimmte psychische Störungen im Briquet Syndrom und verweist auf sehr problematische Lebensbedingungen und Traumatisierungen der untersuchten PatientInnen.

Das Briquet Syndrom ist ident mit der heutigen diagnostischen Kategorie der Somatisierungsstörung im ICD 10.

1877: Jean Marie Charcot beschreibt die Hysterie als somatische Erkrankung, die aber durch emotionale Ursachen entstandenen ist. Hysteriker leiden an intrusiven Phänomenen wie Schmerzen, die sich nicht physisch erklären lassen (Plussymptome) und sind nicht in der Lage absichtlich und bewusst zu fühlen, zu sehen oder zu hören, was sie eigentlich wahrnehmen müssten (Minussymptome).

1893, 1901: Paul Janet beschreibt die Hysterie als Störung psychischer und somatischer Funktionen und führt erstmals die Dissoziation als Ursache dieser Phänomene an.

Ebenso wie Briquet und Charcot war auch Janet der Auffassung, dass bei der Hysterie erblich bedingte Schwächen eine Rolle spielen und dass sie durch emotionale Ereignisse häufig traumatischer Art hervorgerufen wird.

Seine Unterscheidung in Mentale Stigmata und Mentale Akzidenzien haben wir oben schon angeführt:

Mentale Stigmata spiegeln dauerhafte Funktionsverluste des Empfindungsvermögens (Anästhesie), des Erinnerungsvermögens (Amnesie), der motorischen Kontrolle, des Willens (Abulie) und von Charakterzügen wieder.

Mentale Akzidenzien – also unsere Partisanen – sind zusätzliche Empfindungen durch Reaktivierung dissoziativer Sekundärexistenzen. Diese dissoziativen Zustände weisen psychoforme und somatoforme Merkmale auf (Nijenhuis 2006).

Mentale Stigmata und mentale Akzidenzien basieren unmittelbar auf der Dissoziation und Emanzipation der Ideen- und Funktionssysteme, die normalerweise zu kohärenten mentalen Strukturen verbunden sind (Janet 1909).

Hier knüpft die psychologisch-psychotherapeutische Forschung von E. Nijenhuis an: „Beispiele für nicht synthetisierte, also nicht kohärente Systeme, sind einzelne Bilder, Erinnerungen, Gedanken in Verbindung mit den zugehörigen Gefühlen, physische Manifestationen, instabiles Selbstgefühl bis hin zu komplexen dissoziativen Identitätszuständen.“ (Nijenhuis 2006, 30)

Bleibt ein Gedächtnissystem chronisch dissoziiert, kann es ein Eigenleben entwickeln und in das persönliche Bewusstsein eindringen, ohne dass wir Einfluss darauf haben.

Zwar wurden ab 1970 Janets Erkenntnisse über die Bedeutung der Dissoziation wieder aufgegriffen, der Schwerpunkt der Forschung konzentrierte sich allerdings vorerst auf die psychoformen dissoziativen Phänomene.

Erst durch Nijenhuis ab 1999 und durch neurobiologische Forschungen bekam die somatoforme Dissoziation den entsprechenden Stellenwert in der empirischen Forschung.

Es ist sehr interessant, einen Blick auf Überlegungen, Thesen und Erkenntnisse zu werfen, die in der Entwicklung der Logotherapie und der daraus entwickelten Existenzanalyse – in der „vor-neurobiologischen“ Zeit entwickelt wurden.

1947: V.E. Frankl „empfiehlt“, das autonome Nervensystem, das Vegetativum, als Organ für sich zu betrachten. Zitat: „Eine besondere Bedeutung dieses Organs – des Vegetativums nämlich – für das gesamte Gebiet der Organneurosen ergibt sich nun aus dem einfachen Umstand, dass das autonome Nervensystem (die vegetativen Zwischenhirnzentren inbegriffen) schlechterdings die Brücke darstellt, die das Ufer des Seelischen mit dem des Organischen verbindet ...“ (Frankl 1982, 202 [1947, 1. Auflage])

An diese Sichtweise schließt nun das heutige Wissen über neurobiologische Folgen von Traumatisierungen nahtlos an:

Traumatisierungen führen zu Notfallsreaktionen. Sie verändern so „das Organ Nervensystem“ substantiell in Richtung vegetativer Labilität. Frankl erweiterte damit die bestehenden Konzepte von Freuds „somatischem Entgegenkommen“, Adlers Organminderwertigkeit bzw. Organdialekt, Brauns „spezifischem Organgefühl“ und der Finalität der Organwahl.

1999: Finden wir bei A. Längle ein Wiederaufgreifen von Janets Sicht der Dissoziation. Er schreibt zur Dissoziation der körperlichen Integrität:

„Wenn die Störung des Substrats (der Psychodynamik) so massiv ist, dass die Energie nicht ausreicht das dissoziierte Potential in die Welt hinauszutragen, bleibt es innerhalb der Grenzen des Menschen haften. Dissoziation wird als Distanzgewinnung zum traumatischen/überfordernden Erleben gesehen, das nun abgeschoben vom Ich-Kern (von der erlebenden persönlichen Mitte) in der Peripherie seine Dynamik entwickeln kann.

Ziel dieser Form der Dissoziation ist die Ablenkung der Aufmerksamkeit in den Körper durch die Symptombildung. Da das körperliche Erleben unverständlich ist, entsteht eine Distanz zum Körper und das Geschehen (und somit der verborgene Schmerz) wird als fremd empfunden.“ (Längle 1999, 168)

Was können wir nun zur Integration der Partisanen sagen?

VI. Die Therapeutische Vorgangsweise anhand eines Fallbeispieles

Eine 32 jährige Frau, in einem technischen Beruf sehr erfolgreich tätig, wird wegen eines depressiven Zustandes und Verdacht auf Burnout-Syndrom zugewiesen. Im Erstgespräch erhärtet sich diese psychiatrische Diagnose, die Patientin erzählt aber dann auch von sehr belastenden körperlichen Schmerzsymptomen, heftigen, rezidivierenden Lumbalgien, chronischen Magen-Darmbeschwerden, Unterbauchbeschwerden, welche trotz vieler belastender medizinischer Untersuchungen bisher nicht ursächlich abgeklärt werden konnten.

Sie lebe allein, fast nur ihrem Beruf, habe keine sozialen Kontakte mehr bis auf die – meist belastenden – mit ihren Eltern. Frühere Ansätze zur Freizeitbeschäftigung wie Opernbesuche, Treffen mit Freundinnen, Freude in der Natur oder Lesen habe sie einstellen müssen.

Zur Lebensgeschichte berichtet sie klar und emotional distanziert von einem sehr isolierten Aufwachsen mit den Eltern, Kontakte zur Außenwelt waren verpönt, in der engen Welt zuhause gab es keine eigenen Toiletteartikel, Handtücher, Zahnbürste, sie habe bis zum 13. Lebensjahr bei den Eltern im Bett geschlafen; als sie das einmal nicht mehr wollte, habe ihr der Vater einen Gruselfilm vorgespielt. Zimmertüren mussten immer offen bleiben, keine Rückzugsmöglichkeit oder eigene Interessen waren erlaubt. Jedes Fehlverhalten wurde mit körperlicher (Schläge) und seelischer Gewalt (Demütigung, Abwertung v. a. als Mädchen) vom Vater bestraft und von der Mutter toleriert oder gutgeheißen.

Zuwendung war gebunden an herausragende Leistungen.

Als Kind habe sie Asthma gehabt, als Jugendliche dann eine Zwangssymptomatik, Vergiftungsängste und später eine Magersucht, aber alles halbwegs überstanden. Als ihr Vater von ihr verlangt habe, ihm eine Niere zu spenden, sie sei ihm das doch schuldig, habe sie sich aber erfolgreich gewehrt.

Im Studium sei sie sehr erfolgreich und schnell gewesen, mit Kollegen in distanziertem Kontakt, unverbindlich, wie es der Familiennorm entspreche. Intime Beziehungen habe sie somit bisher keine gehabt. Sie sei beruflich zwar in einer Männerwelt erfolgreich, habe offenkundig aber kein anderes Leben verdient, sie sei eben ein „Mängelwesen“.

Die Patientin kann nur ansatzweise eine kritische Stellungnahme zu ihrem bisherigen Leben abgeben. Das „gefängnisartige Familiensystem“, das chronische Ausgeliefertsein an die brutale Unterdrückung und Entwertung durch den Vater und die Vernachlässigung von dem Leben zugewandten Bereichen, sind kaum für sie erlebbar. Ein Zusammenhang dieser Lebensgeschichte mit ihren körperlichen Beschwerden – ohne Befund – ist für sie nicht erkennbar.

Auf struktureller Ebene betrachtet sind die Folgen dieser traumatischen Lebensgeschichte die Entwicklung einer „Hochleistungspersönlichkeit“ (ANP) und die Dissoziation von emotionalen Persönlichkeitsanteilen (EPs), die sich in verschiedenen physischen und psychischen Symptomen zu unterschiedlichen Zeiten zeigt.

Nach sorgfältiger Anamnese wird mit Tests zur Erfassung traumatischer Erfahrungen (TEC, Traumatic Experince Checklist) und somatoformer Störungen (SDQ, Somatoform Dissociation Questionairy) eine Überprüfung der Verdachtsdiagnose „dissoziative somatoforme Störung“ auf traumatischer Basis erhärtet und der Patientin verstehbar gemacht. (Abgesehen von der Information für den Therapeuten gibt die Vorgabe dieser Fragebögen dem Patienten – der ja sehr oft keinen Zusammenhang zwischen somatoformen Symptomen und lebensgeschichtlichen Ereignissen erinnern, fühlen oder verstehen kann – einen ersten objektiven Beweis, dass belastende Ereignisse zumindest einen Einfluss auf die bestehende Symptomatik haben.)

Darauf aufbauend werden mit der Patientin ein gemeinsames Therapieziel (Störungsverständnis, Stabilisierung, Spezifische Aufarbeitung der traumatischen Erfahrungen) und die dazu notwendigen Schritte vereinbart.

Der erste Schritt bestand in einer Vermittlung des Verständnisses für die Auswirkungen von körperlicher und seelischer Gewalt auf das Kind, seine Copingmöglichkeiten und wie es letztlich zu einer „symbolischen“ Auswirkung in körperlichen Symptomen im Skelettsystem, Eingeweiden und Muskulatur kommt. Dazu sind auch Erkenntnisse aus der neurobiologischen Forschung hilfreich und erleichternd.

Zu Beginn der traumaspezifischen Arbeit ist aber eine ausreichende Stabilität der Persönlichkeit zu erarbeiten, die vor einer Überflutung des Ich durch Trauma-Wiedererinner-

ungen schützt. Dies geschieht in der gezielten Arbeit mit dem Erkennen und Fördern der vorhandenen Ressourcen der Patientin und Üben von imaginativen Techniken. Auch hier sind grundlegende Forschungsergebnisse der Neurobiologie hilfreich für das Verständnis.

Bei Wiederauftreten von somatoformen Symptomen die Auslösersituationen erkennen zu lernen, hilft der Patientin, auch Distanz zur Symptomatik zu bekommen und Verhalten gegenüber Auslösern besser zu kontrollieren und dadurch mehr Autonomie zu erleben.

Auch die Erklärung des Ego-State Konzepts erweist sich bei der Patientin als sehr hilfreich. Sie ermöglicht allmählich eine noch gezieltere Auseinandersetzung mit den an der Störung beteiligten und ursprünglich verursachenden Ereignissen.

Im Folgenden möchten wir anhand einiger Sequenzen aus dem therapeutischen Prozess die wesentlichen traumaspezifischen Vorgangsweisen vorstellen:

Ein Beispiel zur Vermittlung eines allgemeinen Verständnisses über die Zusammenhänge zwischen körperlichen Erscheinungen und traumatischen Vorerfahrungen:

Th.: Nach dem was sie mir aus ihrer Lebensgeschichte erzählt haben, überrascht mich das nicht. Ich möchte Ihnen wieder sagen und Ihnen bewusst machen, dass Sie viel Kraft haben, dass Sie das alles bisher so bewältigt haben und so viel leisten können. Ich bin jedoch nicht verwundert, dass sie neben ihrer Erschöpfung und Freudlosigkeit eine Reihe von körperlichen Beschwerden haben. So schwierige Lebenssituationen wie die, die sie erlebt haben, wirken sich immer auf die Psyche und den Körper aus. Das ist heute schon sehr gut erforscht. Wenn sie möchten, erkläre ich ihnen das ganz allgemein, wie so ein früher erlebter psychischer oder körperlicher Schmerz weiter wirksam bleibt bzw. immer wieder auftaucht: Wenn etwas so sehr weh tut – psychisch oder körperlich – dass es unerträglich ist, wie z. B. geschlagen werden, erniedrigt, abgewertet zu werden, schützt uns unser Körper/unser Gehirn indem wir gefühllos werden, leer werden, oft auch „neben uns stehen in dieser Situation“ (Opiate im Eigenbau), weiters schränkt sich unsere Wahrnehmung ein, wir bekommen nicht mehr alles mit. Unser Nervensystem schafft es in dieser Situation das Unerträgliche in Teile zu teilen und für uns damit leichter überlebbar zu machen. Oft bleibt es dann aber bei diesen Teilen. Diese werden so zerteilt abgespeichert „eingefroren“ und tauchen dann oft viel später als Symptome in der Psyche oder im Körper wieder auf. Symptome sind also ein Teil des Puzzles der im Gesamten schmerzhaften Erfahrung. Passiert jetzt in der Gegenwart Ähnliches – also z. B. wieder eine Abwertung – werden manche oder alle Teile aufgeweckt und „aufgetaut“. Das kann auch durch Erschöpfung passieren, weil man da nicht mehr soviel Kraft hat, sich vor auslösenden Einflüssen von Außen zu schützen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit sich vor diesen weiteren schädigenden Einflüssen schützen zu lernen.

Therapeutisch gesprochen geht es jetzt um eine Stabilisierungsphase, um die Stärkung der Person und ihres Umganges mit (potentiell) retraumatisierenden Erfahrungen. Existenzanalytisch gesprochen geht es um eine ressourcenorientierte Stärkung in allen Grundmotivationen. Dies kann methodisch mit Übungen, wie sie aus der Traumatherapie bekannt sind, ergänzt werden. Einige Beispiele für wichtige Vorgangsweisen: Mikroanalyse eines Tages hinsichtlich des Könnens, der freudigen Ereignisse, des mit sich sorgsam Umgehens…betrachten der positiven Ereignisse wie unter einem Vergrößerungsglas, um diese emotional erlebbar werden zu lassen „Achtsamkeitsübungen“. Zu den vorhandenen und nun „zu Handenen“ Ressourcen können dann Imaginationen als Entlastungselemente hinzugewonnen werden wie Gepäckabladen…, einen inneren Wohlfühlort kreieren….

Im Falle unserer Patientin ging es um Wellness, im Alltag für den Körper sorgen, berufliche Erfolge auskosten, Naturerleben, gute Beziehungen aufsuchen, „Grisu“, das Auto genießen.

Zudem soll das Bewusstsein für die Auslöser von Symptomen und Symptomverstärkung sowie ein Umgang damit erarbeitet werden (Abgrenzung, für sich eintreten, zu sich stehen können…), v. a. sich von Täterkontakten distanzieren zu können (ein schwieriger, aufwändiger, aber für den Fortschritt in der Therapie notwendiger Schritt).

Nach diesen allgemein stabilisierenden Schritten und auf dem vermittelten Verständnismodell aufbauend, werden nun die traumabedingt abgespaltenen und somatisierten traumatisierten Erlebnisanteile („Partisanen“ bzw. emotionale Persönlichkeitsanteile/EPs) aufgegriffen, und mit den ursächlichen Ereignissen in Verbindung gebracht. Es geht jetzt um das Erkennen und um das Verstehen des Ursprungs der Symptomatik.

Zur Illustration dieses Vorgehens greifen wir das Symptom „Lumbalgie“ beispielhaft auf:

Was wir aus der Geschichte der Patientin kennen, deutet darauf hin, dass die Symptomatik mit der wiederholten Züchtigung der Patientin bei kleinsten Fehlern durch den Vater zu tun hat. Der erlebende kindliche Anteil „meldet“ sich mit dem damals erlebten körperlichen Schmerz (Schlagen) und dem psychischen Schmerz des Ausgeliefertseins, des sich nicht wehren und sich nicht mehr aufrichten können. Dies alles wird durch verschiedene Auslöser, wie erneute Abwertung des Vaters, oder auch durch Stress und angstbesetzte Erfahrungen in ihrer Arbeit, angetriggert. Die Patientin erlebt sich dann „so wie damals“ und spürt den ursprünglichen Schmerz. Erfahrungen des nicht Geschützt-Werdens durch die Mutter und der eigenen Hilflosigkeit lähmen die Erwachsene.

Einige Aspekte dieses Vorgehens anhand unseres Beispiels:

Die Patientin berichtet in einer Stunde: Ich war nicht sicher, ob ich heute in die Therapie kommen kann, ich habe seit drei Tagen so furchtbare Rückenschmerzen und Bauchkrämpfe, dass ich schon glaubte, ich muss ins Spital.

Th.: Das ist sicher sehr belastend. Wenn es Ihnen mög-

lich ist, könnten wir überlegen, was vor drei Tagen war, bevor die Schmerzen gekommen sind.

Pat.: Nichts besonders, es war ein schwerer Arbeitstag. Alles ist gut gegangen. Am Abend hat mich mein Vater völlig zu Unrecht niedergemacht, ich hab nur noch heulen können, dann in meine Wohnung, einen warmen Kakao und heulend ins Bett. Dann haben in der Nacht die Schmerzen begonnen. In der Früh war alles für mich sinnlos, wozu leben?

Th.: Glauben Sie, dass da ein Zusammenhang bestehen könnte zwischen dem schrecklichen Ausbruch des Vaters und den Schmerzen?

Pat.: Ja, vielleicht, so habe ich es noch gar nicht betrachtet.

Th.: Wenn sie sich noch einmal an diese Situation mit ihrem Vater zurückerinnern – können sie es sich noch einmal herholen?

Pat.: Ja, ich kann mich gut erinnern, so etwas kenne ich ja lebenslang…

Th.: Wie alt haben sie sich da gefühlt in dieser Situation?

Pat.: Sehr jung, vielleicht fünf, wie als Kind wenn ich etwas nicht richtig gemacht habe, oder nicht entsprochen habe, wurde immer niedergebrüllt und auch geschlagen.

Th.: Wenn sie jetzt an dieses fünfjährige Kind denken, das solch schlimme Situationen erlebt hat: Was hätte denn dieses Kind, das sie damals waren, in diesen Situationen gebraucht – was es immer noch braucht?

Pat.: Eine Mutter, oder jemanden, der ihr beisteht, sie schützt.

Th.: Ja, so wäre es gut und richtig gewesen.

Das Kind hatte aber damals keinen Beistand und deshalb ist es ein Teil von ihnen geblieben, der noch immer das so erlebt wie damals. Ein Teil der nicht weiß, dass sie jetzt schon erwachsen sind und sich an sich schützen und wehren können, dass sie beruflich sehr erfolgreich sind.

Deshalb ist es wichtig diesem Anteil zu sagen, dass das, was es erlebt hat, vorbei ist. Und dass es jetzt bekommt, was es noch immer braucht, Schutz, Beistand und Trost.

In der Vorstellung ist alles möglich und die Vorstellung wirkt beinahe genauso stark wie ein reales Erlebnis. Daher schauen sie jetzt wo dieses Kind, das sie damals waren und das jetzt noch immer verletzt ist und nicht versorgt, wo dieser kindliche Anteil alles bekommt, was er braucht. Das kann durch sie selber sein – aber nachdem sie ja nicht immer Zeit haben, ist es gut ihm einen imaginativen Wohlfühlort zu schaffen, zu zaubern. Die Vorstellung von etwas Schönem bewirkt neurobiologisch fast dasselbe, wie wenn es real geschieht.

Können Sie so etwas in ihrer Vorstellung kreieren? Wenn Sie einverstanden sind, können wir das miteinander entwickeln.

Im Weiteren wird mit der Patientin ein imaginativer Wohlfühlort mit schutz- und trostspendenden Wesen erarbeitet, an den sie diesen verletzten kindlichen Anteil schicken kann und wo er heilen kann.

Können die Zusammenhänge zu auslösenden bzw. verursachenden ursprünglichen Ereignissen noch nicht hergestellt werden, erweist es sich auch als hilfreich, dem schmerzenden Körperteil ebenfalls – im Sinne einer therapeutischen Spaltung (= Selbstdistanzierung) einen heilsamen Ort als Unterstützung für das sorgsame Umgehen mit sich selbst zur Verfügung zu stellen.

Häufig treten im Zusammenhang mit der Etablierung von heilenden Bildern aber auch Blockierungen und Hindernisse auf. Z. B. kann sich die Patientin nicht zuwenden oder es finden sich keine „guten Orte“, oder das Zuwenden wird als lächerlich und unnötig abgetan. Dies verstehen wir vom traumatherapeutischen Hintergrund her als gespeicherte Täteranteile. Ein (Selbst)Anteil der Patientin spricht zu sich so, wie der Täter damals oder wie andere nahe stehende Personen mit dem Leid der Patientin umgegangen sind. In unserem Beispiel bezeichnet sich die Patientin als Mängelwesen, wertet sich ab – hat also das, was sie vom Vater erlebt hat, in sich als „Täterintrojekt“ gespeichert. Täteranteile können also die Versorgung der verletzten Anteile stören. Wenn das so ist, muss ihnen ebenso in Ego-State Arbeit Aufmerksamkeit und Wandlung zukommen. Vorrangig ist jedoch die „Antiregressionsfördernde“ Arbeit mit den verletzten Anteilen.

Auch hierzu ein (verdichteter und gekürzter) Auszug aus der Therapie:

Pat.: Ich hab schon wieder nur Scheiß gebaut, ich bin eben ein unfähiger Mensch, mein Vater hat völlig recht.

Th.: Seit wann denken sie denn so von sich?

Pat.: Im Grunde schon seit meiner Kindheit.

Th.: Durch wen ist denn diese Überzeugung entstanden? Wer hat denn so was gesagt?

Pat.: … hab ich dauernd von meinem Vater gehört, immer wenn ich Fehler gemacht habe…

Th.: Da gibt es also schon seit der Kindheit einen Anteil in ihnen, der diese Überzeugung vertritt.

Können sie diesem Anteil in sich, der durch ihren Vater entstanden ist, eine Gestalt geben?

Pat.: Es taucht ein mächtiger dunkler bedrohlicher Schatten, der nicht ganz fassbar ist, auf.

Th.: Wozu hat es geführt, dass dieser Schatten ihnen das damals gesagt hat?

Pat.: Ich war verzweifelt und habe mich immer noch mehr angestrengt.

Th.: Hat das für die Beziehung zu ihrem Vater etwas bewirkt?

Pat.: Manchmal war er dann auch lieb zu mir oder stolz.

Th.: Dieser Teil hat also geholfen ihre Beziehung zum Vater erträglich zu machen?

Pat.: Ja, sonst wäre es ja nur grauenhaft gewesen.

Th.: Wenn dieser Teil früher etwas geschützt hat, dann ist es wichtig ihn dafür zu würdigen, ihm also zu danken, dass er damals ein Überleben in dieser Beziehung ermöglicht hat. Ihm aber auch deutlich zu machen, dass er in dieser Form nicht mehr hilfreich ist und dass das alles längst vorbei ist, und sie jetzt erwachsen sind und immer besser für sich selber sorgen können.

Pat.: Danken fällt mir schwer…

Th.: Ja, das ist ein ungewöhnlicher Gedanke, aber damals hat er diese Aufgabe erfüllt und nur dafür ist ihm zu danken.

Pat.: Wenn sie das so sagen… das stimmt schon, das hat er getan.

Th.: Könnten sie es versuchen?

Pat.: Ja…

Th.: Wenn sie jetzt diese Gestalt anschauen, wie ist sie da?

Pat.: Wird gerade ganz klein und mickrig, ein Schatten seiner selbst… sieht aus als ob er Kreuzweh hat…

Th.: Tja, ist ja auch schon alt… Könnte dieser Teil in ihrem jetzigen Erwachsenenleben ihnen in einer anderen Weise hilfreich sein?

Pat.: Vielleicht könnte er mich aufmerksam machen, auf Tücken in der Arbeit????

Th.: Ja, das wäre eine Möglichkeit, wir können in unserer nächsten Sitzung noch daran weiter arbeiten …

Traumakonfrontation: Erst wenn ausreichende äußere und innere Stabilität erreicht ist, ist es sinnvoll, sich – ebenfalls aus einer distanzierten Position heraus – mit den ursprünglich traumatischen Ereignissen explizit auseinanderzusetzen. Wie überhaupt bei traumatisierten Menschen ist es auch hier wesentlich, eine Regression in das frühere Erleben zu vermeiden. Nicht die Wiederholung des Schmerzes ist das Wesentliche in der Verarbeitung, sondern die Fähigkeit der Person über das, was ihr geschehen ist, zu trauern, wütend zu sein und zu einer unabhängigen Stellungnahme zu kommen. Dies ermöglicht einen Verarbeitungsprozess und letztendlich die Integration der abgespaltenen Anteile.

Und zuletzt noch ein kurze Reflexion mit Blick auf Frankls Logotherapie und die weiterführende Existenzanalyse:

Frankl – selbst ein durch die KZ Erfahrungen vermutlich traumatisierter Mensch, hat aus seiner eigenen Lebenserfahrung einige anthropologische Grundannahmen und Vorgangsweisen beschrieben, die in der heutigen Traumabehandlung wesentliche Elemente der Stabilisierungsphase darstellen.

Im Zentrum steht die „Trotzmacht des Geistes“, die den psychischen und somatischen Beeinträchtigungen als entscheidende Kraft entgegensteht. Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz, Dereflexion und Hinwendung auf Sinn und Werte ermöglichen es dem Menschen (potentiell) ein sinnvolles Leben „trotz…“ zu führen, bei Frankl allerdings ohne Auseinandersetzung mit dem Trauma.

Die weitere Entwicklung der Existenzanalyse hat diesem stabilisierenden Vorgehen den Verarbeitungsprozess hinzugefügt: sich mit sich selbst im Dialog auseinanderzusetzen und durch das Verstehen und die erneute Stellungnahme eine Integration des Erlebten zu ermöglichen.

Für traumatische Erfahrungen bedarf es aber wegen der Gefahr der Retraumatisierung durch noch unbewältigbare Erinnerungen zusätzliche Sicherheiten.

Die Traumatherapie hat durch die Konzepte der Ego-States und der strukturellen Dissoziation und auch die Erkenntnisse der Neurobiologie diese Prozesse noch fassbarer gemacht. Sie unterstützt – nach einer ausreichenden Stabilisierung – durch gesicherte Selbstdistanzierung die Selbstannahme, die Annäherung an und den Dialog mit den verletzten Selbstanteilen. Dadurch wird die Integration und Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen ermöglicht, ohne dass das Ich überflutet wird.

Etwas provokant könnte man sagen, dass Frankl in seinen extremen Lebenserfahrungen das Phänomen der Dissoziation erlebt hat, es aufgegriffen und in der Selbstdistanzierung als eine bewusste und eigenmächtige Leistung der Person angewendet hat – ein Vorgehen, das den oben dargestellten, basalen Erfordernissen in der Therapie mit traumatisierten Menschen entspricht. Die Wandlung vom Schutzmechanismus zur personalen Leistung.

Literatur

Bowlby J (1975) Bindung. München: Kindler

Cox B R et al (1994) Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. J. Psychosomatic Research, 38

Coghill R C et al (2003) Neural correlates of interindividuel differences in the objective experience of pain. In: Rüegg J C (2008) Somatoforme Schmerzen: Hirnphysiologische Aspekte. Psychotherapieforum 16/1, Wien New York: Springer

Fonagy P, Bateman (2008) zit. nach Gündel H Der psychosomatische Patient und sein Bericht über den leidenden Körper. 4. Psychiatrisch-Psychosomatische Tagung, Graz 2009

Frankl V E (1982) Psychotherapie in der Praxis. Wien: Deuticke, 4°

Goldberg R T, Goldstein R (2000) A comparison of cronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. In: Rüegg J C (2008) Somatoforme Schmerzen: Hirnphysiologische Aspekte. Psychotherapieforum 16/1, Wien New York: Springer

Gündel H, Kapfhammer H P (2009) 4. Grazer Psychiatrisch - Psychosomatische Tagung

Längle A (1999) Das Selbst als Prädiliktionsstelle von Dissoziation und Spaltung. In: Hysterie, Tagungsband der GLE

Nijenhuis E P S (1999) Somatoform Dissociation. New York/London: W.W. Norton & Co

Nijenhuis E P S (2006) Somatoforme Störungen. Paderborn: Junfermann

Nijenhuis E P S, van der Hart O, Steele K (2004), Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: Psychotherapie der dissoziativen Störungen Hrg. Reddemann, L., Hofmann, A., Gast, U. Stuttgart: Thieme Verlag

Rief W, Hiller W (1992) Somatoforme Störungen. Bern: Verlag Hans Huber

Rudolf G (2008) Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte. In: Psychotherapie Forum 16/1. Wien New York: Springer

Rüegg J C (2008) Gehirn, Psyche und Körper. Schattauer Verlag

Spangler G, Zimmermann P (1997) Die Bindungstheorie. Stuttgart: Klett Cotta

Sandkühler J (2000) Learning and memory in pain pathways. Pain: 88

Van der Hart O, Nijenhuis E P S, Steele K (2008) Das verfolgte Selbst. Paderborn: Junfermann

Waller E et al (2004) Attachement representation and illness behavior in somatoform disorders. J. of Nervous and mental disease 192

Anschriften der Verfasser:
Dr. Heinrich Donat
A-1180 Wien, Herbeckstraße 46
h.donat@gmx.at

Dr. Liselotte Tutsch
A-1140 Wien, Einwanggasse 23
lilo.tutsch@existenzanalyse.org

Leibgedächtnis und Lebensgeschichte

Thomas Fuchs

Unser Gedächtnis enthält nicht nur bestimmte Erinnerungen an Vergangenes, sondern auch erworbene Dispositionen, Fähigkeiten und Gewohnheiten, die meist implizit, also vor- oder unbewusst unser gegenwärtiges Erleben und Verhalten beeinflussen. Dieses „Gedächtnis des Leibes" tritt in verschiedenen Formen auf, die sich als prozedurales, situatives, zwischenleibliches, inkorporatives und schließlich auch als traumatisches Gedächtnis beschreiben lassen. Die lebenslange Formbarkeit des Leibgedächtnisses ermöglicht die Anpassung an die jeweilige natürliche und kulturelle Umgebung, insbesondere die Verwurzelung und Beheimatung im sozialen Raum. Die im Leibgedächtnis gewachsenen Strukturen sind andererseits eine wesentliche Grundlage des Selbsterlebens und der Identität: Die individuelle Geschichte und Eigenart der Person kommt auch in ihrem leiblichen Habitus und Verhalten zum Ausdruck. Diese Konzeption des Leibgedächtnisses wird phänomenologisch entwickelt und anhand klinischer und literarischer Beispiele erläutert.

Schlüsselwörter: implizites Gedächtnis, Lebensgeschichte, Leibgedächtnis, Selbst, Zwischenleiblichkeit

Body memory and life story

Memory does not only comprise our distinct recollections of the past, but also the acquired dispositions, skills and habits which implicitly, i.e. pre- or unconsciously influence our present experience and conduct. This 'body memory' appears in different forms which may be described as procedural, situative, intercorporeal, incorporative and traumatic memory. The life-long plasticity of body memory enables us to adapt to the natural and social environment, in particular to become entrenched and feel at home in social space. On the other hand, the structures accrued in body memory are an essential basis of our experience of self and identity: The individual history and peculiarity of a person is also expressed by her bodily habit and behaviour. This concept of body memory is outlined phenomenologically and illustrated by clinical and literary examples.

Key words: implicit memory, life story, Body memory, self, intercorporeality

Unter dem Gedächtnis verstehen wir für gewöhnlich unsere Fähigkeit, uns an bestimmte Erlebnisse in der Vergangenheit zu erinnern, sie also in der Vorstellung wieder zu vergegenwärtigen, oder uns Daten und Kenntnisse zu merken und sie wieder abzurufen. Aber mit der bewussten Erinnerung ist das Phänomen des Gedächtnisses bei weitem nicht erschöpft. Bereits Descartes schrieb einmal, der Lautenspieler müsse auch in den Händen ein Gedächtnis haben, um seine Musik mit solcher Leichtigkeit spielen zu können. Wir können uns leicht ausmalen, welches Durcheinander entstehen würde, wenn sich ein Musiker beim Spielen an die einzelnen Töne und Bewegungen erinnern wollte, die er erlernt hat. Offenbar gibt es außer dem *bewussten* Erinnerungsgedächtnis auch ein *leibliches* Gedächtnis: Durch Wiederholung und Übung hat sich eine Gewohnheit gebildet; eingespielte Bewegungsabläufe sind uns „in Fleisch und Blut" übergegangen, zu einem leiblichen Vermögen geworden – etwa der aufrechte Gang, das Sprechen oder Schreiben, der Umgang mit Instrumenten wie einem Fahrrad, einer Schreibmaschine oder einem Klavier. Aber auch Wahrnehmungsvermögen wie das Verstehen oder Lesen von Sprache gehören zu diesem erlernten leiblichen Können, dessen wir uns meist ganz selbstverständlich bedienen.

Dass es sich hier um ein ganz eigenständiges Gedächtnissystem handelt, wurde in den 70er Jahren deutlich, als man entdeckte, dass Patienten mit hirnorganisch bedingter Amnesie, die keinerlei neue Erinnerungen mehr speichern konnten, gleichwohl in der Lage waren, sich motorische Fertigkeiten anzueignen. Sie lernten etwa eine Figur immer besser nachzuzeichnen, oder ein Puzzlespiel jeden Tag rascher zu legen, ohne sich dabei aber jemals an das Spiel bewusst erinnern zu können. In der Folge unterschied man in der Forschung das *explizite* und das *implizite* Gedächtnis, die wir einander schematisch gegenüberstellen können (vgl. Abb. 1):

Das *explizite Gedächtnis* enthält einzelne Erinnerungen, die sich vergegenwärtigen, berichten oder beschreiben lassen; man kann es auch als „knowing that" bezeichnen. Hingegen sind in

das *implizite Gedächtnis* wiederholt erlebte Situationen oder Handlungen gleichsam eingeschmolzen, ohne daß sie sich noch als einzelne herausheben. Ein leibliches Können, eine Gewohnheit hat sich entwickelt, ein „knowing how", das aber nicht oder nur schwer verbalisierbar ist – wir wären kaum in der Lage zu beschreiben, wie wir etwa einen Walzer tanzen. Somit richtet sich das explizite Erinnern von der Gegenwart zurück auf die Vergangenheit; das implizite Gedächtnis hingegen vergegenwärtigt die Vergangenheit nicht, sondern enthält sie latent, als *gegenwärtig wirksame Erfahrung* in sich. Es ist unsere gelebte Vergangenheit.

Implizites Können bedarf also nicht mehr der expliziten Erinnerung (um ein Klavierstück zu spielen, muss ich nicht wissen, wie und wann ich es gelernt habe); denn das Leibgedächtnis *repräsentiert* nicht, sondern es verkörpert und *reinszeniert* das Erlernte im leiblichen Vollzug. Nur vermittels meiner Finger vermag ich das gelernte Stück zu realisieren, und nicht durch eine „Vorstellung" ihrer Bewegung, so als wäre das Gedächtnis getrennt für sich im Geist oder im körperlosen Gehirn enthalten. Es war Merleau-Ponty, der als erster das leibliche Können als ein Drittes zwischen bewusster Bewegungsvorstellung und motorischer Ausführung verstand. Das Leibgedächtnis wiederlegt eindrucksvoll den Dualismus von Bewusstsein und Körper. Denn wenn ich einen Walzer tanze, entspringen die rhythmischen Bewegungen meinem Leib, ohne dass ich sie gezielt mache – und doch spüre ich meine Bewegungen schon im voraus, ich selbst bin es, der tanzt, und nicht ein Geist in einem Körperautomat.

Formen des Leibgedächtnisses

Die Abbildung 1 stellt explizites und implizites Gedächtnis schematisch einander gegenüber. Das explizite Gedächtnissystem enthält neben dem autobiographischen oder Erinnerungsgedächtnis auch das semantische Gedächtnis, womit alles gezielt abrufbare Wissen gemeint ist, etwa mein Geburtsdatum, die Telefonnummer meiner Arbeitsstelle, die Hauptstadt der Ukraine usw. Das implizite Gedächtnis tritt in verschiedenen Erscheinungsformen auf, die sich ohne scharfe Abgrenzung

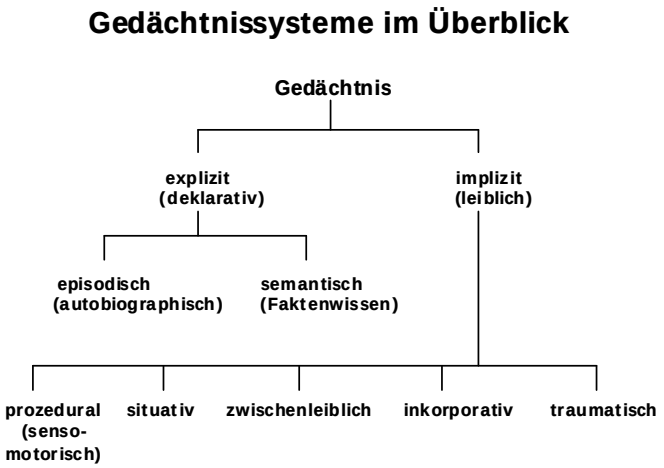


Abb. 1: Gedächtnissysteme im Überbick

als prozedurales, situatives, zwischenleibliches, inkorporatives oder traumatisches Gedächtnis bezeichnen lassen. Im Folgenden werde ich diese verschiedenen Phänomene des Leibgedächtnisses näher darstellen.

1. Prozedurales Gedächtnis

Als prozedurales Gedächtnis können wir die schon erwähnten sensomotorischen Vermögen des Leibes bezeichnen: automatische Bewegungsabläufe, eingespielte Gewohnheiten, Umgehen mit Instrumenten ebenso wie die Vertrautheit mit Wahrnehmungsmustern. Ich finde automatisch die Gangschaltung und das Bremspedal meines Autos, oder die richtigen Tasten meines Computers. Ich spüre die Dinge an ihrer Stelle schon im voraus und bin überrascht, wenn ich sie dort nicht antreffe. Ich kann mit zehn Fingern schreiben, ohne angeben zu können, wo sich auf der Tastatur die Buchstaben befinden; die gesehenen oder gedachten Worte verwandeln sich unmittelbar in Bewegungsgestalten. Ursprünglich verhielt es sich gerade umgekehrt: Wer Maschineschreiben lernt, ordnet zunächst explizit jeder Taste einen Buchstaben zu, um dann die Finger nach und nach an diese Verknüpfung zu gewöhnen. Aus der Übung ergibt sich eine *Automatisierung*; sie integriert die Einzelbewegungen zu einer einheitlichen Zeitgestalt, bis man die einzelnen Tasten vergessen hat: Man weiß nicht mehr, wie man tut, was man tut. – Analog verhält es sich in der Wahrnehmung: Beim Lesenlernen verbindet das Kind die einzelnen Buchstaben nach und nach zu anschaulichen Wortgestalten, die es dann „mit einem Blick" als solche erkennt, bis es schließlich bei flüssigem Lesen unmittelbar den Sinn des Satzes erfasst. Diese Gestaltbildung, die man auch als *Physiognomisierung* bezeichnen kann, erlaubt eine „Vergeistigung" der Wahrnehmung: Durch die Buchstaben hindurch, die das Kind anfangs nur einzeln sah, richtet es sich jetzt auf den Sinn der Worte.

Das prozedurale Gedächtnis entlastet damit unsere Aufmerksamkeit von einer Überfülle von Details und ermöglicht den unreflektierten Lebensvollzug. Es aktualisiert sich *im Hintergrund*, es ist wirksam, ohne dass wir darauf achten oder uns erinnern. Der Leib und die Sinne werden zum *Medium*, durch das uns die Welt zugänglich und verfügbar wird. Die Aufmerksamkeit kann sich durch die Einzelreize hindurch auf die Gestalt und den Sinn dessen richten, was uns begegnet. Das Handeln wird erleichtert, indem wir uns statt den einzelnen Bewegungen den Handlungszielen zuwenden können. Der Wille wird frei, weil die Einzelmomente des Wollens in den Hintergrund treten. Es genügt eine anfängliche, zielgerichtete Intention, um den vollständigen Handlungsbogen auszulösen. Der Pianist vermag sich durch die Bewegungen der Tasten hindurch auf die Musik selbst zu richten, sich „beim Spielen zuzuhören". Freiheit und Kunst setzen Können und damit leibliches Gedächtnis voraus.

Auf der anderen Seite bedeutet jede Gewohnheit auch eine Einschränkung, da sie das Wahrnehmen und Tun auf vorgeformten Pfaden hält, die nicht ohne eine gewisse Anstrengung verlassen und neu gebahnt werden können. Am deutlichsten wird daher das leibliche Gedächtnis in der *Störung* erfahrbar,

wenn etwas Gewohntes plötzlich fehlt, sich verändert hat oder zu verändern ist – etwa wenn an der Wand eines Zimmers ein Bild fehlt, das mir zuvor nie auffiel, oder wenn ich mich beim Autofahren von der Gangschaltung auf Automatik umstellen muß. Gewohnheit ermöglicht und hemmt zugleich, und diese Dialektik stellt uns die Aufgabe, ein Maß, eine Proportion zwischen notwendiger Konstanz und möglicher Wandlung zu finden.

Das Leibgedächtnis vermittelt also die grundlegende Erfahrung der Vertrautheit, der Kontinuität, des *Wiederkehrenden im Wechsel* der Situationen. Es befreit uns von der Notwendigkeit, uns ständig neu orientieren zu müssen. Leibliches Lernen besteht darin, das explizite Wissen und Tun wieder zu *vergessen* und das Gelernte „sich setzen", d.h. in das implizite Gedächtnis eingehen zu lassen. Gerade dadurch erwerben wir Fähigkeiten und Bereitschaften des Wahrnehmens und Handelns, die unsere ganz persönliche Weise ausmachen, in der Welt zu sein. Leibliches Vertrautsein mit den Dingen bedeutet biographisches Vergessen, Absinken des bewusst Getanen und Erlebten in einen Untergrund, aus dem sich das Bewusstsein zurückgezogen hat, und der doch unser alltägliches In-der-Welt-Sein trägt. Wir können auch sagen: Was wir vergessen haben, ist zu dem geworden, was wir sind.

2. Situatives Gedächtnis

Betrachten wir noch einmal das Beispiel einer Störung des Gewohnten – ein fehlendes Bild an der Wand, eine Umstellung des Mobiliars, die mich anstoßen lässt, wo ich sonst selbstverständlich meinen Weg fand. Wir sehen daran, dass das Leibgedächtnis an *Situationen* orientiert ist, in denen wir uns befinden. Daher ist es zugleich ein Raumgedächtnis. Es ermöglicht, dass wir uns im Raum der Wohnung, der Nachbarschaft, der Heimat zurechtfinden. Leibliche Erfahrungen verbinden sich in besonderer Weise mit Innenräumen, und je öfter dies geschieht, desto mehr wird dieser Raum erfüllt von latenten Verweisungen auf die Vergangenheit, von einer Atmosphäre der Vertrautheit. Wohnen und Gewohnheit sind gleichermaßen im Leibgedächtnis begründet.

„... über die Erinnerungen hinaus ist das Elternhaus physisch in uns eingezeichnet. Es besteht aus einer Gruppe von organischen Gewohnheiten. Aus einem Abstand von zwanzig Jahren, allen anonymen späteren Treppen zum Trotz, würden wir noch die Reflexe jener ‚frühesten Treppe' wiedererkennen, über eine bestimmte, etwas zu hohe Stufe würden wir nicht stolpern. Das ganze Sein des Hauses würde sich entfalten, unserem eigenen Sein treu geblieben. Wir würden die Tür aufstoßen, die noch das gleiche Knarren hat, ohne Licht würden wir in den entlegenen Speicher gehen. Das Gefühl der kleinsten Klinke ist noch in unserer Hand." (Bachelard 1960, 47)

Situationen sind aber auch mehr als räumliche Gebilde; es sind ganzheitliche, unzerlegbare Einheiten leiblicher, sinnlicher und atmosphärischer Wahrnehmung: ein Fussballspiel im tobenden Stadion, eine Bootsfahrt auf schäumenden Meer, ein Spaziergang durch die nächtlich erleuchtete Großstadt. Mit ähnlich wiederkehrenden Situationen durch Gewohnheit vertraut zu sein, ist nun das, was wir als *Erfahrenheit* bezeichnen. Der Erfahrene erkennt mit geschultem Blick das Wesentliche oder Charakteristische einer Situation; er entwickelt schließlich einen „siebten Sinn", ein Gespür oder eine Intuition für sie. Der Torjäger hat den „Riecher" für torgefährliche Situationen im Strafraum. Der Seemann spürt an feinsten Anzeichen das Aufziehen eines fernen Sturms. Der erfahrene Kriminalist erkennt an einem Fall die „Handschrift" eines Täters. Oder nehmen wir ein Beispiel aus dem medizinischen Bereich: Der erfahrene Psychiater richtet sich bei der Diagnose nicht nur nach einzelnen Symptomen, Befunden und Verlaufsdaten, sondern nach dem Gesamteindruck, den er von einem Patienten und seiner Lebenssituation gewinnt. Und je mehr seine Erfahrung wächst, desto leichter wird er schon im ersten Kontakt die vorliegende Erkrankung erkennen. Kein Film oder Lehrbuch kann dieses eigene Erleben einer Diagnose und ihres besonderen Kolorits ersetzen.

3. Zwischenleibliches Gedächtnis

Das Beispiel der psychiatrischen Diagnostik hat uns bereits zu den Situationen geführt, die für uns Menschen wohl am bedeutsamsten sind: die konkrete, leibhaftige Begegnung mit anderen, die zwischenleibliche Situation. Sie ist in einem solchen Maß bestimmt von den Vorerfahrungen mit Anderen, dass wir auch von einem *zwischenleiblichen Gedächtnis* sprechen können, das in jeder Begegnung implizit und auf meist kaum bewusste Weise wirksam ist.

Sobald wir mit einem anderen Menschen in Kontakt treten, interagieren unsere Körper miteinander, tasten sich fortwährend ab, lösen subtile Empfindungen ineinander aus. (Wir geraten in eine Art Kräftefeld, in eine eigenständige Sphäre von Wechselwirkungen, die wir nicht oder jedenfalls nur sehr begrenzt steuern und kontrollieren können.) Unsere Körper verstehen einander, ohne dass wir genau sagen könnten, wodurch und wie das geschieht. Merleau-Ponty bezeichnete diese Sphäre des unwillkürlichen Kontakts als „Zwischenleiblichkeit". In diese Sphäre gehört auch der erste Eindruck, den wir von einem Menschen erhalten. Er erfasst sicher nicht nur die äußere Gestalt seines Körpers, sondern etwas von seiner Wesensart, von seinem persönlichen Stil, ohne dass wir dessen Merkmale im Einzelnen explizieren könnten. Die Persönlichkeit eines Menschen kommt in seiner Leiblichkeit zum Ausdruck, also in seinem Auftreten, seinen Gesten und Gebärden, in seiner Haltung, seinem Gang oder seiner Stimme.

Solche leiblichen Haltungen und Verhaltensweisen sind untrennbar verknüpft mit Interaktionsmustern; sie bringen auch Gefühle, Einstellungen und Beziehungen zu den Anderen zum Ausdruck. So enthält etwa die unterwürfige Haltung gegenüber einer Autoritätsperson zugleich Haltungs- und Bewegungskomponenten (gebeugter Oberkörper, hochgezogene Schultern, Bewegungshemmung), Interaktionskomponenten (respektvoller Abstand, leise Stimme, Zustimmung) und Gefühlskomponenten (Respekt, Demut, Ängstlichkeit). Unsere gesamten Interaktionen beruhen auf solchen einheitlichen leiblichen, emotionalen Verhaltensbereitschaften, die uns in Fleisch und

Blut übergegangen sind wie das Gehen oder Schreiben. Sie sind zu dem geworden, was ich *leibliche Persönlichkeitsstruktur* nenne. Die scheue, unterwürfige Haltung etwa eines dependenten Menschen, seine weiche Stimme, seine kindliche Mimik, seine Nachgiebigkeit und Ängstlichkeit gehören einem einheitlichen Haltungs- und Ausdrucksmuster an, das seine Persönlichkeit wesentlich ausmacht. Auch unsere Grundhaltungen, unsere typischen Reaktionen und Beziehungsmuster; mit einem Wort; unsere Persönlichkeit ist somit in unserem Leibgedächtnis verankert.

Aufgrund der Fortschritte entwicklungspsychologischer Forschungen können wir heute die Entwicklung des zwischenleiblichen Gedächtnisses besser nachvollziehen. Diese Forschungen haben gezeigt, dass die motorische, die emotionale und die soziale Entwicklung in der frühen Kindheit nicht auf getrennten Bahnen verlaufen, sondern durch die Anlage einheitlicher affektmotorischer Schemata eng verknüpft sind. Die frühen sozialen Interaktionen sedimentieren sich als Verhaltensentwürfe, als „Körpermikropraktiken“ (Downing 2004) im leiblichen Gedächtnis. Es bildet einen Auszug aus wiederholten, prototypischen Erfahrungen mit der Mutter und anderen Bezugspersonen und verarbeitet sie zu dyadischen Interaktionsmustern, zu *„schemes of being-with“* oder *„acting-with“* (Stern 1998a): Ich-mit-Mutter-beim-Stillen, Ich-mit-Vater-beim-Ballspielen usw. Daraus entsteht das, was Daniel Stern *implizites Beziehungswissen* nennt (Stern 1998b): ein leibliches Wissen, wie man mit anderen umgeht – wie man mit ihnen Vergnügen hat, Freude ausdrückt, Aufmerksamkeit erregt, Ablehnung vermeidet, usw. Es betrifft also das *Wie* der interpersonalen Beziehungen, nicht das *Was* (d.h. die einzelnen Ereignisse oder die Eigenschaften einer Person). Es ist ein zeitlich organisiertes, gewissermaßen „musikalisches“ Gedächtnis für die Rhythmik, die Dynamik und die „Untertöne“, die in der Interaktion mit dem Anderen unhörbar mitschwingen.

Diese Kommunikation schlägt sich beim Kind in bestimmten Verhaltenserwartungen und -bereitschaften, also *leiblich-emotional-interaktiven Schemata* nieder. Kinder zeigen deutlich häufiger Freude und Interesse im Kontakt mit anderen, wenn sie dies mit ihrer Mutter häufiger ausgetauscht haben (Beebe et al. 1997). Aber auch Bereitschaften zu Gefühlsreaktionen wie Angst oder Scham übertragen sich auf das Kind, wenn die Eltern sich so verhalten, als ob die Welt gefährlich und feindselig wäre. So können sich explorierende, expansive Verhaltensmuster in Abhängigkeit von der Ermutigung oder Einschränkung durch die frühen Bezugspersonen gut entwickeln oder aber gehemmt werden. Nicht nur den aufrechten Gang oder das Sprechen erlernen Kinder mimetisch an den Anderen, sondern auch subtilere Bereitschaften des Verhaltens und Umgangs. Mein Gang mag später dem meines Vaters zum Verwechseln ähnlich sehen. Die Erfahrungen mit meiner Mutter können mitbestimmen, wie ich einer ganz anderen Frau begegne, und ohne dass ich mir dessen bewusst bin, lebt die Mutter in der Situation mit. Die frühe Zwischenleiblichkeit hat also weitreichende Folgen: Als Ergebnis eines Lernprozesses, der dem Erwerb von motorischen Fähigkeiten ähnelt, gestalten und inszenieren Menschen später ihre Beziehungen entsprechend den Mustern, die sie aus ihren ersten Erfahrungen extrahiert haben. Die frühen Interaktionen verwandeln sich in *implizite Beziehungsstile* und prägen damit die Grundstrukturen des Beziehungsraums, in dem ein Mensch sein Leben lang lebt.

4. Inkorporatives Gedächtnis

Freilich verläuft die Entwicklung leiblicher Persönlichkeitsstrukturen aus der frühen zwischen-leiblichen Sphäre heraus nicht bruchlos. Sie schließt auch das ein, was wir *Inkorporationen* nennen können, d.h. Überformungen der primären Leiblichkeit durch die Übernahme von fremden Haltungen oder Rollen. Dies geschieht häufig in unwillkürlicher leiblicher Nachahmung oder Identifizierung. Auch bei Erwachsenen kann man beobachten, wie sich Untergebene oft unbewusst Elemente der Mimik und Gestik des Vorgesetzten ebenso aneignen wie seine Einstellungen. Durch mimetische Identifizierung mit anderen übernehmen aber schon Kleinkinder etwa in ihren Spielen Haltungen und Rollen bis hin zur Geschlechtsrolle und inkorporieren sie. Der Leib erhält eine Außenseite; er wird zum Körper-für-andere und zum Träger sozialer Symbolik, sei es in der willkürlich eingenommenen Pose, in Kleidung, Schmuck oder Kosmetik. Man lernt sich darzustellen, aber auch sich zu verstellen, eine Rolle zu spielen und den spontanen Ausdruck zu hemmen.

Es gehört zur anthropologischen Struktur der Leiblichkeit, dass sie sich ihren sozialen oder Außenaspekt selbst aneignen und zur „zweiten Natur“ machen kann. Die „Erziehung“ oder kulturelle Überformung des Leibes, die ihm einen bestimmten Habitus, „Manieren“ und „Benehmen“ vermittelt, geht in das Leibgedächtnis ein: „Als verkörperte, zur Natur gewordene und damit vergessene Geschichte ist der Habitus die wirksame Gegenwart der gesamten Vergangenheit, die ihn erzeugt hat.“ (Bourdieu 1987)

Diese verinnerlichten Haltungen dienen nicht zuletzt dazu, spontane leibliche Impulse zu hemmen, stehen also im Dienst sozialer Disziplinierung. Norbert Elias (1977) hat an historischen Beispielen gezeigt, wie der Körper im „Prozess der Zivilisation“ mehr und mehr einer Formung von Haltung und Bewegung unterworfen wurde, um die Trieb- und Affektkontrolle des Individuums zu erhöhen. Erziehung, Schule oder Militär waren die klassischen Institutionen schmerzhafter Zurichtung des Leibes, die ihn zur Kolonie internalisierter Ordnungen machten. Heinrich Heine hat ein Beispiel solcher Inkorporation treffend mit den Worten bezeichnet, die Preußen hätten offensichtlich „den Stock geschluckt, der sie geschlagen.“ Ähnlich zeigt sich in der biographischen Anamnese heutiger zwanghafter Persönlichkeiten meist deutlich, dass ihnen die rigide Fixierung leiblicher Haltungen, die Unterdrückung der Bauchatmung und die Hemmung der Ausdrucksmotorik von Kindheit an als Mittel der Selbstkontrolle gegenüber unerwünschten oder bedrohlichen Impulsen diente.

5. Traumatisches Gedächtnis

Damit kommen wir zur letzten Form des Leibgedächtnisses, die ich erwähnen möchte, nämlich zum traumatischen Gedächt-

nis. – Dass auch Schmerzerfahrungen in das Leibgedächtnis eingehen, ist uns allen bekannt. „Gebranntes Kind scheut das Feuer“, sagt schon das Sprichwort. Denken wir an eine ernstere Verletzung, die uns, wie wir sagen, „noch in den Knochen sitzt“, und die zu einer unwillkürlichen Schonhaltung geführt hat: Unser Körper zieht sich selbst vor der gewohnten Bewegung zurück, meidet bedrohliche Situationen oder Gegenstände. Er reagiert nicht mehr als koordiniertes Ganzes wie beim prozeduralen Gedächtnis, sondern gehemmt, unkoordiniert, partikularisiert und in seinem spontanen Vollzug gestört.

Instinktiv spannen wir uns an, ziehen uns zurück oder weichen aus, wo Schmerzen drohen. Daher hat eine Erziehung, die vorwiegend auf Zwang, Verbot und Abschreckung beruht, schon immer den Schmerz als Hilfsmittel der Disziplinierung zu nutzen gewusst. „Man brennt etwas ein, damit es im Gedächtnis bleibt: Nur was nicht aufhört, *wehzutun*, bleibt im Gedächtnis,“ schreibt Nietzsche. „Es ging niemals ohne Blut, Martern, Opfer ab, wenn der Mensch es nötig hielt, sich ein Gedächtnis zu machen.“ (Nietzsche 1968, II/3, 311) Einschränkende und schmerzhafte Erlebnisse schreiben sich dem Leibgedächtnis ein und können so auch zu späteren psychosomatischen Leiden führen. Fast die Hälfte von Patienten mit chronischen Schmerzstörungen haben früher schwere Schmerz- und Gewalterfahrungen erlitten, wurden z.B. als Kinder häufig körperlich bestraft (Egle et al. 1991; Fillingim et al. 1999). Die Reaktivierung des Schmerzgedächtnisses ist auch nach langer Latenzzeit möglich, so dass spätere Erfahrungen von Demütigung oder Versagen akute Schmerzsyndrome auslösen können, die den Betroffenen selbst unerklärlich bleiben. Schmerzen prägen uns somit nicht nur sich selbst, sondern auch die Situationen und Beziehungen ein, die mit ihrem Auftreten verbunden waren.

Die gravierendste Form der Einschreibung in das Leibgedächtnis stellt das *Trauma* dar – das Erlebnis eines schweren Unfalls, von Vergewaltigung, Folter oder Todesbedrohung. Das Trauma ist ein Ereignis, das sich nicht aneignen, nicht in einen Sinnzusammenhang integrieren lässt. Auch hier werden wie beim Schmerzgedächtnis Abwehrmechanismen und Vermeidungen installiert, um den schmerzhaften Gehalt der Erinnerung zu isolieren, zu vergessen, zu verdrängen. Das Trauma entzieht sich der bewussten Erinnerung, bleibt aber umso virulenter, wie ein Fremdkörper, im Leibgedächtnis präsent. Auf Schritt und Tritt kann der Traumatisierte auf etwas stoßen, das in ihm das Trauma wieder wachruft. Es aktualisiert sich in bedrohlichen, beschämenden oder in anderer Weise dem Trauma ähnlichen Situationen, auch wenn dem Traumatisierten diese Ähnlichkeit nicht bewusst ist. Unfallopfer geraten in Panik, wenn selbst unscheinbare Umstände im Verkehr dem früher erlebten Unfallereignis gleichen. Vergewaltigte, die im Schlaf überfallen wurden, wachen oft später immer um dieselbe Zeit auf, zu der der Überfall stattfand. (Burgess u. Holmstrom 1974) Schmerzen eines Folteropfers können in einer akuten Konfliktsituation wieder auftreten und dabei genau den Körperpartien entsprechen, die damals der Folterung ausgesetzt waren. (So in einem Fall von Bauer (2002, 169 f.)) Der Körper erinnert das Trauma, als geschähe es ihm noch einmal – der Schmerz, die Verkrampfung werden im Körperteil spürbar, der es erlitten hat. Ein Marineveteran des 2. Weltkriegs, der über ständige Schmerz-, Taubheits- und Kälteempfindungen von der Taille an abwärts klagte, erinnerte sich erst nach längerem Befragen, wie er vor Jahren im Krieg nach dem Sinken seines Schiffes stundenlang an einem Floß in eiskaltem Wasser hing, während seine Kameraden das Bewusstsein verloren und ertranken (Kardiner u. Spiegel 1947, 128).

So durchlebt das Opfer immer wieder Schmerz und Angst, Fragmente von intensiven Bildern und Gefühlen des Schreckens. Vor allem aber hat sich das zwischenleibliche Gedächtnis des Traumatisierten tiefgreifend verändert: geblieben ist die latente Empfindung eines wehrlosen Ausgesetztseins, einer atmosphärisch gespürten Bedrohung. Das Eindringen des Fremden in den eigenen Körper, die Erfahrung der Ohnmacht und Ausgeliefertheit können das Urvertrauen in die Welt irreversibel erschüttern. Jean Améry schreibt, dass es für den Überlebenden der Folter nie mehr möglich sei, sich irgendwo heimisch, sicher und vertraut zu fühlen (Amery 1966, 58; vgl. auch Wenk-Ansohn 1998).

Ein eindrucksvolles Beispiel für das traumatische Gedächtnis findet sich in der Autobiographie des jüdischen Schriftstellers Aharon Appelfeld, der sich als Junge während des zweiten Weltkriegs fünf Jahre lang in den Wäldern der Ukraine versteckt halten musste:

„Seit Ende des Zweiten Weltkriegs sind bereits über fünfzig Jahre vergangen. Vieles habe ich vergessen, vor allem Orte, Daten und die Namen von Menschen, und dennoch spüre ich diese Zeit mit meinem ganzen Körper. Immer wenn es regnet, wenn es kalt wird oder stürmt, kehre ich ins Ghetto zurück, ins Lager oder in die Wälder, in denen ich so lange Zeit verbracht habe … Die Zellen des Körpers erinnern sich anscheinend besser als das Gedächtnis, das doch dafür bestimmt ist. Noch Jahre nach dem Krieg ging ich nicht in der Mitte eines Gehsteigs oder Wegs, sondern immer dicht an der Mauer, immer im Schatten, immer eilig, wie einer der flieht (...) Manchmal reicht der Geruch eines Essens, Feuchtigkeit in den Schuhen oder ein plötzliches Geräusch, um mich mitten in den Krieg zurückzuversetzen (...) Der Krieg sitzt mir in allen Gliedern.“ (Appelfeld 2005)

Hier ist es eine ganze Lebensphase, die ihre Spuren im Leibgedächtnis hinterlassen hat, und diese Spuren sind sogar tiefer und haltbarer als es die autobiographischen Erinnerungen sein könnten: Körperempfindungen, Tast-, Geruchs- und Hörsinn, ja sogar bestimmte Wetterbedingungen genügen, um die Vergangenheit plötzlich wieder lebendig werden zu lassen, und das Bewegungsmuster an der Wand entlang ahmt immer noch das Verhalten des Flüchtlings nach.

Leibgedächtnis und Biographie

Soweit ein Überblick über Erscheinungsformen des Leibgedächtnisses. Ich fasse nun das Bisherige zusammen, um dann einige weiterführende Überlegungen zum Zusammenhang von

Leibgedächtnis, Identität und Lebensgeschichte anzustellen.

Der Leib ist nicht nur ein Gebilde aus Gliedern und Organen, ein Ensemble von Empfindungen und Bewegungen. Er ist ein geschichtlich gebildeter Leib, dessen Erfahrungen sich in seinen unsichtbaren Dispositionen niedergeschlagen haben, ebenso wie sich seine sichtbare Gestalt im Wachstumsprozess geformt hat. Indem sich der Leib von selbst in jeder Situation einrichtet, trägt er zugleich seine Vergangenheit in den Umraum hinein. Seine Erfahrungen und Dispositionen legen sich über die Umgebung wie ein Netz, das von den Sinnen und Gliedern ausgeht, uns mit den Dingen verbindet und uns die Welt vertraut macht. „Was wir Wirklichkeit nennen", schreibt Proust, „ist eine bestimmte Beziehung zwischen Empfindungen und Erinnerungen, die uns gleichzeitig umgeben" (Proust 1957, 297). Jede Wahrnehmung, jede Situation ist durchdrungen von latenter, leiblicher Erinnerung. Das explizite, autobiographische Gedächtnis repräsentiert die Vergangenheit nur als vergangene. Das Gedächtnis des Leibes dagegen vermittelt die eigentliche, lebendige Gegenwart der Vergangenheit.

Die lebenslange Formbarkeit des Leibgedächtnisses ermöglicht die Ausbildung und Wandlung von Gewohnheiten, Wahrnehmungs- und Handlungsstrukturen. Damit erlaubt es die Assimilation an die jeweilige natürliche und kulturelle Umgebung, die Verwurzelung und Beheimatung im sozialen Raum. Die im Leibgedächtnis verankerten Strukturen sind andererseits die Basis der Kontinuität unseres Selbstseins. Gewohnheit macht uns zu Personen mit einer gewissen Konstanz und Verlässlichkeit, sie lässt uns bei allem äußeren Wechsel dieselben bleiben. Alles was wir persönliche Identität, Persönlichkeit, Charakter nennen, beruht auf der leiblichen Selbstvertrautheit, auf dem leiblichen Gedächtnis. Das rationalistische Verständnis der Person, wie es etwa John Locke oder heute Derek Parfit vertreten, knüpft die Einheit des Selbst einzig an die explizite, bewusste Erinnerung: Ich bleibe nur solange Thomas Fuchs, als ich mich an meine früheren Zustände erinnere und sie mir zuschreibe; anderenfalls wäre meine Identität zunichte. Das Leibgedächtnis stellt aber die eigentliche Basis meines Selbstseins dar, und damit auch meines expliziten, autobiographischen Gedächtnisses – ohne leibliche Selbstvertrautheit blieben all meine Erinnerungen nur leere Bilder.

Daher betrifft der Verlust des eigenleiblichen Spürens zugleich das lebendige Erinnerungsvermögen. Die Neurologen Deny und Camus berichteten zu Beginn des letzten Jahrhunderts von einer Patientin, Madame I., die – vermutlich aufgrund einer Schädigung des limbischen Systems – ihr Leibempfinden verloren hatte, und berichtete: „Ich nehme mich selbst nicht mehr so wahr wie früher. Ich kann meine Beine, meinen Kopf und mein Haar nicht mehr fühlen. Ich muß mich selbst ständig berühren, um zu wissen, wie ich bin ... Ich kann mir mich selbst nicht vorstellen." Die Patientin erlebte nicht nur die Dinge und Personen ihrer Umgebung als fremd und unwirklich, sondern vermochte sich auch persönliche Gedächtnisinhalte nicht mehr lebendig zu vergegenwärtigen: „Ich kann mir weder meine Eltern vorstellen noch das Innere meines Hauses noch einen anderen Ort, den ich gut kannte. Ich habe den Geschmack der Nahrung vergessen, den Duft der Blumen und die Stimmen meiner Kinder." Mit dem Zusammenbruch des Leiberlebens wird also auch die Erinnerung fremd und unvertraut (Deny & Camus 1905, zit. nach Rosenfield 1992, 51f.). Die eigene Identität bleibt abstrakt, sie ist nicht mehr getragen vom Gedächtnis und der Selbstvertrautheit des Leibes.

Kehren wir abschließend noch einmal zurück, wovon wir ausgegangen sind, zum Gegensatz von expliziter und impliziter Erinnerung. Inzwischen hat sich schon angedeutet, dass zwischen beiden Gedächtnissystemen keine strikte Trennung besteht. Das Leibgedächtnis repräsentiert die Vergangenheit nicht, sondern reinszeniert sie. Aber gerade daher stellt es einen nicht durch Bilder oder Worte vermittelten, sondern einen unmittelbaren Zugang zur Vergangenheit her. So kann das Leibgedächtnis unverhofft ein Tor zur expliziten Erinnerung öffnen und das Vergangene so wiedererstehen lassen, als wäre es unmittelbar gegenwärtig.

Leibempfindungen oder leibräumlich erlebte Situationen können als *implizite Gedächtniskerne* wirken und in sie eingeschlossene Erinnerungen freisetzen. Jeder kennt das Phänomen, daß eine vergessene Absicht uns wiedereinfällt, wenn wir an den Ort zurückkehren, wo wir sie gefasst haben. Geruchs- oder Geschmacksempfindungen, bekannte Melodien oder auch die Atmosphären vertrauter Plätze besitzen in besonderer Weise das Vermögen, die Vergangenheit in uns wiederzuerwecken; sie sind gleichsam aufgeladen mit den intensivsten Erinnerungen, die wir kennen. Kehre ich nach Jahren an einen Ort meiner Kindheit zurück, so wiederholt sich plötzlich mein Sehen von damals, und meine Gefühle von damals steigen in mir auf. Zugleich erfasst mich eine eigenartige Befremdung und Verwirrung, weil die lebendig gewordene Vergangenheit unvermittelt auf die Gegenwart meines jetzigen Lebens trifft.

Das Wiedererkennen hat also eine besondere Zeitlichkeit: Während das explizite Gedächtnis die Erinnerung in ein Zeitgitter der Vergangenheit einträgt, erleben wir im Wiedererkennen das Zusammenfallen von Vergangenheit und Gegenwart zu einer einzigen Zeit; es ist beinahe ein mystisches Erlebnis. In der „Suche nach der verlorenen Zeit" beschreibt Marcel Proust das Wiedererkennen des Geschmacks der „Madeleine", eines in der Kindheit vertrauten Teegebäcks, als ein Erlebnis überwältigender Beglückung, die den Protagonisten erfüllt, noch bevor sich seine Erinnerung dann in einem Reigen von Bildern der Vergangenheit entfaltet:

„In der Sekunde nun, als dieser mit dem Kuchengeschmack gemischte Schluck Tee meinen Gaumen berührte, zuckte ich zusammen und war wie gebannt durch etwas Ungewöhnliches, das sich in mir vollzog. Ein unerhörtes Glücksgefühl, das ganz für sich allein bestand, und dessen Grund mir unbekannt blieb, hatte mich durchströmt" (Proust 1954, 70f.). – „...(das Wunder einer Analogie) hatte als einziges die Macht, mich zu den alten Tagen, der verlorenen Zeit wieder hinfinden zu lassen, während gerade das den Bemühungen meines Gedächtnisses und Verstandes immer wieder mißlang." (Proust 1957, 272f.)

Diese Empfindung setzt schließlich eine Kaskade von Kindheitserinnerungen in Gang, und eine ganze Welt erwacht mit einem Mal aus ihrem Schlaf. Die Erinnerung verbirgt sich also in einem Komplex aus leiblicher Empfindung und impliziten, nur erahnten Sinngehalten. Einen solchen Komplex aus leiblich-emotionalem Spüren und darin eingeschlossenen Erinnerungen und Bedeutungen möchte ich mit dem Begriff des „Sinneinschlusses“ bezeichnen. Es sind Knotenpunkte leiblicher Erinnerung, in denen die gelebte Lebensgeschichte gleichsam eingeschmolzen und verdichtet ist, und aus denen sich ein neuer Sinn entfalten kann. Im leiblichen Spüren können sich vage empfundene Gefühle, Regungen und Vorahnungen bilden, in denen sich einerseits Nachklänge von Vergessenem und Verdrängtem verbergen, aus dem aber auch Vorahnungen und Vorverweise auf Neues auftauchen. Damit öffnet das Leibgedächtnis auch den Weg, der zum Aufkommen des Unerwarteten und Unberechenbaren im Leben führt. Therapieverfahren, die dem leiblichen Spüren besondere Aufmerksamkeit zuwenden wie etwa das Focusing, können dem Klienten dazu helfen, die Implikate des Leibgedächtnisses zu öffnen und sich über latente Motive und Gefühle klarer zu werden.

Das Leibgedächtnis ist der eigentliche Träger unserer Lebensgeschichte, unserer persönlichen Identität. Es enthält nicht nur die gewachsenen Bereitschaften unseres Wahrnehmens und Verhaltens, unseres In-der-Welt-Seins, sondern auch Erinnerungs- und Sinneinschlüsse, die uns mit unserer biographischen Vergangenheit auf intensivste Weise verbinden, und die zugleich Quellpunkte neuer Entwicklungen und Impulse bilden können. Alles was wir wahrnehmen oder tun, hinterlässt eine Spur in uns. Und selbst dann, wenn eine Demenzerkrankung einen Menschen seiner expliziten Erinnerungen beraubt, behält er noch immer sein leibliches Gedächtnis: Seine Lebensgeschichte bleibt gegenwärtig in den vertrauten Anblicken, Gerüchen, Berührungen und Handhabungen der Dinge, auch wenn er sich über den Ursprung dieser Vertrautheit keinerlei Rechenschaft mehr ablegen und seine Geschichte nicht mehr erzählen kann. Seine Sinne werden zum Träger personaler Kontinuität, einer mehr gefühlten als gewussten Erinnerung, einem sprachlosen, aber treuen Gedächtnis, von dem auch Proust schreibt:

„Aber wenn von einer früheren Vergangenheit nichts existiert nach dem Ableben der Personen, dem Untergang der Dinge, so werden allein, zerbrechlicher aber lebendiger, immateriell und doch haltbar, beständig und treu Geruch und Geschmack noch lange wie irrende Seelen ihr Leben weiterführen, sich erinnern, warten, hoffen, auf den Trümmern alles übrigen und in einem beinahe unwirklich winzigen Tröpfchen das unermessliche Gebäude der Erinnerung unfehlbar in sich tragen.“ (Proust 1954, 74)

Literatur

Améry J (1970) Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten. Deutscher Taschenbuch Verlag, München.

Appelfeld A (2005) Geschichte eines Lebens. Roman. Übers. von: Anne Birkenhauer. Rowohlt, Berlin

Bachelard G (1960) Poetik des Raumes. Hanser, München

Bauer J (2002) Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Eichborn, Frankfurt/M.

Beebe B, Lachman F, Jaffe J (1997) Mother-infant interaction. Structures and presymbolic self- and object representations. In: Journal of Relational Perspectives 7, 133-182.

Bourdieu P (1987) Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Suhrkamp, Frankfurt/M.

Burgess AW, Holmstrom LL (1974) Rape trauma syndrome. In: American Journal of Psych-iatry 131, 981-986.

Deny G, Camus P (1905) Sur une forme d’hypochondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. Revue Neurologique 9, 32ff.

Downing G (2004) Emotion, body and parent-infant interaction. In: Nadel J, Muir D (Hrsg.) Emotional Development: Recent Research Advances. Oxford University Press, Oxford.

Egle UT, Kissinger D, Schwab R (1991) Eltern-Kind-Beziehungen als Voraussetzung psychogener Schmerzsyndrome bei Erwachsenen. In: Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 41, 247-256.

Elias N (1977) Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Suhrkamp Frankfurt/M.

Fillingim RB, Wilkinson TS, Powell T (1999) Self-reported abuse history and pain com-plaints among young adults. In: Clinical Journal of Pain 15, 85-91.

Fuchs T (2000a) Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Klett-Cotta, Stuttgart

Fuchs T (2000b) Das Gedächtnis des Leibes. In: Phänomenologische Forschungen 5, 71-89.

Fuchs T (2005) Was heißt ‚sich entscheiden’? Zur Debatte um die Willensfreiheit. In: Scheidewege. Jahresschrift für skeptisches Denken 35, 56-69.

Kardiner A, Spiegel H (1947) War, Stress, and Neurotic Illness. New York.

Merleau-Ponty M (1966) Phänomenologie der Wahrnehmung. de Gruyter, Berlin.

Nietzsche F (1968) Zur Genealogie der Moral. In: Kritische Gesamtausgabe, hrsg. v. Colli Giorgio Montinari, Bd. 6/2, de Gruyter, Berlin.

Proust M (1954) Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. In Swanns Welt. Suhr-kamp, Frankfurt/M.

Proust M (1957) Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Die wiedergefundene Zeit. Suhrkamp, Frankfurt/M.

Rosenfield I (1992) Das Fremde, das Vertraute und das Vergessene. Anatomie des Bewusstseins. Fischer, Frankfurt/M.

Starobinski J(1991) Kleine Geschichte des Körpergefühls. Fischer, Frankfurt/M.

Stern D N (1998a) Die Lebenserfahrungen des Säuglings. 6. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart

Stern D N (1998b) The process of therapeutical change involving implicit knowledge. Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. In: Infant mental Health Journal 19, 300-308.

Wenk-Ansohn M (1998) Körperschmerz als Ausdruck erlebter körperlicher und seelischer Verletzungen von Folterüberlebenden. In: Wolf M, Walter HJ et al (Hrsg.) Körper/Schmerz. Intertheoretische Zugänge, 161-174. Studia Innsbruck

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs
Leiter d. Sektion „Phänomenolog. Psychopathol. u. Psychotherapie“
Zentrum für Psychosoziale Medizin
D-69115 Heidelberg, Voßstr. 4
Tel.: 0049/6221-564422
thomas.fuchs@med.uni-heidelberg.de
www.ThomasFuchs.uni-hd.de

Frau zu werden…

Psychotherapie einer Patientin mit schwerer Endometriose

Renate Bukovski

Vor dem Hintergrund psychopathogenetischer und psychosozialer Aspekte wird eine existenzanalytische Psychotherapie einer an Endometriose erkrankten Patientin vorgestellt. Hauptziel des therapeutischen Vorgehens war es, die Patientin zu einer wohlwollenden Beziehung zu sich und ihrem Körper zu begleiten und ihr zu einem personalen Umgang mit der Erkrankung und zu einer guten Lebensqualität trotz verbleibender Symptomatik zu verhelfen. Im phänomenologischen Schauen auf das körperliche und psychische Erleben der Patientin und auf die Beziehungsdynamiken in der Ursprungsfamilie konnten krankmachende und leidvolle Zusammenhänge aufgezeigt und einer Bearbeitung zugeführt werden.

Schlüsselwörter: Endometriose, Kasuistik, Körperliche Erkrankung, Personale Existenzanalyse, Phänomenologie

On becoming a woman…

Psychotherapy of a patient with severe endometriosis

An existential analytical psychotherapy is introduced of a patient fallen ill with endometriosis against the background of psychopathogenetical and psychosocial aspects. The principal goal of therapeutic process was to accompany the patient towards a benevolent relationship with herself and her body, and to help her find a personal handling of her illness as well as a good quality of life in spite of remaining symptoms. Through phenomenological introspection onto the physical and psychological experience of the patient and into dynamics of the relationships in her family of origin, illness provoking and painful connections became visible and suited for treatment.

Key words: endometriosis, casuistry, Personal Existential Analysis, physical illness, phenomenology

Einleitung

Eine schwere „körperliche“ Erkrankung und die dadurch notwendige jahrelange medizinische Behandlung stellen eine umfassende Belastung für Betroffene dar. PatientInnen mit somatopsychischen Erkrankungen sind jedoch in der Schulmedizin oft sich selbst überlassen und bedürften doch auch einer psychotherapeutischen Behandlung oder Begleitung, um in Zusammenarbeit und Abstimmung mit der medizinischen Behandlung die organismische Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung erfahren zu können.

Vorgestellt wird die psychotherapeutische Behandlung einer Patientin mit einer tief infiltrierenden Endometriose, einer besonders schweren Form einer Frauenkrankheit. Diese wird in der Literatur somatisch aufgefasst und von medizinischer Seite ist mit der Frage zu rechnen: „Was kann Psychotherapie bei einer somatischen Erkrankung bewirken?“ Ich werde im Folgenden einige Fragen und Themen aus dem komplexen Geschehen der zweijährigen Psychotherapie von Frau N herausgreifen. Bei der Erkrankung fielen mir bei dieser Patientin als psychische Themen besonders Beziehung (Beziehung zu sich, zu dem eigenen Körper, zu anderen) und Frausein (im weiteren Sinne das Sosein-Dürfen) auf. Es sind dies Themen der zweiten und dritten personal-existentiellen Grundmotivation und die wesentlichen Behandlungsschritte beziehen sich auch auf die von Alfried Längle (2009, aktuelle Zeitschrift) ausgeführten und beim internationalen Kongress der GLE-Int. in Salzburg 2009 vorgestellten Überlegungen zur existenzanalytischen Therapie von psychosomatischen Erkrankungen. Ich danke meiner Patientin, die zugestimmt hat, dass ich ihre Leidens- und Lebensgeschichte und ihre Behandlung veröffentlichen darf.

Die Endometriose und ihre phänomenologische Betrachtung

Die Endometriose ist eine Erkrankung durch Wucherung der Gebärmutterschleimhaut. Sie entsteht häufig so, dass schon bei der ersten Regelblutung die Gebärmutterschleimhaut nicht ganz ausgeschwemmt wird. Teile davon treten in den Beckenraum über und wachsen dort und an anderen Organen an. So bilden sich im ganzen Bauchraum Herde, die bei jeder Menstruation wieder bluten. Dieses Blut kann aber nicht abrinnen, sondern verursacht entzündliche Herde und verbreitet sich weiter – und so breiten sich die Schmerzen im gesamten Bauch- und Beckenbereich aus. Phänomenolo-

gisch betrachtet stellen sich die Fragen: Was geschieht dieser Frau? Was macht da die Gebärmutterschleimhaut bzw. was geschieht mit dieser? – Mit Eintreten der Regel verändert sich das Leben der Patientin, denn es treten Schmerzen auf. Diese hängen mit der Gebärmutterschleimhaut zusammen. Sie wird am Abfluss behindert und überschreitet in der Folge die Grenzen ihres Organs. Man kann dies als ein Ausufern der Schleimhaut bezeichnen, die ihre Lebenskraft behalten hat und so zu neuen Lebensgrundlagen kommt: Sie setzt sich an verschiedenen Stellen im Bauch- und Beckenbereich, auch an anderen Organen fest. Da sie nicht mehr am richtigen Ort ist, erzeugt sie Schmerzen. Hier bleibt etwas am Leben, das nicht mehr an seinem Platze ist, wird sogar am falschen Platz am Leben erhalten und kann auch vom Körper physiologisch nicht abgeschüttelt werden. Der Körper ist ohnmächtig. So weist die Krankheit viel Leben auf, aber weil es Leben am falschen Platze ist, weist sie auch viel Destruktivität auf. Es bleibt etwas lebendig, was auf diese Weise nie zur Erfüllung kommen kann, in seinem Wesen unerfüllt bleiben muss. Auf der psychischen Ebene könnte man an Sehnsucht denken, an Ungelebtes, das trotz allem Bemühen nicht zur Erfüllung kommen kann.

Zum Krankheitsbild der Patientin

Als Frau N in die Therapie kam, litt sie bereits seit 18 Jahren an Endometriose, erst seit drei Jahren stand die Diagnose fest. Seither wurde sie dreimal operiert, zuletzt wurde neben Herden am Darm und am Harnleiter auch die Gebärmutter entfernt. Postoperativ litt die Patientin dann täglich unter starken Schmerzen, die vorher immer „nur“ während der Menstruation auftraten. Diese beeinträchtigten die Patientin beim Gehen, Sitzen, vor allem in der Sexualität, sie war noch nicht arbeitsfähig. Weiters litt sie unter unkontrolliertem Kaufverhalten, Ess-Brech-Attacken, unter einem Konflikt beladenen Umgang mit Autoritäten, unter einem geringen Selbstwertgefühl und unter einer Verzweiflung und Ablehnung gegenüber ihrem Körper und seiner Symptomatik. Zur Biographie meinte sie: „Ich kann mich kaum an meine Kindheit erinnern, aber ich war das Nesthäkchen – eine Nachzüglerin, ich bin fast ausschließlich mit meinen Eltern aufgewachsen“. Der Vater, alkohol- und spielsüchtig, war vor sieben Jahren plötzlich an den Folgen seiner Alkoholerkrankung verstorben. Zur Mutter hatte die Patientin in Folge langwieriger Streitereien den Kontakt abgebrochen. Frau N lebte und lebt in einer stabilen Partnerschaft, die eine große Ressource für sie darstellt.

Eindrücke zu Therapiebeginn

Im Erstgespräch hatte ich folgende Eindrücke von der Patientin: Im Vordergrund stand das jahrelange Leiden an der Endometriose, das mit großem Schmerz und einer Ohnmacht verbunden war. Im Gespräch darüber erschien mir ein braves Mädchen, das sympathisch lächelte, sich bei den leidvollen Erzählungen duckte, wie wenn es durch das Schlimme durchtauchen wolle, ohne davon berührt zu werden und sich dabei sehr angepasst verhielt. In der Schilderung des schwierigen Umgangs mit Autoritäten wurde ein maskulines, hartes, aggressives Gegenüber sichtbar – eine Kämpferin. Der Körper der Patientin, vom Aussehen her ein attraktiver Frauenkörper, wirkte im leiblichen Ausdruck, der Bewegung, der Mimik eher männlich, vor allem aber „unbelebt“, wie verlassen.

Nach einigen Stunden wurde für mich spürbar, dass die Patientin zwar einen Platz in der Welt gefunden hatte, es fehlte ihr aber der gute Zugang zu den Gefühlen. Frau N kam nicht wirklich in die Lebendigkeit, hatte wenig gefühlte Beziehung zu sich, ihrem Körper, den Werten in der Welt und zu anderen. Sie lebte verzweckt, hielt sich viel im Außen auf, uferte beim Essen aus, ging sich beim Einkaufen verloren. Auch in der Auseinandersetzung mit anderen ging ihr das Eigene schnell verloren, sie konnte keine Grenze ziehen: Nicht, um sich zu schützen, nicht, um das Eigene zu vertreten, und auch nicht, um sich zu begrenzen.

Wenn es in der Phänomenologie heißt: „Was wesentlich ist, ist gegenwärtig und in jeder lebendigen Äußerung enthalten. Als solche ist es phänomenologisch zugänglich.“ (Längle 1994,11) – so tauchen mir folgende Fragen zu Frau N auf:

Worauf verweisen die Phänomene der aggressiven, maskulinen Kämpferin, des Ausuferns, des übergriffigen Umgangs mit anderen, des sich Verlierens, das angepasste Mädchen, der Ohnmacht und des ungelebten Frauseins? Worüber sprechen die körperlichen Phänomene des schmerzhaften Ausuferns der Gebärmutterschleimhaut und der „Unbelebtheit“ des Körpers? Was war dieser Frau auf dem Weg vom Nesthäkchen zur Erkrankten widerfahren, was hatte sie erlebt, erlitten? Was tat so weh? Oder anders formuliert: Welche Vergangenheit zeigt sich da in der wirksamen Gegenwart, in der Leiblichkeit der Patientin? Wie kann die Patientin von den vorherrschenden psychodynamischen Reiz-Reaktionsmodi: „Anpassung an andere“, wenn ihr der Kontakt wichtig erschien (das brave Mädchen) und „Kampf gegen die anderen“, wenn der Beziehungsverlust sie nicht bedrohte (die Kämpferin) – in einen personalen Umgang mit sich und der Welt kommen?

Zum Therapieverlauf

Am Beginn der Therapie stand der sehr wesentliche Aufbau der therapeutischen Beziehung. Dies geschah vor allem durch die Würdigung und das Bewusstmachen der Stärken und Ressourcen, mit der Frau N bisher ihr Leiden bewältigt hatte. Durch ein ausführliches, interessiertes und einfühlsames Anfragen ihrer körperlichen Leidensgeschichte und ihrer Resilienz wurde sie in ihrem leiblichen Erleben, entgegen ihren eigenen und den von einigen Behandlern erfolgten Bagatellisierungen, erstmals wahr- und ernst genommen. Frau N wurde dadurch sicherer, ruhiger, begann sich selbst für sich zu interessieren und sich zu öffnen. Behutsam angesprochen auf ihr auffallendes Lächeln bei leidvollen Erzählungen, hinterfragte sie darauf diesen Schutzmechanismus auch selbst, wurde ernsthafter bei ihren Schilderungen.

Es folgen Auszüge aus der psychotherapeutischen Behandlung, wobei es mir dabei nicht um die zeitliche Abfolge

der 90-stündigen Therapie, sondern um die Darstellung der wesentlichen Themen geht, die in verblüffender Weise das phänomenologische Bild der Endometriose spiegeln.

1) Vom Sich-Verlieren und Ausufern zum Grenzen-Setzen und Sich-Vertreten

Wiederholte Auseinandersetzungen mit ihrem Abteilungsleiter machten Frau N zunehmend zornig. Sie warf der Firma Ungerechtigkeiten, insbesondere Ausnützerei vor und kam dabei in Rage. In den Streitgesprächen mit ihrem Vorgesetzten versuchte sie sich aggressiv und lautstark zu behaupten, den Betrieb und ihren Vorgesetzten zu verändern und verfiel in Beschuldigungen und Abwertungen. Ihr Vorgesetzter reagierte dabei ähnlich aggressiv und abwertend, Frau N war im Arbeitsalltag dadurch stark belastet, stand knapp vor der Kündigung. Ihr Ärger bekam Raum in der Therapie, ich nahm sie darin ernst, half ihr, ihm nachzugehen, statt ihm nur nachzugeben, ihn und sich zu verstehen und dazu Stellung nehmen zu lernen.

Gesprächsauszüge aus der Arbeit mit der Personalen Existenzanalyse (Längle 2000):

Frau N nach einem solchen Gespräch mit ihrem Abteilungsleiter: „Ich bin außer mir, fühle mich wie von roter Farbe übergossen, habe Herzrasen und möchte am liebsten kündigen.“ Die Patientin ist außer sich, ist sich in der Auseinandersetzung verloren gegangen, beschreibt sich als von etwas Rotem übergossen. Was ist der phänomenale Gehalt der Situation?

„Was gibt Ihnen die Firma, ihr Vorgesetzter mit diesem, seinem Verhalten zu verstehen?“

Frau N: „Du bist unwichtig. Wichtig ist, dass du funktionierst, wie wir das wollen.“

Ich versuche das Gefühl zu bergen: „Wie fühlt sich diese Botschaft an?“

Frau N: „Das kenne ich von meiner Mutter. Immer das tun, was sie möchte, vor allem um ein perfektes Bild nach außen zu erhalten. Wie es mir dabei ging, was ich gebraucht hätte, war ihr egal.“

Ich frage nochmals das Gefühl an: „Offensichtlich kennen Sie eine entsprechende Botschaft auch von ihrer Mutter. Was empfinden sie bei dieser Botschaft?“

Die Patientin:„Das tut weh, ich fühle mich übergangen.“ Zur Verdichtung des Erlebens frage ich nach dem Handlungsimpuls zur vernommenen Botschaft, halte die Patientin aber in der Arbeitssituation: „Was würden sie denn in der Situation mit ihrem Vorgesetzten jetzt am liebsten ganz spontan tun?“

Sie: „Aufspringen und ihn anschreien: Schau her, schau auch mal auf mich!„

Ich: „Sie wollen gesehen, beachtet werden?“

Frau N: „Ja, ich will endlich mal gesehen werden von den anderen!“ Frau N begann zu weinen. Nun war mit sich in Berührung gekommen und in der Folge konnte sich der Schmerz über das Nicht-gesehen-Werden in der Arbeit und dann auch in der Biografie von ihrer Mutter zeigen und bearbeitet werden.

Das Verstehen der Kämpferin

Nun tauchten Erinnerungen und Verstehenszusammenhänge aus der Biografie auf. Der Vater entzog sich einer zerrütteten Partnerschaft, indem er oft tagelang nicht zu Hause war, uferte beim Trinken aus und verlor sich beim Spielen. Die Mutter empfand sich als Opfer in der Beziehung, versuchte den Mann immer wieder durch Beschuldigungen und Abwertungen zu verändern. Nach außen versuchte sie das Bild einer perfekten Familie aufrecht zu erhalten. Frau N, von der Mutter vor allem, wenn der Vater auswärts war, vereinnahmt, musste für die Mutter da sein, als Klagemauer, als Partnerersatz, für gute Stimmung sorgen, sie überall hin, untergehakt wie die beste Freundin, begleiten. Zu Hause gab es keine Privatsphäre, sondern offene Zimmertüren, sogar das Badezimmer war kein Intimbereich, das Tagebuch der Jugendlichen wurde mehrmals aufgebrochen und gelesen. Auch in den Beziehungsdynamiken der Ursprungsfamilie zeigten sich nun die Phänomene des Ausuferns, des Überschreitens von Grenzen und des Sich-Verlierens.

Frau N fand in der Therapie zur Wut auf ihre Mutter, die sie psychisch missbraucht hatte, und konnte die erlebte Ungerechtigkeit betrauern. Sie verstand nun auch, dass sie nicht gelernt hatte, Eigenes zu beachten, sondern sich zu übergehen und auch andere zu übergehen.

Wir arbeiteten am Sich-Beachten, Sich-ernst-Nehmen und Sich-gerecht-Werden im Sich-Vertreten. Frau N bezog dann in der Firma Stellung, statt übergriffig zu werden, und erlebte, dass sie im Bei-sich-Bleiben Konturen bekam, sichtbar wurde und von den anderen nun auch beachtet wurde. Weil sie eine Grenze zog, konnte sie nun auch anderes gelten lassen und die entstehende Spannung aushalten, ohne ins Agieren zu kommen. Die Tendenzen des Ausuferns und Sich-verloren-Gehens, der übergriffige Umgang, die Negationen, die Entwertungen anderer nahmen ab. Die Kämpferin wurde ruhiger. Die körperliche Schmerzsymptomatik nahm in dieser Zeit merklich ab. So wurden die durch die Endometrioseherde verursachten Schmerzen nicht nur leichter, sondern auch weniger häufig. Mir stellt sich die Frage: Musste der Körper weniger „schreien“, weil die Person mehr zu Wort kam?

2) Vom Benutzen und Verzwecken zum Zuwenden und Ins-fühlen-Kommen

Der kühle, verzweckte Umgang der Patientin mit sich, ihrem Körper, ihren Freundschaften und auch ihrer Partnerschaft verlangte nach Erwärmung. Achtsames Im- Hier-und-Jetzt-Sein (DA-Sein), sich und ihre Umgebung mit allen Sinnen bewusst wahrnehmen und ressourcenorientiertes Arbeiten an der zweiten personal-existentiellen Grundmotivation halfen ihr, sich Gutes zu tun, sich Werten zuzuwenden, dort zu verweilen und langsam ins Fühlen zu kommen. Beispiele aus der Arbeit:

- statt sich hetzen, den Kaffee am Morgen in Ruhe trinken, mit einer Wärmflasche am Bauch wegen der Schmerzen;
- achtsam, mit allen Sinnen duschen, und die Haut als Körpergrenze wahrnehmen;
- kleine Wanderungen, sich in der Stille der Natur zuwenden.

Dabei versuchte Frau N nun immer wieder, in den therapeutischen Gesprächen dazu angeregt, sich der Situation, dem Wertvollen zuzuwenden, dabei zu verweilen, Nähe aufzu-

nehmen und zu fühlen, wie es ist. Nach einiger Übung erlebte die Patientin erstmals bewusst Freude, Staunen, Dankbarkeit, vor allem in der Natur.

Zunehmend konnte sie Unstimmigkeiten in ihrer Lebensführung bemerken, bearbeitete diese und begann sie zu verändern:

- Sexualität, früher zwischen Abendessen und Hauptfernsehprogramm zur Befriedigung des Freundes erledigt, wurde stimmiger gestaltet. Sie nahm sich Zeit dafür, schuf eine liebevolle Atmosphäre und begann, die Sexualität zu genießen, weil sie so auch nicht schmerzte.
- Sie kam mit ihrem Partner vermehrt ins Gespräch, dies vertiefte die Nähe in der Partnerschaft.
- Sie ließ ab von oberflächlichen Kontakten und unbefriedigenden Treffen, zu denen sie sich früher verpflichtet fühlte.
- Das ausufernde Kaufverhalten, oft als Belohnung, als Frustabbau eingesetzt, ließ nach, die Patientin erlebte nicht mehr eine unbefriedigende Leere, sondern mehr Erfüllung in der Wertverwirklichung.

In dieser Therapiephase wurde Frau N weicher und die körperliche Symptomatik nahm weiter ab. Sie war weniger eingeschränkt durch die Endometriose – Gehen, Sitzen, Sexualität wurden während mehrerer Tage im Monat schmerzfrei erlebt. Half es Frau N, über das Fühlen in Beziehung zu sich zu kommen, so dass die Gebärmutterschleimhaut, dieses intimste Beziehungsorgan, nicht mehr so schmerzen musste?

Zur Entspannung und Reduktion des Schmerzerlebens bot ich der Patientin auch Imaginationsübungen an (Reddemann 2001; Huber 2006; Koppe 2007). So gestaltete sie sich zum Beispiel einen imaginären, sicheren Wohlfühlort, der existenzanalytisch den guten Bedingungen der ersten und zweiten personal-existentiellen Grundmotivation entspricht. Dieser brachte ihr schon bald nach Therapiebeginn nach anstrengenden Arbeitstagen und bei besonders starken Schmerzen eine Erleichterung.

Eine Körperreise mit einem hilfreichen Wesen, Frau N wählte eine Elfe, die ihren Organen heilsame Energie in Form von Licht brachte, aktivierte ihre Selbstheilungskräfte. Mit diesem inneren Beobachter, einem Hilfsmittel zur SD, auf die schon Frankl (1959) als anthropologische Fähigkeit der Person hingewiesen hat, gelang Frau N eine erste Annäherung an ihren Körper. Sie lernte so, sich ihm nach und nach zuzuwenden und ihre Körperempfindungen zu beachten.

- Sie konnte dadurch innerliche Spannung von Hunger unterscheiden und die Essattacken nahmen ab.
- Sie bemerkte in der Therapie Veränderungen in der Symptomatik der Endometrioseherde, je nach Gesprächsinhalt.
- Ihr oftmalig auftretendes Herzrasen begann sie wahr- und ernst zu nehmen. Über einen Dialog mit der Elfe konnte sie es in einen Zusammenhang mit starkem eigenem Leistungsdruck und Druck von außen, durch den sie sich in die Enge getrieben fühlte, setzen.

Die Auseinandersetzung mit dem Erleben von Druck brachte uns aber auch in die Biographie, zu dem braven Mädchen, das immer getan hatte, was die Mutter von ihm verlangte. Frau N fiel gerade die Zuwendung zum angepassten, kleinen Mädchen sehr schwer. Sie mochte das Kind nicht – „Ich war dick und hatte nur Lesen und Essen im Sinn.“ Über ihr Herz gelang es, mit der Elfe die Kontrolle zurückzunehmen und mit dem Körper als Reservoir aller Lebenserfahrungen zu sprechen. Dadurch konnten dissoziierte Inhalte auf bewegende Weise – im doppelten Sinne – als Erfahrungen des kleinen Mädchens ins Bewusstsein kommen.

Dies soll die folgende Gesprächssequenz veranschaulichen: Frau N kam mit Herzrasen zur Therapie, sie könne es aber nicht verstehen. Wir schickten ihren inneren Beobachter, die Elfe, zu ihrem Herzen. Diese schilderte, dass Gurte um das Herz gespannt seien, die Druck erzeugen und das Herz müsse gegen diese Beklemmung ankämpfen.

Ich: „Was macht ihnen Druck?“

Frau N: „Ich mir selbst, die Schule, das Lernen neben der Arbeit, ich will unbedingt die Matura nachmachen.“

Ich: „Was fühlen Sie, wenn sie das so sagen?“

Frau N: „Ich glaube, dass es mir zuviel wird, viel zu viel, es wird mir ganz eng und beklemmend.“

Ich: „Welches Gefühl haben Sie, wenn es so eng und beklemmend wird?“

Frau N: „Angst – ich habe große Angst.“ Die spürbare Angst erschien mir hinsichtlich der Leistungsthematik unverhältnismäßig stark, daher fragte ich sie:

Ich: „Ist da noch jemand, dem etwas zu viel wird?“

Frau N.: „Als kleines Mädchen, zusammengekauert im Bett liegend, da habe ich auch so eine Angst.“

Die emotionale Belastung der Patientin nahm hier spürbar zu. Deshalb vereinbarten wir, dass sie diese Erlebnisse der Kindheit aus einer neutralen Beobachterposition betrachten und in der dritten Person von dem Mädchen erzählen solle. Dies verhalf Frau N zu einer ausreichenden, emotionalen Distanz zu den frühen Erfahrungen und sie erhielt detaillierte Kenntnisse von teils traumatisierenden Situationen in ihrem Elternhaus, ohne diese in Folge einer Regression wieder erleben zu müssen.

Das Verstehen des angepassten Mädchens

Das Mädchen wartete oft stunden-, manchmal tagelang mit einer dann depressiven Mutter auf den Vater. Es war verzweifelt, fürchtete, der Vater hätte sie verlassen. Es fühlte sich der Mutter ausgeliefert, der es helfen musste, das Leben zu bewältigen. Wenn der Vater endlich heimkam, oder von der Mutter mit dem Mädchen mitten in der Nacht aus seinem Stammlokal betrunken heimgeholt werden musste, gab es einen heftigen Streit zwischen den Eltern. Sie gerieten dabei auch körperlich aneinander, das Kind ging in seiner Not dazwischen, konnte nichts ausrichten, war ohnmächtig. Die Eltern stießen es zur Seite. Einsam, angespannt, zitternd lag es im Bett, stundenlang sich selbst überlassen, bis sich die Eltern beruhigt, der Vater seinen Rausch ausgeschlafen hatte.

Bei der traumatherapeutischen Bearbeitung dieser Erlebnisse nach Luise Reddemann (Reddemann 2004) und der Arbeit mit der Methode der Biografischen Existenzanalyse (Tusch, Luss 2000) war es für Frau N wesentlich, das Leid des Mädchens und die Ohnmacht gegenüber der Situation anzuerkennen, sich ihm liebevoll zuzuwenden, es zu trös-

ten, und dem Mädchen und sich bewusst zu machen, dass das Ausgeliefertsein nun vorbei war. Die innere Ablehnung zum kleinen Mädchen löste sich auf. Frau N konnte nun verstehen, dass das Mädchen Einsamkeit und Ohnmacht, mangelnde Zuwendung und Kälte zu Hause durch ein Übermaß an Lesestoff und Nahrung kompensiert hatte. Die bulimischen Attacken nahmen ein Ende. Die somatischen Beschwerden besserten sich, das Herz kam zur Ruhe, der Körper schien von diesen Erfahrungen entlastet. Die Emotionalität der Patientin wurde freier, Frau N lebendiger. Im existenzanalytischen Verständnis wuchs in dieser Phase das Grundwerterleben der Patientin.

3) Vom Mädchen zur Frau – Entwicklung eines neuen Frauenbildes

Im Selbstbild von Frau N zeigte sich eine tiefe Abwertung der eigenen Weiblichkeit. Diese ließ vor allem folgende biografische Zuströme erkennen:

- Einen Vater, der Frauen verbal und seine eigene Frau zusätzlich durch jahrelange Außenbeziehungen abwertete.
- Eine Mutter, die in ihrer Opferrolle und in ihrer manipulativen, die Tochter vereinnahmenden Art kein Vorbild als Frau darstellte.

In der Bearbeitung des Frauenbildes stellte sich die Frage, was in der Lebensgeschichte die Veränderung vom angepassten Mädchen zur Kämpferin bewirkt hatte. Frau N erinnerte sich an mütterliche, verbale Abwertungen ab dem Zeitpunkt, als beim Mädchen die körperliche Reifung einsetzte, als die Brust zu wachsen begann, die ersten Achselhaare sichtbar wurden: „Jetzt geht das bei dir auch noch los, jetzt bist du bald kein liebes, nettes Mädi mehr.“ – so die Mutter. Als die Menstruation einsetzte, vermittelte sie der Tochter: „Nun bist du den Männern ausgeliefert wie ich, die wollen nur das eine, besser wäre es, du wärest sterilisiert.“ Das Mädchen, von der Mutter und der Beziehung zu ihr abhängig, der körperlichen Reifung biologisch unterworfen, empfand ihren Körper, ihr Frauwerden nun als Beschämung und Bedrohung. Sie übernahm die Botschaften ihrer wichtigsten Bezugsperson ins eigene Selbst als tiefe, innere Überzeugungen über sich und ihr Frausein. Als Schutz vor weiteren Verletzungen und Beschämungen versteckte das Mädchen die körperliche Reifung, soweit ihr dies möglich war: ein Buckel sollte die Brust nicht sichtbar werden lassen, ein männlicher Gang, burschikose Kleidung, eine Stoppelglatze statt der langen, gelockten Haare ließen ihre weibliche Erscheinung in den Hintergrund treten. Sie nahm eine Lehrstelle in einer nur mit Männern besetzten Firma an, versuchte zu sein wie diese: laut, grob, hart. Bei mir enstand der Eindruck, Frau N habe sich während ihrer Pubertät auf die männliche, süchtige Seite des Vaters geschlagen. Ihren Körper verachtend, versuchte sie diesen zu ignorieren. Doch er begann mehr und mehr zu schmerzen, besonders mit jeder weiteren Menstruation.

Integration ihrer Weiblichkeit

Durch das Bewusstwerden der mütterlichen Verletzungen und die Trauer darüber, nun auch über die verlorene Gebärmutter und die wirklich eingetroffene Sterilität, gelang es Frau N in eine Distanz zu den übernommenen Überzeugungen zum Frausein zu kommen. Sie konnte Stellung nehmen zum erniedrigenden, verletzenden, ungerechten Verhalten ihrer Mutter. Die Entwicklung eines neuen Frauenbildes stand an und ich fragte die Patientin: „Was hätte das Mädchen von damals am Weg zur Erwachsenen während seiner körperlichen und persönlichen Reifung gebraucht, was es heute noch braucht?“

Frau N: „Eine Mutter, die ihr liebevoll den weiblichen Körper erklärt, sich freut über die Entwicklung der Tochter zur Frau und mit ihr in einer Atmosphäre der Geborgenheit und Intimität über Wertvolles, Besonderes am Frausein spricht.“ Mit diesem Auftrag haben wir gearbeitet. Ich habe Frau N begleitet, dem Kind in sich, und damit der Frau von heute, Wertvolles am Frausein zu erschließen und in sich zu entdecken. Dabei war Literatur hilfreich: Werke über Frauen und Weiblichkeit, sowie das bewusste Wahrnehmen von weiblichen Aspekten bei ihren Freundinnen und ihrer wohltuenden Schwiegermutter. Immer wieder forderte ich Frau N dann zur inneren Stellungnahme auf, welche der wahrgenommenen Eigenschaften, Fähigkeiten sie auch an sich entdecken konnte. Durch die vollzogene Selbstwertinduktion erschloss Frau N sich ein neues Selbstverständnis ihrer eigenen Weiblichkeit. Wesentliche Aspekte für sie waren: Zärtlichkeit, liebevoller Umgang, Leidenschaft und Selbstbestimmung zum Beispiel im Bereich der eigenen Bildung.

Man kann sich fragen, ob die Bedrohung des Reifens, die Ablehnung des Frauwerdens und Frauseins insbesondere durch die Mutter sich nicht auch psychosomatisch niedergeschlagen hat und zur Entstehung der Endometriose durch behinderten Abfluss des Menstruationsblutes beigetragen haben könnte?

4) Von der Ohnmacht zum personalen Umgang mit der Erkrankung

Frau N erlebte über viele Jahre bei den unzähligen, gynäkologischen Untersuchungen im Rahmen ihrer Erkrankung und vor allem bei der letzten Operation Verletzungen durch Nicht-ernst-genommen-Werden, durch Abgewertet-Werden, durch unsensible, schmerzhafte Untersuchungen im Intimbereich. Diese wurden nicht selten unter Heranziehen mehrerer Assistenzärzte wegen des besonders „interessanten“ Falles vorgenommen. Immer wieder fühlte sie sich dabei ohnmächtig. In diesem Zustand fiel auch die Entscheidung betreffend ihrer Gebärmutter. Damit wurde dann dem Aufschrei ihres Körpers nach Beziehung, nach Frausein gleichsam die Stimme genommen, indem das Organ entfernt wurde. Da weitere Untersuchungen, Behandlungen anstanden, war es für Frau N entscheidend, in einen personalen Umgang betreffend der Erkrankung zu kommen. Dabei war die bewusste Integration der Endometriose in ihr Selbstverständnis notwendig. Über die Körperreisen gelang es ihr, sich letztlich ihrem Unterleib und der Erkrankung zuzuwenden, ein Bild von ihrem Körperinneren zu imaginieren und dann zu malen, obwohl besonders dieser Bereich lange Zeit ein Tabuthema auch in der Therapie war.

Die Personierung – der Dialog

Durch die Visualisierung ihres Körperinnenraumes und den Dialog mit den auftauchenden Bildern kam Frau N in eine Berührung und in einen Dialog mit ihrem Körper und der Endometriose. Sie hörte auf, mit Hadern oder durch Ignoranz gegen die Erkrankung anzukämpfen. Es gelang ihr, mutig auszuhalten und anzunehmen, was sie im Bild sah und dabei fühlte.

Abb. 1: Körperlandschaft

Im Baumstumpf in ihrer Unterleibslandschaft sah Frau N ihren Scheidenstumpf. Zarte Äste wachsen dort hervor, wo früher die Gebärmutter war, für die Patientin das Sanfte, Liebevolle, Weibliche, das nach den jahrelangen Verletzungen und Beschämungen durch die Mutter, die eigene Verleugnung und die Entfernung der Gebärmutter, nun integriert und lebendig werden konnte.

In der Endometriose spiegelten sich für die Patientin die Unterdrückung ihrer Weiblichkeit und ihrer Gefühle. Der Endometrioseherd über der Stelle, wo die Gebärmutter einmal war, zeigte sich für Frau N als Gewitterwolke, in der Beschämungen, Verletzungen und Bedrohungen des Frauseins und ihr eigener Kampf gegen ihre Weiblichkeit einen Ausdruck fanden. Den sehr alten Herd im Beckenboden bezeichnete sie als den Ort, in dem sich lange Zeit ihre unaushaltbaren Gefühle angesammelt hatten, die dort zwar am falschen Platz, aber dennoch weitergelebt hatten. Im Dialog mit dem Körper gelang es der Patientin, ihre leibliche Einschränkung anzunehmen und eine neue Haltung zur Endometriose einzunehmen.

Frau N: „Irgendwie bin ich meiner Endometriose sogar dankbar, ohne sie wäre ich nicht die, die ich heute bin. Wegen ihr habe ich mich auf den Weg gemacht, und eigentlich lebe ich jetzt erst wirklich – freier, bewusster, freudvoller. Ich bin achtsamer, entschiedener geworden, lebe nicht mehr so automatisch und ich bin dem Leben gegenüber dankbarer geworden. Ich lebe jetzt gerne, trotz meiner Erkrankung."

Durch die Annahme der Endometriose und die gute Beziehung zu sich selbst wich die bisherige, vorhin beschriebene Ohnmacht der Patientin und die Aktualisierung der Person gelang besser. Sich und ihren Körper schätzend, war sie sehr sorgfältig geworden in der Auswahl ihrer BehandlerInnen und im Nachfragen aller Behandlungsschritte. Bei einer neuerlichen, kürzlich stattgefundenen Operation bestimmte die Patientin entscheidend mit, was gemacht werden sollte, was nicht. Das jahrelange Motto zur Endometriose: „Nur weg damit" hat sie verabschiedet. Ihr Körper, insbesondere auch ihre weiblichen Organe, sind ihr wichtig geworden. Bei dieser Operation wurde dann auch klar, dass die Gebärmutter nicht entfernt hätte werden müssen.

Schluss

Abschließen möchte ich mit ein paar Reflexionen zum Leiden und zur Behandlung von Frau N. Der Mensch ist Leib und mit diesem In-der-Welt. Alles, was er leibhaftig erlebt, prägt ihn und drückt sich wiederum leiblich aus. Es könnte also sein, dass bei Frau N die Beziehungsdynamiken in ihrer Kindheit und Jugendzeit und die in der Folge selbst gelebten Verhaltensmuster und inneren Überzeugungen die Endometriose, die phänomenologisch vergleichbare Symptome zeigt, mit beeinflusst haben. Es könnte auch sein, dass diese Frau in einer liebevollen, warmen, Grenzen respektierenden und setzenden Ursprungsfamilie nicht, beziehungsweise nicht so schwer erkrankt wäre.

Es sprechen auch die Fakten für sich. Durch die psychotherapeutische Bearbeitung der psychisch relevanten Inhalte, die mit der Erkrankung einhergingen, somit also jener Phänomene, die leiblich zum Ausdruck kamen und die eine erfüllende Beziehungsgestaltung behinderten, nahmen die körperlichen Schmerzen erheblich ab. Der deutliche Zugewinn an Lebensqualität ist außerdem mit der Mobilisierung struktureller Ressourcen verbunden. Die Patientin findet zu einer Beziehung zu sich selbst, zu ihrem Körper, zu anderem und anderen. Und sie entwickelt eine ihr selbst entsprechende Identität, die einen gefühlten Selbstwert ermöglicht. Gestärkt in der zweiten und dritten personal-existentiellen Grundmotivation kann sie nun auch ihre personalen Ressourcen besser einsetzen und das, was in ihr auftaucht, aushalten, immer besser annehmen und es durch das Erleben ins Fühlen bringen. Im Ernst-nehmen kann sie es – und damit sich – besser verstehen, dazu Stellung nehmen und so in einen personalen Umgang damit kommen.

Entscheidend dafür war es, den Spuren ihrer Schmerzen aus der Biografie nachzugehen, um die erlittenen Verletzungen zu betrauern und sich zu trösten, wodurch sich das liebevolle Sich-Zuwenden auftat und die Patientin offen wurde für Gefühle. Auf dieser Basis konnte sie zu sich selbst finden, durfte endlich diejenige sein, die sie war. Sie kann nun mit Freude und Zufriedenheit ihr Leben gestalten und erlebt sich bewusst in ihrer Selbstwirksamkeit. Das Mädchen, das ein Kleines hätte bleiben sollen, ist erwachsen geworden, zur Frau gereift, in der die kraftvolle, männliche Seite mit ihrem Durchhaltevermögen, ihrer Willensstärke und Festigkeit den Platz teilt mit einer zärtlichen, fürsorglichen, lei-

denschaftlichen, weiblichen Seite. Die polaren Dynamiken der Ohnmacht und des Kampfes wichen einem bewussten, entschiedenen Umgang mit sich, mit der Welt und mit der Krankheit.

Literatur

Huber M (2006) Der innere Garten. Paderborn: Junfermann

Frankl V (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V, Gebsattel V, Schultz J (Hg): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München, Wien: Urban & Schwarzenberg, Bd.III, 663-736

Koppe A (2007) Mut zur Selbstheilung. Würzburg: Diametric Verlag

Längle A (1994) Die biographische Vorgangsweise in der Personalen Existenzanalyse. In: Biographie. Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag, 9-33

Längle A (2000) (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas

Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, 13-34

Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta

Reddemann L (2004) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta

Tutsch L, Luss K (2000): Anleitung für die biographische Arbeit in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 17,1,31-35

Anschrift der Verfasserin:
Mag. Renate Bukovski
A-5020 Salzburg, Thumegger Bezirk 7A/1
renate.bukovski@existenzanalyse.org

Medien zur Tagung

„leibhaftig“ - Körper & Psyche

Live-Mitschnitte von

Anton Nindl
Aus ganzem Herzen leben

Emmanuel J. Bauer, Daniel Trobisch
Ich und mein Leib – Antagonistischer Trotz und/oder diagolische Einheit

Herbert Csef
„Der geheimnisvolle Sprung von der Seele in den Körper“ – die Entwicklung der Psychosomatik von Freud bis zur Gegenwart

Liselotte Tutsch, Heinrich Donat
„Partisanen der Psyche“ – Der Weg traumatischer Erfahrungen in den Untergrund

Thomas Fuchs
Leibgedächtnis und Lebensgeschichte

Hans-Martin Rothe
Leibhaftig: Noogenese und Somatisierungsstörung

Rene Hefti
Existenzanalyse bei psychosomatischen Krankheiten

Walter Neubauer
Somatoforme Störungen und der Stellenwert der Person

Hans Zeiringer
„Ich mit Mir – mein Leben lang“

Susanne Adamek
Frau – Mann: mit Leib und Seel´?

Patricia Gruber
Psychosomatik in Gewaltbeziehungen

Marc Sattler
Schmerz lass nach! – ein therapeutischer Weg in der Behandlung chronischer Schmerzen

Barbara Jöbstl
...aus der Praxis: Eine Falldarstellung zur existenzanalytischen Behandlung und Phänomenologisch bei chronischem Schmerzsyndrom

Paul König
Heilkunst ist mehr als nur Naturwissenschaft

Alfried Längle
Das eingefleischte Selbst

Marc Sattler
Schmerz lass nach! – ein therapeutischer Weg in der Behandlung chronischer Schmerzen

J. Bauer, R. Bukovski, T. Fuchs, A. Längle
Moderation: A. Nindl
Peneldiskussion: „Welches Leibverständnis braucht eine psychotherapeutische Psychosomatik

CD und DVD bestellbar bei
Auditorium Netzwerk

Tel.: 0049/76 31/17 07 43; Fax: 17 07 45
audionetz@aol.com
www.auditorium-netzwerk.de

Heilkunst ist mehr als Naturwissenschaft

Paul König

Auf Grund der enormen Entwicklung der Naturwissenschaften hat sich während der letzten Jahrzehnte eine Hightech-Medizin entwickelt, die von der ursprünglichen Heilkunst auf eine kopflastige Körpermedizin reduziert wurde und somit den Körper von den menschlichen Dimensionen Geist und Seele getrennt hat. Diagnosen werden mit Hilfe von Laborparametern, Bild gebenden Verfahren wie Röntgen, Sonographie etc. erstellt, und die tatsächliche Geschichte des Kranken wird längst nicht mehr in ihrer umfassenden Bedeutung wahrgenommen. Aus dem dreidimensionalen Menschenbild von Viktor Frankl geht hervor, dass nur der achtsame Umgang mit allen drei Dimensionen zum Heilsein führen kann.

In der nachfolgenden Abhandlung wird ein ganzheitlicher Heilungsprozess dargestellt, der, ergänzend zur „Körpermedizin", die Heilung eines Menschen vor allem durch seine geistig-seelische Entwicklung beschreibt. Die Behandlungsgrundlage war die Stärkung der drei personalen Grundmotivationen, wobei die Selbstwertproblematik immer wieder als zentraler Ausgangspunkt die Therapie gestaltete. Die Grundlagen der Behandlung waren naturwissenschaftliches Wissen, psychosoziale Kompetenz, Spiritualität und Empathie, getragen von Geduld, Vertrauen und Respekt.

Schlüsselwörter: *dreidimensionales Menschenbild, Empathie, Existenzanalyse, ganzheitliche Medizin, Heilkunst, Logotherapie, Morbus Crohn, Psychosoziale Aspekte, Spiritualität, Transformation*

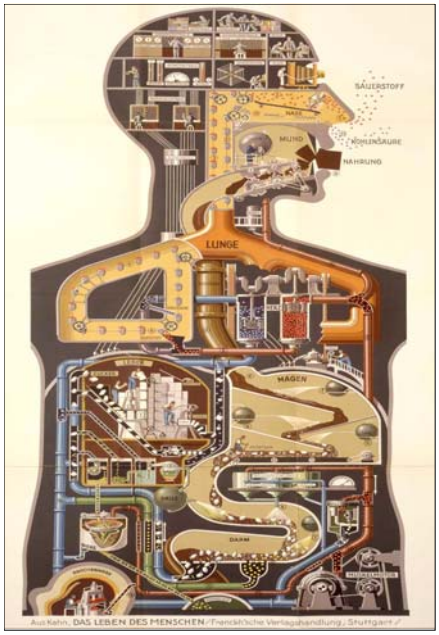


Abb. 1: Das Leben des Menschen. Aus Kahn: Das Leben des Menschen. (Stuttgart: Frankhsche Verlagshandlung)

Einleitung

Während der letzten Jahrzehnte hat sich aufgrund der enormen Entwicklung der Naturwissenschaften eine Hightech-Medizin entwickelt, die sich auf eine kopflastige Körpermedizin reduziert hat. Für die „Störungen der Seele" wurde die Psychiatrie geschaffen. Als Reparaturwerkstatt für diese Trennung der Ganzheit Mensch in Körper und Seele wurde schließlich die Psychosomatik etabliert, die sich der Behandlung von Krankheitsbildern, die ganz offensichtlich durch seelische Konflikte ausgelöst oder zumindest in ihrem Verlauf wesentlich beeinflusst werden, annehmen soll. Doch dieser Versuch der klassischen Psychosomatik beschränkt sich nur auf einen Teil unserer Krankheitsbilder und unterstützt auf diese Art und Weise indirekt das dualistische Denken in der Medizin.

Die Bedeutung der Einheit und Ganzheit „Mensch" für den Heilungsprozess, die dem dreidimensionalen Menschenbild von Viktor Frankl (1959) entspricht, wird in der vorliegenden Publikation anhand eines Fallbeispieles dargestellt.

Menschenbild

Rene Descartes (1596 bis 1650), ein französischer Philosoph, Mathematiker und Naturwissenschaftler, gilt als der Begründer des modernen früh-neuzeitlichen Rationalismus, den Spinoza, Malebranche und Leibniz kritisch-konstruktiv weitergeführt haben. Sein rationalistisches Denken wird auch Cartesianismus genannt. Er ist außerdem für das berühmte Dictum: „Cogito ergo sum" („ich denke, also bin ich") (1644) bekannt. Seine Auffassung bezüglich der Existenz von zwei voneinander verschiedenen „Substanzen" – Geist und Materie – ist heute als Cartesianischer Dualismus bekannt und steht im Gegensatz zu den verschiedenen Varianten des Monismus.

Descartes (1644) hat in seiner dualistischen Denkweise die Krankheiten der Seele von der Körpermedizin abgespalten. Der Organismus wird zum kausal gesetzlich funktionierenden, physikalisch-chemischen System erklärt (Abb. 1). In diesem Zusammenhang entwickelt sich das therapeutische Ideal, krankhafte Vorgänge nach dem Modell von Physik und Chemie durch gezielte Einwirkungen in einer gewünschten Richtung zuverlässig korrigieren zu können. Daraus entsteht ein Denkmodell in Kausalketten, das sich auf das Ursache-Wirkungsprinzip reduziert, ohne auf ganzheitliche Aspekte wie Zufriedenheit oder Sinnfrage eines Patienten einzugehen. Diese Vorgangsweise hat ohne Zweifel große Fortschritte in der naturwissenschaftlich orientierten Medizin ermöglicht, aber auch zum Verlust der Ganzheit Mensch geführt.

Viktor Frankl (1959) hat diese Auftrennung durch das dreidimensionale Menschenbild (Abb. 2), das die Untrennbarkeit von Körper, Geist und Seele hervorhebt, wieder aufgelöst.

Der Körper, der heute den Schwerpunkt der Medizin darstellt, bildet zusammen mit der Seele (Psyche) das Psychophysikum, das uns Stimmungen wie Angst, Freude, Lust etc. erleben lässt.

Der Körper (1. Dimension) allein kann nur Symptome wie Kurzatmigkeit, innere Unruhe, schneller Puls, Schwitzen etc. anzeigen, ohne diese Zustände zu interpretieren. Ob damit dann Angst oder z. B. Verliebtheit gemeint ist, dies

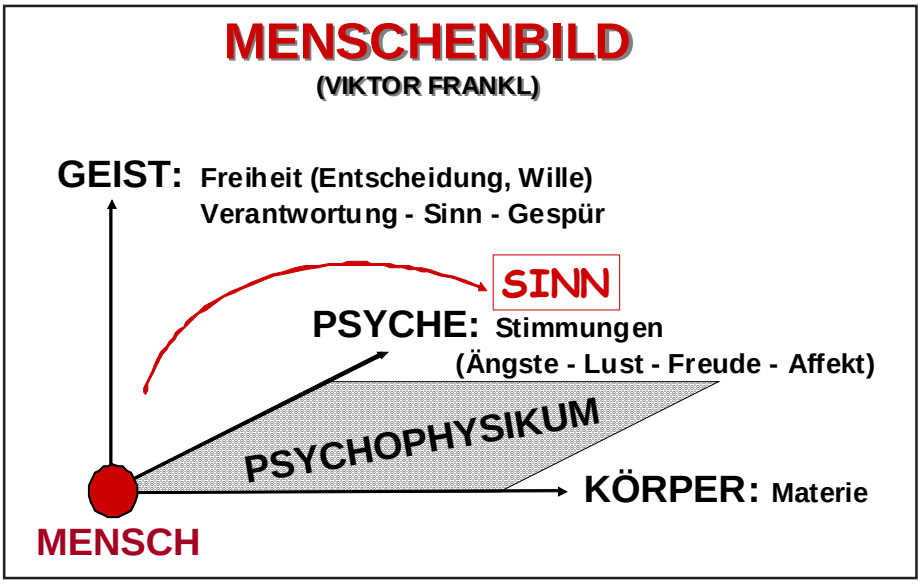


Abb. 2: Das dreidimensionale Menschenbild nach V. Frankl

zu interpretieren braucht es die Psyche (2. Dimension). Wenn wir beim Beispiel der Angst bleiben, ist es unserem Geist (3. Dimension) überlassen, wie wir mit dieser Angst umgehen – ob wir erstarren, davonlaufen, angreifen oder den Kopf in den Sand stecken und hoffen, dass die Gefahr vorübergeht; beziehungsweise, in anderen Worten, ob wir die „Gefahr" bei Krankheit (in unserer Betrachtung) in ihrer ganzen Bedeutung für unser weiteres Leben realisieren wollen/können und diese neue Realität mit meist beträchtlich eingeschränkten Möglichkeiten annehmen können oder ob wir, solange es irgend geht, uns durch Ignoranz scheinbar schützen. Genau diese Fähigkeit der freien Entscheidung für die Bewältigung einer Krise macht den Menschen aus.

Die Untrennbarkeit aller drei Dimensionen, die sich zu jedem Zeitpunkt des Lebens, ob gesund oder krank, gegenseitig beeinflussen, bedingt, dass eine isolierte Veränderung einer Dimension – Körper, Geist oder Seele – nicht möglich ist. Jede Veränderung des Körpers wirkt sich auf Geist und Seele aus und vice versa.

Was bedeutet Heilkunst?

In einer Zeit, in der die Medizin auf eine körperlastige Naturwissenschaft reduziert wird, die auf einer dualistischen Denkweise aufbaut, möchte ich auf die Bedeutung der Naturwissenschaft als Handwerkszeug hinweisen, dessen sich die Medizin zwar sehr erfolgreich bedient, auf das sie jedoch keinesfalls reduziert werden darf. Medizin ist Heilkunst, die sich – wie gesagt – der Naturwissenschaft als Handwerkszeug bedient, aber die Heilkunst kann nicht vice versa als Teil der Naturwissenschaft gesehen werden.

Deshalb möchte ich wichtige Grundlagen des Heilens ansprechen und Aspekte aufzeigen, die, betrachtet aus meiner eigenen Entwicklung und Erfahrung im Umgang mit Patienten, den Heilungsprozess ganz wesentlich fördern und unterstützen.

Meine erste Feststellung: Es gibt nicht Krankheit an sich. Oder haben Sie schon einmal einen Herzinfarkt auf der Straße getroffen? Ich habe immer nur kranke Menschen gesehen, und das macht einen ganz großen Unterschied. Es geht nämlich nicht nur um die Benennung dieses Zustandes, also eine Diagnose, und in der weiteren Folge um die Behebung dieser Störung, also die Therapie, sondern es geht in erster Linie um den Menschen, der diese Veränderung oder diese Disharmonie, die wir Krankheit nennen, aushalten und schließlich auch annehmen und in sein weiteres Leben integrieren muss. Auf diese Tatsache weisen ganz unterschiedliche Krankheitsverläufe hin, die der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin immer wieder Rätsel aufgeben.

Es ist unumstritten, dass sich ein insulinpflichtiger Diabetiker in Ermangelung der Eigenproduktion Insulin spritzen muss. Die naturwissenschaftliche Medizin versucht zwar, durch biochemische Interventionen die Grunderkrankung und all die drohenden Sekundärkomplikationen in den Griff zu bekommen, niemand kann aber anhand messbarer, biochemischer Parameter den weiteren Krankheitsverlauf vorhersagen. Niemand weiß, ob weitere Sekundärschäden wie Retinopathie, Nephropathie oder periphere Gefäßkomplikationen (Veränderungen an den Augen, den Nieren oder den peripheren Gefäßen) auftreten werden und der Patient einen Schlaganfall oder Herzinfarkt erleiden wird oder ob der Patient im hohen Alter ohne Komplikationen an einem Verkehrsunfall, also völlig unabhängig von der Grunderkrankung, versterben wird.

Tumorpatienten mit genau der gleichen histologischen Diagnose und Ausdehnung der Erkrankung sprechen völlig unterschiedlich auf genau dieselbe Therapie an. Ein – leider oft kleinerer – Teil wird geheilt, ein größerer Teil der Patienten kann (je nach Diagnose) dank Chemotherapie mehrere Jahre überleben – und bei einem kleinen Teil kommt es trotz Therapie zu einer fulminant verlaufenden Erkrankung, die rasch zum Tode führt. Oder auch in der Gruppe der Patienten, die auf die Therapie ansprechen, kommt es bei manchen zu keinen Komplikationen, bei anderen ist der Krankheitsverlauf durch Komplikationen wie Lungenembolie, Infektionen oder sogar Sepsis, Bestrahlungsschäden oder schwere Nebenwirkungen der Medikation massiv belastet.

Ein weiteres Beispiel: Ein und dieselbe Nierenerkrankung ist bei Kindern zu 95 % heilbar, während genau dasselbe Krankheitsbild im Alter von über 50 Jahren nur noch zu 50 % heilbar ist.

Solange wir unsere Therapieansätze auf die somatische Ebene fokussieren, ohne Geist und Seele in das therapeutische Prinzip mit einzubeziehen, wird die Heilungschance für einen Erkrankten wesentlich geringer sein. Wir erleben ja auch immer wieder, dass Patienten, die in ein gutes soziales Netz eingebunden sind und denen die Umgebung mit Respekt, Geduld und Vertrauen begegnet, ein besseres und längeres Le-

ben mit ihrer Krankheit führen können.

Und damit sind wir schon beim nächsten Punkt angelangt. Es gibt nicht nur Krankheit oder Gesundheit als Polarität, sondern es gibt fließende Übergänge zwischen beiden Polen, die unser Leben gestalten, gelegentlich nachhaltig beeinflussen oder sogar grundsätzlich verändern.

Oft tut sich zwischen dem subjektiv erlebten Kranksein und der objektiv benannten Krankheit eine große Kluft auf.

Diesen Aspekt der unterschiedlichen Wahrnehmung ein und desselben Krankheitsgeschehens sowie den möglichen Einfluss durch die Einbindung aller drei Dimensionen des Menschen in die therapeutischen Interventionen soll die vorliegende Publikation anhand eines Fallbeispieles zeigen.

Patientenanamnese

Frau Angelika K. wurde 1961 als Tochter einer ungarischen Flüchtlingsfamilie, drei Jahre nach geglückter Flucht, als erstes Kind geboren. Ihr folgten in einjährigem Abstand zwei Schwestern. 1975 – Frau A. K. war damals 14 Jahre alt – wurde ihre dritte Schwester als Nachzüglerin geboren.

Schon während der Schwangerschaft war klar, dass Frau Angelika K. in die Kinderbetreuung ihrer kleinen Schwester wesentlich mit eingebunden sein würde, da ihre Mutter aus wirtschaftlichen Gründen möglichst rasch wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden musste.

Zur gleichen Zeit lernt Frau Angelika K. ihren späteren Ehemann Roland A. kennen und nützt diese Beziehung aus, sich möglichst wenig zuhause aufhalten zu müssen, um den familiären Pflichten aus dem Weg zu gehen.

Sie arbeitet als Verwaltungslehrling mit Aussicht auf einen sicheren Arbeitsplatz nach Abschluss ihrer Lehre in der Verwaltung im Tiroler Landhaus.

1979 wird sie im 18. Lebensjahr schwanger. Sie hält die Schwangerschaft geheim, und im dritten Monat kommt es zu einer Fehlgeburt, die zur Erleichterung der sehr angespannten Situation und zur Rückkehr in die „Normalität“ führt.

Im Jänner 1980 „wird“ geheiratet, sie nimmt den Namen ihres Mannes an, um auch nach außen formal den Schritt in eine neue Identität zu demonstrieren, wohnt aber weiterhin bei ihren Eltern im Mittelgebirge nahe bei Innsbruck. Sie bricht die Lehre ab und arbeitet als „Mädchen für alles“ inklusive Buchhaltung im Tischlereibetrieb der Eltern ihres Mannes. Für sie selbst ganz unerwartet, zieht sie im September dieses Jahres von ihrem Elternhaus zu ihrem Mann in einen einige Kilometer entfernten kleineren Ort in ein unfertiges gemeinsames Haus, dessen Fertigstellung sich über viele Jahre erstreckt.

Ihr Mann hat zu diesem Zeitpunkt den elterlichen Betrieb, eine gut etablierte Möbeltischlerei im Parterre des Wohnhauses, übernommen.

Die Übersiedelung beschreibt sie so: „Ich war ein Paket, das man ungefragt ganz plötzlich mitgenommen hat, weil es für die anderen gerade gut gepasst hat.“ Dieser Umzug führt dazu, dass sie in völlige soziale Isolation gerät und eigentlich sieben Tage die Woche nur noch arbeitet. Zusätzlich zur Tischlerei wird noch ein Café in einem Nachbarort eröffnet, in dem Frau Angelika K. vom Putzen bis zur Buchhaltung alle Arbeiten verrichtet. Sie wird an ihrer Leistung gemessen, mit der sie sich ganz und gar identifiziert. Ihr Selbstwert reduziert sich auf die Selbstidentifikation mit der erbrachten Leistung.

1984 wird Frau Angelika K. erneut „ungewollt“ (obwohl sie selbst die Pille abgesetzt hat) schwanger. Die Schwangerschaft verläuft medizinisch unkompliziert, die Patientin hat aber sehr viel Angst und fühlt sich komplett überfordert. Auch die Entbindung gelingt komplikationslos, aber im Wochenbett und auch noch später ist das Leben angsterfüllt. Frau Angelika K. lässt das Kind nie aus den Augen, sie hat immer Angst um das Leben des Kindes und wird von ihrer Umgebung völlig verständnislos als hysterisch abgestempelt. In dieser Lebensphase kommt es immer wieder zu selbst limitierten Panikattacken, die nicht ernst genommen werden und nach mehreren Jahren ohne gezielte Behandlung immer seltener in Erscheinung treten und schließlich ganz sistieren.

1987 lässt sich Frau Angelika K. auf heftiges Drängen ihres Mannes und der dreijährigen Tochter Melanie zu einer weiteren Schwangerschaft überreden, obwohl sie selbst von großer Angst erfüllt ist und eigentlich nur dem heftigen Drängen ihres Mannes und der Tochter nicht länger Widerstand leisten kann. Im März 1988 kommt ihr Sohn Manuel zur Welt, auch diese Schwangerschaft und Geburt verlaufen unkompliziert. Zu Panikattacken kommt es nicht mehr.

Neben der Kinderbetreuung erledigt Frau Angelika K. die Büroarbeiten für die Tischlerei und ist nachmittags und abends im Cafe beschäftigt, wo sie für den reibungslosen Ablauf der anfallenden Arbeit verantwortlich zeichnet. Es gibt praktisch kein Familienleben, keine Privatsphäre. Das Einzige, was zählt, ist gewinnbringende Arbeit. Und soviel Angelika auch arbeitet, es ist immer zu wenig oder nicht gut genug.

1995, nach einer sehr anstrengenden Weihnachtszeit ohne Ruhepause, kommt es schließlich zum körperlichen Zusammenbruch, der sich in Form unüberwindlicher Schwäche, kolikartiger Bauchschmerzen mit in Schüben auftretenden Durchfällen manifestiert. Auch diese schwere Symptomatik wird zunächst nicht ernst genommen, und erst ein schwerer Kreislaufkollaps im Rahmen einer schmerzhaften Durchfallsattacke erzwingt die akute Inanspruchnahme des Notarztes, der die sofortige Einweisung in die Klinik verfügt. Im Rahmen dieses Klinikaufenthaltes im Jänner 1996, im Alter von 35 Jahren, wird die Diagnose Morbus Crohn mit Beteiligung der Speiseröhre, des Magens, des Dünndarms und Teilen des Dickdarms gestellt.

Morbus Crohn

Morbus Crohn (vgl. Fauci 2008) ist eine entzündliche Darmerkrankung, die alle Abschnitte des Gastrointestinaltraktes zwischen Mund und Anus befallen kann, alle Schichten der Darmwand betrifft und üblicherweise chronisch verläuft. Das Krankheitsbild ist äußerst variabel, da die entzündlichen Veränderungen zu Geschwüren, Verengungen, Abszessen und Fisteln führen können und meist verschiedene Darmabschnitte betroffen sind. Am häufigsten (80%) ist der Übergang Dünndarm-

Dickdarm betroffen, sehr selten (10%) Mund, Magen und Zwölffingerdarm. Der Beginn der Erkrankung ist meist schleichend, der Verlauf ist schubweise mit inkompletten Remissionen.

Die Darmobstruktionen führen zu Blähungen, Koliken und können auch einen Darmverschluss verursachen, der oft nur noch chirurgisch mit einem künstlichen Darmausgang behoben werden kann. Fistelbildungen können zwischen Darmschlingen, in die freie Bauchhöhle aber auch zur Harnblase, Scheide oder auch Haut entstehen. Abszessbildungen führen zu hohem Fieber und Schüttelfrost. Im Bereich des Anus finden sich häufig Rhagaden, Abszesse und Fisteln.

Es gibt auch Manifestationen außerhalb des Gastrointestinaltraktes. Auge, Leber, Gallenblase, Knochen, vor allem die Wirbelsäule, Haut und Gelenke können in Mitleidenschaft gezogen sein.

Die Therapie umfasst Antibiose, Immunosuppressiva, Immunmodulatoren und operative Maßnahmen. Betroffen sind 5-10 Menschen pro 100.000 pro Jahr. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Die Manifestationsgipfel liegen zwischen dem 20. und 40. sowie zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr. Die Erkrankung kommt weltweit vor, viel häufiger jedoch in westlichen Industrieländern, und die Häufigkeit nimmt stetig zu.

Es handelt sich also um eine Systemerkrankung, die zwar im Verlauf gemildert, aber meist nicht ausgeheilt werden kann. Nach Ansicht der „Schulmedizin“ kann Psychotherapie den Krankheitsverlauf ebenfalls günstig beeinflussen. Zitat: „Begleitende Psychotherapie hilft, wie bei anderen chronischen Erkrankungen auch, den Krankheitsdruck zu ertragen. Eine Verbesserung der Prognose kann durch Psychotherapie nicht erreicht werden.“ (Lehrbuch Innere Medizin) Aus diesem Zitat spricht die kopflastige Schulmedizin.

Vorgeschichte

Die Patientin wurde mir von einem befreundeten Chirurgen zugewiesen, der während der letzten vier Jahre alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft hatte, ohne den erwünschten Erfolg zu erzielen. Es war mehrfach zu enterocutanen (Haut-Darm) und anovaginalen (Scheide-Enddarm) Fistulierungen und Abszessen gekommen, die chirurgische Interventionen notwendig gemacht hatten. Es musste fast der ganze Dickdarm entfernt werden. Außerdem war es zu zahlreichen Komplikationen, wie Beinvenenthrombosen, Lungenembolie und allergische Reaktionen auf verschiedene Medikamente gekommen. Die Patientin war schließlich nicht mehr in der Lage, ihr Leben zu bestreiten. Und dies trotz Psychopharmaka: Auch für die „Seele“ kam Biochemie zum Einsatz.

Erste Begegnung

Pünktlich zum vereinbarten Zeitpunkt wurde heftig an meine Türe geklopft und auch gleich geöffnet. Ich war zunächst etwas verblüfft, da ich nicht mit so einem „heftigen Auftritt“ gerechnet hatte. Plötzlich stand ein kräftiger Mann in der Türe, schräg hinter ihm eine zarte, verängstigte Frau – die Patientin, wie sich sogleich herausstellte. Nach einer kurzen Begrüßung wollte Herr K. unaufgefordert die Ambulanz betreten. Ich stellte mich ihm in den Weg und machte ihm klar, dass ich seine Frau erwartete und deshalb das Erstgespräch mit ihr alleine führen wollte, was beide sehr verwunderte: ihn, weil er doch immer bei den Untersuchungen dabei war, sie, weil sie plötzlich ganz unerwartet das Zentrum des Geschehens war und mit der Tatsache, dass sich jemand wirklich für sie als Person interessierte, nicht umgehen konnte. Sie wandte sich zunächst Hilfe suchend an ihren Mann, der es nicht fassen konnte, dass ihm der Zutritt verwehrt wurde. Diese Fassungslosigkeit ermöglichte mir, seiner Frau klar zu machen, dass dieser Ambulanztermin für sie vereinbart worden war und die Anwesenheit ihres Mannes vorerst nicht vonnöten sei. Das Unverständnis ihres Mannes steigerte sich zur Empörung, die letztlich durch meinen unmissverständlichen Hinweis, er dürfe sehr gerne im Wartebereich die nächste Stunde verbringen, oder aber seine Frau in ca. einer Stunde hier wieder abholen, in Hilflosigkeit endete.

Nachdem Frau Angelika K. Platz genommen hatte, blickte sie unsicher um sich und bemerkte immer noch sehr erstaunt: „Das ist mir jetzt noch überhaupt nie passiert, dass sich mein Mann abwimmeln lässt und zurückstecken muss.“ Mir selbst war in diesem Augenblick noch nicht klar, dass diese Qualität der ersten Begegnung den Grundstock für ein ganz tiefes Vertrauen in meine Person ausgelöst hatte. Diese Begegnung wurde wohl im Körpergedächtnis abgespeichert. Frau Angelika K. hat später immer wieder darauf hingewiesen, dass sie sich in diesem Kontext nach Jahren erstmalig wieder selbst als eigenständiges Wesen wahrgenommen hat, was ihr für einen kurzen Augenblick zu einem ungewohnt wohligen Gefühl verholfen hatte, das aber dann gleich von Angst verdrängt worden war: Angst vor dieser neuen Situation, in der sie sich schutzlos ausgeliefert erlebte und eigentlich nur auf das nächste Desaster wartete. Denn eigentlich konnte es ja nur schief gehen…. Das Desaster blieb jedoch aus.

Die erfolglosen Therapieversuche der vorhergehenden Jahre, in denen immer wieder wie aus dem Nichts neue Probleme aufgetaucht oder schon bekannte Probleme wiedergekehrt waren, hatten ihr den Glauben daran genommen, dieser lebensbedrohlichen Krankheit jemals zu entkommen und sie zu überleben. Die Patientin hatte ihr Grundvertrauen ins Leben eingebüßt. Sie lebte zum gegebenen Zeitpunkt nur noch in Erwartung schwerer Komplikationen, die wir immer wieder bis ins Detail besprachen und die betreffend wir Therapieoptionen ausloteten, um die Komplikationen zu überwinden.

Drei verschiedene Ansätze

1. In der Therapiestunde setzten wir zur Bearbeitung der befürchteten Komplikationen das „Tor des Todes“ (vgl. Längle 1996) ein, um den gefürchteten Komplikationen ihre existentielle Bedrohung zu nehmen. In dem gewonnenen Raum gelang es, Möglichkeiten aufzuzeigen, die die Komplikationen verhindern konnten, bzw. zu überlegen, welche therapeutischen Maßnahmen gegebenenfalls eingesetzt werden könnten, um sie zu überwinden.
2. Zuhause wandte Frau Angelika K.

eine Achtsamkeitsübung für die Beurteilung ihres Befindens an. Sie musste lernen, ihre aktuelle Befindlichkeit (gut oder schlecht) wahrzunehmen und auch anzunehmen, um wieder einen realen Boden unter den Füssen zu spüren: Frau Angelika K. hatte den Auftrag, sich am Beginn eines jeden Tages im Spiegel zu betrachten und sich selbst mit lauter Stimme im Spiegelbild nach dem Befinden zu befragen und ebenfalls mit lauter Stimme darauf zu antworten. Auf diese Weise richtete sie den Tagesablauf nicht mehr nach den an sie gestellten Anforderungen aus, sondern nach den Möglichkeiten, die ihr aktueller Zustand erlaubte.

3. Die bildliche Darstellung (Abb.3) des Energieverlustes, der durch die Abwehr gegen die neue Lebenssituation – geprägt von der schweren Erkrankung – entstand, unterstützte Fr. K., den Verlust der Energie zu erkennen, die ihr für die Annahme der Krankheit und die Bewältigung der neuen Lebenssituation nicht mehr zur Verfügung stand und sinnlos im Widerstand gegen die neuen Lebensumstände verpuffte.

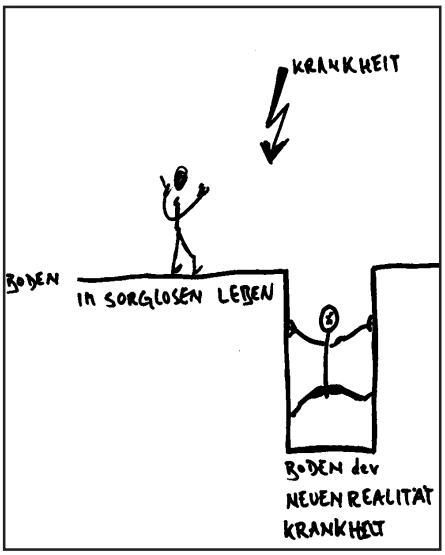


Abb. 3: Kräfteverlust im Kampf gegen die neue Realität „Krankheit“. Kraft, die für das Loslassen des Vergangenen und Annehmen des Neuen verlorengeht.

Mit diesen unterstützenden Maßnahmen konnte sie sich von den Beurteilungen ihres Mannes, der immer alles besser wusste, distanzieren. Und indem sie sich mit ihrer momentanen Befindlichkeit respektieren lernte und wieder angemessene Aufgaben erfüllen konnte, erlebte sie sich auch wieder als wertvoll, womit ihr Leiden deutlich gelindert und ihr Selbstwert erneuert wurde.

Ihr Gesundheitszustand stabilisierte sich, sie lernte wieder, ihrem Körper zu vertrauen. Sie konnte ihre Belastbarkeit einschätzen und lernte darüber hinaus, sich vor Überforderung zu schützen, ohne dafür die Krankheit als Schutzschild zu benutzen. Ab diesem Zeitpunkt konnten Medikamente eingesetzt werden, die früher wegen schwerer Nebenwirkungen hatten abgesetzt werden müssen. Es kam über lange Zeit zu keinen Komplikationen, die früher ihr Leben immer wieder vital bedroht hatten.

Nachdem es ihr gelungen war, wieder zu sich selbst in Beziehung zu treten, und sich unsere therapeutische Beziehung weiter gefestigt hatte – inzwischen waren fast zwei Jahre vergangen –, begannen wir ihre Beziehung zu ihrem Ehemann, ihren Kindern und nächsten Verwandten zu beleuchten. Aus der Beziehung zu den Kindern konnte Frau Angelika K. Kraft schöpfen. Sie erlebte verständnisvolle Annahme (in) ihrer Zerbrechlichkeit, die sie früher immer zu verbergen gesucht hatte. Es war nicht mehr der totale Zusammenbruch, der zu wiederkehrenden Klinikeinweisungen geführt hatte, notwendig, um ihr ihre Grenzen aufzuzeigen. Es war wieder ein Geben und Nehmen möglich, das auf Seiten der Kinder viel Rücksichtsnahme mit ehrlicher Anteilnahme und eine noch nie da gewesene Wertschätzung ihrer Person mit all ihren Schwächen ermöglichte.

Zugleich wurde leider das Zusammenleben mit ihrem Mann immer schwieriger. Für ihn war die Abgrenzung seiner Frau, die ihr den unbedingt notwendigen Freiraum zum emotionalen Überleben sicherstellte, eine unverständliche und undankbare Auflehnung gegen seine Person. Er vertrat die Meinung, dass seine Frau alles ihm verdanke, und klammerte dabei unter anderem den Aspekt der Krankheit völlig aus. Vor allem die neu erworbene Entscheidungsfähigkeit seiner Frau, der er mit völligem Unverständnis gegenüberstand, zeigte ihm auf, dass der bislang aus seiner Sicht fürsorgliche, in Wahrheit aber vollkommen respektlose Umgang mit ihr nicht mehr möglich war. Das führte zeitweise dazu, dass Frau Angelika K. ihrem Mann die psychotherapeutische Betreuung verschwieg (wovon ich damals nichts wusste), um die Fortsetzung der Therapie nicht aufs Spiel zu setzen. Auch darin zeigte sich unter anderem die Erkenntnis und der Wille, die eigene Entwicklung nicht mehr aus der Hand geben zu wollen und sie voranzutreiben, um nicht weiterhin der Fremdbestimmung ihres Mannes zu unterliegen.

Ihr Mann hatte lange nicht wahrnehmen und wahrhaben können, dass das Empfinden, Denken und Handeln seiner Frau nicht mehr „ausschließlich“ seiner Einflussnahme unterlagen. Damit wurden seine Erwartungen nicht mehr in vollem Ausmaß erfüllt.

Seine Frau erkannte, dass ihr Mann sie nie zuvor als eigenständige Person wahrgenommen hatte, sie leider auch zum gegebenen Zeitpunkt nicht als solche wahrnehmen würde und sie in der Folge keine Wertschätzung durch ihn würde erleben können. Alle Anstrengungen, sich ihm mitzuteilen, schlugen fehl. Sie erkannte, dass sie nur Erfüllungsgehilfin seiner egoistischen Vorstellungen (gewesen) war, die für sie als eigenständige Person keinen Raum enthielten. Dies konnte und wollte sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr länger unterstützen.

Sie schrieb ihm einen siebenseitigen Brief, der ihre Situation sehr klar darstellte und das Angebot einer Trennung, auch zum Wohle der Kinder, enthielt. Auch darauf gab es zunächst keine Reaktion. Erst als sie ihm mitteilte, dass sie die Psychotherapie fortgesetzt und den Brief im Rahmen der Therapie thematisiert hatte, wurde er hellhörig und folgte schließlich einer Einladung, zu den nächsten Therapiestunden mitzukommen.

Schon bei der Begrüßung war klar, dass sich ihre Beziehung grundlegend verändert hatte.

Ihr Mann trat zwar gleich dominant wie bei der Erstvorstellung auf, Frau Angelika K. wirkte jedoch nicht mehr ängstlich und eingeschüchtert, sondern strahlte ein unerwartetes Selbstbewusstsein und eine neue Entschlossenheit

aus. Im ersten Schritt versuchten wir, einen Gesprächsmodus zu finden, der es auch Frau Angelika K. ermöglichte, sich verbal einzubringen. Wir einigten uns darauf, dass der Sprechende einen Bergkristall, der in der Mitte des Tisches lag, in die Hand nahm, und erst, wenn er ihn zurücklegte, jemand anderer das Wort ergreifen durfte. Mit diesem Trick war es einigermaßen möglich, eine tolerable Gesprächsdisziplin aufrechtzuerhalten.

Ergebnis der Gespräche

Herr K. zeigte sich sehr interessiert, er wolle ja alles für das Wohl der Familie, aber auch für die Gesundheit seiner Frau, wofür er ja schon Unglaubliches geleistet hatte, tun. Er wäre deshalb bereit, zusammen mit seiner Frau eine Paartherapie zu beginnen, die möglichst bald bei einem erfahrenen Therapeuten, der von mir vorgeschlagen wurde, eingeleitet werden sollte. Leider kam es nie dazu. Herr K. war für mich entweder nicht erreichbar, oder im Fall der Erreichbarkeit, war eine Terminplanung schlichtweg unmöglich. Nach drei Monaten gaben wir den Versuch auf und verzichteten auf diese Therapiemöglichkeit.

Obwohl für Frau Angelika K. die Aussichtslosigkeit der familiären Situation inzwischen ganz klar auf der Hand lag, wie sie es ja in ihrem Brief an ihren Mann bereits niedergeschrieben hatte, war Trennung wiederum kein Thema mehr. Sie hatte inzwischen mit ihren Kindern einen guten Modus vivendi gefunden, der ihr einen sinnerfüllten Bezug zum Leben ermöglichte. Sie hatte sich mehr und mehr aus den betrieblichen Verpflichtungen zurückgezogen und sich den Kindern zugewandt. Beide schlossen mit Erfolg das Gymnasium ab und begannen ein Studium. Auf Dauer konnte die krisengeschüttelte Ehe jedoch nicht gerettet werden.

Zusätzlich zum emotionalen Freiraum hatte Frau Angelika K. auch Terrain im Haus erobert: Anfangs war ihr einziger Zufluchtsort die Toilette gewesen. Dort war sie ungestört, weil sie sich zur Versorgung des Stomas dorthin zurückziehen konnte und auch sicher war, ungestört zu sein. Im Rahmen der Fertigstellung des Wohnhauses konnte sie sich erstmals bei der Gestaltung des Wohnzimmers erfolgreich einbringen und gestalterisch mitwirken.

Auffallend war, dass sie plötzlich viel seltener die Hilfe der Schwestern der Stoma-Ambulanz in Anspruch nehmen musste. Damit zeigte sich ein massiver Zuwachs an Eigenverantwortung im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Schließlich erfüllte sie sich auch einen schon lang gehegten Wunsch und färbte sich eine Haarsträhne blau. Sie war sich schon vorher bewusst, dass sie dafür wieder in „Ungnade“ fallen würde, aber es war ihr plötzlich ihr eigenes Wohlbefinden wichtiger als die Erfüllung der Erwartungshaltung ihres Mannes, nämlich weiterhin eine graue Maus zu bleiben und auf keinen Fall durch Äußerlichkeiten Aufmerksamkeit zu erregen.

Frau Angelika K. war sich während des ganzen Prozesses immer bewusst, dass sie nicht allein Opfer einer desaströsen Beziehungsgeschichte war, sondern dass ihr Anteil – „das Mit-sich-machen-Lassen“ – Voraussetzung für eine derartige Entwicklung in ihrer Lebensgeschichte war.

Krankheitsverlauf

Der weitere Krankheitsverlauf war stabil. Es kam zu keinen neuen Fistulierungen, und es waren auch keine antibiotischen Therapieinterventionen notwendig. Sie kam mit der Basis-Standardtherapie für ihre Erkrankung ohne Krankheitsschübe in einen stabilen Zustand.

Sie selbst war wieder so zuversichtlich, dass sie mit der ganzen Familie einen dreiwöchigen Urlaub in Kärnten antrat. Sie rüstete sich mit allen notwendigen Verbrauchsmaterialien für die Versorgung ihres Stomas aus, und ich kontaktierte den dortigen regionalen Hausarzt, um ihn über die Anwesenheit der Patientin in seinem Sprengel zu informieren, damit sie sich im Falle von kurzfristig auftretenden medizinischen Problemen Hilfe suchend an ihn wenden könnte. Der Urlaub verlief medizinisch gesehen unproblematisch. In der Beziehung zu ihrem Mann ereigneten sich jedoch fast unerträgliche Auseinandersetzungen, die auch beim Gastwirt und den anderen dort untergebrachten Pensionsgästen mit Unmut wahrgenommen wurden. Bald nach diesem Urlaub kam es dann auch zum völligen körperlichen Zusammenbruch, der zur Akutaufnahme der Patientin an der Klinik führte.

Akute Verschlechterung

Es wurde eine Notoperation notwendig, die dann zu einem dreimonatigen Aufenthalt an der hiesigen Intensivstation führte. Im Rahmen dieses Aufenthaltes wurden noch weitere Dickdarmabschnitte chirurgisch entfernt, es musste ein zweites Stoma angelegt werden. Während dieses Aufenthaltes kam es zu zahlreichen Operationen und Komplikationen: Eine Lungenembolie, eine Lungenentzündung und Wundinfektionen führten zu einer lebensbedrohlichen Sepsis. Die Patientin magerte trotz künstlicher Ernährung von anfangs 48 auf 27 kg ab. Zu diesem Zeitpunkt besuchte ich die Patientin zusätzlich zu den medizinischen Visiten, die täglich zweimal zusammen mit den Chirurgen stattfanden. Ihr Mann hatte allen Angehörigen (darunter war ein Lieblingsschwager) Besuchsverbot auferlegt. Er selbst kam sehr unregelmäßig und teilte mir bei einem Zusammentreffen bei seiner Frau mit, dass es an sich sinnlos wäre, sie zu besuchen, sie würde ohnehin nur schlafen und niemanden wahrnehmen. Auf Grund der zerrütteten Beziehung nahm ich davon Abstand, ihn zu mehr Präsenz aufzufordern, da ich nicht daran glaubte, dass seine Anwesenheit für seine Frau wirklich heilsam wäre.

Ich wollte ihr durch meine Besuche außerhalb der medizinischen Visiten auch noch signalisieren, dass sie weiterhin mit meiner Unterstützung rechnen konnte und ich weiterhin an ihre Genesung, die für die behandelnden Chirurgen nicht mehr vorstellbar war, glaubte. Ich selbst wusste damals noch nicht, dass ich in diesen Prozess tief verstrickt war und selbst in meiner Reifung einen Quantensprung machen würde. Die täglichen medizinischen Diskussionen waren sehr zermürbend, wir konnten keinen objektivierbaren Genesungsfortschritt erzielen, es schien, als hätten wir die Grenzen unserer Möglichkeiten erreicht, ohne eine Besserung bewirken

zu können.

Nach acht Wochen Intensivstation kam es zu folgendem Ereignis: Ich stand bei der Patientin neben dem Bett und betrachtete ihren von Narben übersäten Körper, der über diverse Leitungen mit Nahrung versorgt wurde und aus dem über diverse Schläuche und Drainagen Körperflüssigkeiten aus verschiedenen Körperhöhlen abgeleitet wurden. Bei diesem Anblick kam mir der Gedanke: „In so einem Körper kann man nicht leben." Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich vorwiegend um die physische Gesundheit der Patientin gekämpft, die psychotherapeutische Intervention hatte der Patientin ihre Körpergesundheit wiederbringen sollen. Es wurde mir klar, dass es mir nicht um ganzheitliches Heilsein gegangen war. Ich hatte zwar schon über viele Jahre den Studenten in der Vorlesung immer beizubringen versucht: „Auch Sterben ist Heilung und muss in das therapeutische Repertoire eines guten Arztes mit aufgenommen werden. Beim Erreichen unserer medizinischen Grenzen, den Grenzen unserer Machbarkeit, muss das Heilsein für das Wesen durch den Tod ermöglicht werden können." Ich hatte das in der Vorlesung immer mit Beispielen von terminal Kranken, denen medizinisch nicht mehr geholfen werden konnte und für die Lebensverlängerung somit nur noch die qualvolle Verlängerung des begonnenen Sterbens bedeuten würde, belegt. In diesem Augenblick wurde mir zum ersten Mal klar: Ich hatte soeben Tod als Heilungschance für das Wesen erlebt und nicht nur davon gesprochen. Zum einen erfüllte mich diese Tatsache mit großer Trauer, zugleich war damit aber eine große Befreiung verbunden, und ich verabschiedete mich an diesem Abend mit den unausgesprochenen Worten: „Frau Angelika K., uns fällt nichts mehr ein, Sie dürfen auch sterben, um heil zu werden." Im Innersten habe ich mich auch etwas dafür geschämt, dass bis zum gegebenen Zeitpunkt vor allem die somatische Gesundheit für mich höchste Priorität gehabt hatte, die uns Schulmedizinern ja immer so wichtig ist und die letztlich unseren therapeutischen Erfolg dokumentiert.

Ich bin danach an den folgenden Tagen an die Intensivstation gekommen, um die Patientin zu „besuchen". Ohne großartige Umstellung der medikamentösen Therapie und ohne weitere chirurgische Interventionen kam es zu einer langsamen aber stetigen Besserung des Zustandes. Es war unglaublich, dass sich plötzlich der Zustand der Patientin stabilisierte, dass sie wieder ansprechbar wurde, dass Drainagen entfernt werden konnten und nach einigen Wochen sogar schrittweise die enterale Ernährung wieder aufgenommen werden konnte. Nach weiteren vier Wochen Intensivstation konnte die Patientin auf die Normalstation verlegt werden. Es war wohl eines dieser raren medizinischen Wunder, die wir in unserer ärztlichen Laufbahn zwar selten, aber doch immer wieder miterleben dürfen. Der größte Wunsch der Patientin, Weihnachten zuhause erleben zu können, wurde dann auch noch möglich. Die darauffolgende Zeit war wieder sehr schwierig, da die Patientin diesen starken gesundheitlichen Rückschlag nur schwer verkraften konnte.

Die Wende

Sobald wieder Stabilität eingekehrt war, griff die Patientin eine Idee auf, die ich schon vor Jahren erstmals angedeutet hatte, nämlich eine spezielle Kur für Crohn-Patienten über mindestens vier Wochen. Ich war sehr froh, dass sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machte, um sich aus dem immer noch zerstörerischen Umfeld auszuklinken. Ihr Antrag auf eine entsprechende Kur wurde rasch positiv erledigt.

Der Kurort war sehr weit von Innsbruck entfernt, sodass es für ihren Ehemann nicht schwierig war, von regelmäßigen Besuchen Abstand zu nehmen. Er wäre zuhause und im Betrieb unabkömmlich, und die weite Fahrt konnte deshalb für zwischenzeitliche Besuche nicht angetreten werden. Frau Angelika K. lebte sich am Kurort sehr gut ein. Ihre Genesung schritt voran. Sie nahm deutlich an Körpergewicht zu und erlebte vier Wochen, wie sie selbst sagte, im „Himmelreich auf Erden". Nach der Kur sprach die Patientin den Wunsch aus, sich von ihrem Mann zu trennen. Dieser willigte gleich ein, da er bereits seit langer Zeit eine Außenbeziehung pflegte.

Nachdem die Patientin die Scheidungsklage eingebracht hatte, wurde ihr vom Gericht ein getrennter Wohnsitz zugestanden, und der mühsame Scheidungsprozess eingeleitet.

Frau Angelika K. befindet sich jetzt im fünften Jahr eines grausamen Rosenkrieges, bei dem immer noch kein Ende abzusehen ist. Die Psychotherapie beendeten wir vor vier Jahren, als sich ihr Gesundheitszustand weitgehend stabilisiert hatte. Sie ist nach wie vor noch mit einem Stoma versorgt, fühlt sich aber trotzdem „gesund" und führt trotz der Unsicherheit, wie sie ihr weiteres Leben finanziell wird bewältigen können, ein zufriedenes Leben.

Zusammenfassung

Frau Angelika K. war schon während ihrer Kindheit als geduldeter Flüchtling ohne gesicherte Existenz von ihrer Umwelt abhängig und lernte früh – um angenommen zu werden –, den Erwartungshaltungen ihrer Umgebung zu entsprechen. Auch innerhalb ihrer Familie gab es keine Stabilität. Beide Eltern lebten von Gelegenheitsarbeiten, und es gab keine gesicherte wirtschaftliche Lebensgrundlage, die Visionen und Träume und schon gar nicht deren Verwirklichung ermöglicht hätten. Die Flucht vor Verpflichtungen in der Familie brachte Frau K. jedoch in eine Beziehung, die vordergründig eine Befreiung aus den familiären Zwängen ermöglichte und Hoffnung auf Stabilität und Entwicklung erlebbar machte. Diese erhoffte Befreiung führte aber in eine Richtung, die zwar Neues versprach, aber letztlich in einer noch viel enger begrenzten Fremdbestimmung endete und über weitere Selbstentfremdung zum Ich-Verlust führte. Frau K. wusste zwar, was sie nicht mehr wollte, aber der notwendige Freiraum, sich selbst zu erfahren und das Eigene zu entdecken und zu verwirklichen, war in der neuen Beziehung nichtverfügbar. Frau K. nahm nicht bewusst wahr, dass das andere Neue nicht ihrer Essenz entsprach, sondern gegen sie selbst gerichtet war. Das alte Muster, Selbstidentifikation über Leistung an Stelle von Selbstwert, war im Körpergedächtnis gespeichert, und diese Überlebensstrategie, die von ihr selbst gewählt, aber

nie als solche erkannt wurde, hatte letztlich die Selbstzerstörung eingeleitet. Ihr einziger Sinn war auf Dauer nicht erbringbare Leistung und somit nicht erfüllbar. Der Selbstwert verkümmerte zur gescheiterten Selbstidentifikation mit unerreichbaren Zielen. Somit war auch kein sinnvoller Lebensbezug mehr möglich, und in der beherrschenden Orientierungslosigkeit machte sich innere Leere breit, die zu Hoffnungslosigkeit führte. Ihr Körper bäumte sich gegen die unzumutbare chronische Überlastung auf, und auch die somatische Grundlage als letzter Halt für das Grundvertrauen ins Leben ging verloren.

Erst durch das neu erworbene Vertrauen in ihren stark geschwächten Körper waren Frau K. weitere Schritte in Richtung Beziehungsaufnahme zu sich selbst und zu ihrer Umgebung möglich. Nachdem Menschen sehr häufig das wollen, was sie nicht haben können, haften sie auch dem an, was sie nicht mehr tun können, und sehen nicht mehr ihre jeweiligen Möglichkeiten, die in ganz anderen Lebensbereichen auch Freude und Erfüllung ermöglichen könnten.

Frau K. lernte Dinge loszulassen, die sie nicht mehr tun konnte, und Dinge erkennen, die jetzt im momentanen Zustand möglich waren, und sich daran zu erfreuen. Dieser Schritt war erst möglich, als wieder ein Gefühl für die eigene Essenz entstanden war. In diesem Prozess waren die Kontakte zu den Kindern im nonverbalen Erlebnisbereich von großer Bedeutung.

Lange Zeit hatte ihr die Struktur, in der sie bis zum Ausbruch der Erkrankung gelebt hatte, Halt gegeben, aber sie hatte nicht bemerkt, dass dabei ihre eigene Zerstörung begonnen hatte und durch den Ich-Verlust eine lebensbedrohliche Erkrankung entstanden war.

Alle Quantensprünge ihrer Entwicklung waren mit tief greifenden Erlebnissen, also Erfahrung auf der Ebene des unbewussten Körpergedächtnisses, verknüpft. Dies wurde erwartungsgemäß erst im Nachhinein erkannt und war nicht Folge medizinischer Maßnahmen.

Der Höhepunkt jener erlebnisinduzierten Heilungsprozesse war wohl die Wendung während des Aufenthaltes auf der Intensivstation, die ohne irgendeine Veränderung der medizinischen Maßnahmen nach einer Todeserfahrung stattfand, – zu einem Zeitpunkt, als sie von meinen Kollegen eher unbewusst und von mir teilweise bewusst mit dem Gedanken an „'Tod als Heilungschance' für ihr Wesen" „medizinisch aufgegeben" worden war. Wir haben viel später diese Erlebnisse ausgetauscht und konnten nicht mit Sicherheit sagen, ob sie sich tatsächlich zeitlich deckten, aber fest steht, dass sich Frau K. im Rahmen besagter – rund um diesen Zeitpunkt stattgefundener – Todeserfahrung „bewusst" und vor allem ihrer Kinder wegen für das „Weiterleben" entschied.

Möglicherweise war das die Grundsatzentscheidung, die zur Einleitung und Verwirklichung des somatischen Heilungsprozesses führte.

Wie in Abbildung 4 dargestellt, war die Basis der therapeutischen Beziehung die medizinische Kompetenz, die das Grundvertrauen, das bei der ersten Begegnung entstanden war, festigte und so für weitere therapeutische Schritte eine stabile Vertrauensbasis darstellte.

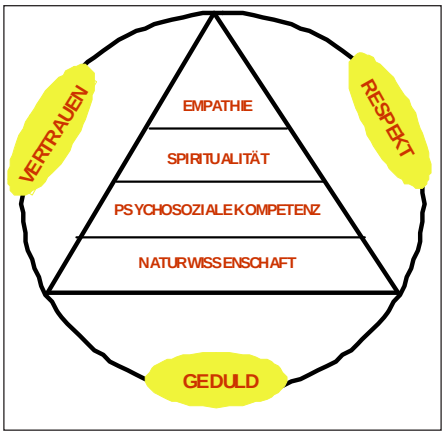


Abb. 4: Pyramide der Grundlagen ganzheitlichen Heilens, getragen von Respekt, Vertrauen und Geduld als unentbehrliche und unterstützende Qualitätsmerkmale der Kommunikation (P. König)

Alle notwendigen Entscheidungen wurden mit dem psychosozialen Netz abgestimmt und, soweit es sinnvoll und möglich war, auch verankert oder wieder verlassen, so zum Beispiel der Versuch der Paartherapie. In der Phase der hautnahen Konfrontation mit dem Tod ermöglichte die spirituelle Haltung eine intensive Auseinandersetzung mit dem Leben außerhalb der somatischen Begrenzung des Seins, und die Entscheidung für das irdische Leben wurde ganz bewusst, mit rationaler Begründung, nämlich die Kinder nicht allein lassen zu wollen, gefällt. Die Spitze der Pyramide als wichtigster Bestandteil und deshalb auch zugleich Basis des therapeutischen Prozesses war die Empathie, die den unbedingt notwendigen Respekt in jeder Phase des therapeutischen Gefüges ermöglichte, sodass die kuriosesten Situationen wertfrei dargestellt, wahrgenommen und bearbeitet werden konnten. Immer wieder war ein großes Maß an Geduld notwendig, um nicht Lösungen vorzuschlagen, die bei objektiver Betrachtung bereits klar auf der Hand lagen. Diese Geduld wurde einerseits vom Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, den Prozess gut zu unterstützen, achtsam schrittweise voranzutreiben und ihn zu einem für die Klientin zufrieden stellenden Ende bringen zu können, gestützt. Andererseits wurde sie aber auch vom Vertrauen in die Klientin genährt, die mit viel Offenheit und Mut ihre Bereitschaft, ihr Leben grundlegend zu verändern, kundtat.

Abschließend möchte ich noch erwähnen, dass Frau Angelika K. regelmäßig mit Hilfe der Existenzskala, ein Selbsteinschätzungsfragebogen zur Messung personaler und existentieller Kompetenzen, erstellt von A. Längle und Ch. Orgler (1996), getestet wurde. Die Entwicklung der Testergebnisse war sehr erfreulich. Es zeigten sich statistisch hoch signifikante Verbesserungen im Bereich aller Subskalen, ohne den pathologischen Bereich zu erreichen. Eine genaue Interpretation der Ergebnisse würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die Testergebnisse sollen aber als objektiver Parameter für die Verbesserung ihres Lebens Erwähnung finden.

So ist trotz immer noch bestehender somatischer Krankheit und sehr schlechter wirtschaftlicher Möglichkeiten die Transformation eines der Zerstörung preisgegebenen Lebens in ein sinnvolles Leben in Zufriedenheit, Freude und Fülle gelungen.

Literatur

Descartes Rene (1644) Die Prinzipien der Philosophie (Lateinisch-deutsch).

Hamburg: Felix Meiner Verlag (2005/2007)
Fauci AS, Kasper DL (Hg) (2008) In Harrison's Principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill Medical, 17°
Frankl V (1959) Grundriß der Existenzanalyse. In: Frankl V, v. Gebsattel V, Schultz JH (Hg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg. Bd. III, 663-736
Längle A (1996) Der Mensch auf der Suche nach Halt, Existenzanalyse der Angst. In: Existenzanalyse 2, 4-12
Längle A, Orgler C (1996) Die Existenzskala. In: Existenzanalyse 2, 44-50
Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhay-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB-Facultas

Anschrift des Verfassers:
Univ. Prof. Dr. Paul König
Universitätsklinik für Innere Medizin IV
Schwerp. Nephrologie u. Hypertensiologie
Medizinische Universität Innsbruck
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
Tel: 0043/512 504 DW 81332
paul.koenig@i-med.ac.at

Leibhaftig: Noogenese und Somatisierungsstörung

Bemerkung zu einer existenzanalytischen Psychosomatik

Hans-Martin Rothe

Ausgehend von V.E. Frankls früher Kritik an der zeitgenössischen deutschen Psychosomatik werden die Möglichkeiten und Unmöglichkeiten einer hermeneutischen und phänomen-nahen Zugangsweise zu Patienten mit Somatisierungsstörung dargestellt. Aus der zweifachen Beziehung des Menschen zu seinem Körper (einen Körper haben und Leib sein) ergeben sich im Umgang mit Personen mit einer Somatisierungsstörung typische Behandlungsprobleme und -herausforderungen, die bestimmte Anforderungen an den Arzt und Therapeuten stellen. Einige fruchtbare psychosomatische Modellbildungen werden mit ihren offenen Fragen zu den aktuellen Konzeptbildungen in der Existenzanalyse in Beziehung gesetzt. An vignettenhaften Bespielen wird dargestellt, wo im Spannungsfeld von pathogenetischem und salutogenetischem Denken in der Ergänzungsreihe von Konflikt und Struktur, psychosomatischer Vulnerabilität und situativer Belastung „die Person" ihren Entfaltungsraum findet.

Schlüsselwörter: *Existenzanalyse, Hermeneutischer Zugang, Leib, Psychoanalyse, Somatisierungsstörung*

Eine klinische Vignette zur Einleitung

Die Durchfälle einer 19-jährigen jungen Frau begannen zwei Tage, nachdem sie die erste Praxisphase ihrer Lehre begonnen hatte. Dann folgten wochen- und monatelange abdominelle Beschwerden. Trotz verschiedenster medizinisch-organischer Diagnostik und Therapie verlor die Patientin erheblich an Gewicht. Schleichend kam es auch zu depressiver Stimmung. Fünf Monate nach Beginn der Symptomatik beschreibt die Patientin im Erstgespräch einer psychosomatischen Klinikambulanz erstmalig den wahrscheinlich relevanten lebensgeschichtlichen Hintergrund ihrer Beschwerden. Sie berichtete, nicht zu wissen, ob der gewählte Ausbildungsberuf für sie der richtige sei. Zeit, um in Ruhe herauszufinden, was wirklich zu ihr passe und wer sie eigentlich sei, hatte sie nicht gefunden. Sie käme aus der Ausbildung auch nicht mehr so einfach heraus. Sie hätte finanzielle Nachteile und sicher einen Konflikt mit den Eltern, die schon viel mit ihr hätten in Kauf nehmen müssen.

V.E. Frankl hätte angesichts dieser Situation vermutlich von einer noogenen, aus geistigen Ursachen herrührenden, Psychosomatose gesprochen. Für ihn hatten psychosomatische Symptome jedoch nicht einfach so einen Sinn, und es schien ihm aberwitzig, alles aus der Biographie erklären zu wollen, wie er es bei einigen Protagonisten der damaligen deutschen Psychosomatik vor Augen hatte und als biographischen Determinismus kritisierte (Frankl 1983, 83). „Krankheit hat keine Botschaft..." titelte jüngst die populärwissenschaftliche Zeitung „Psychologie heute" (9/2008) ein Interview mit dem Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, Prof. P. Henningsen. Die Idee, psychosomatische Erkrankungen aus ihrem jeweiligen biographisch-situativen und individiumspezifischen Kontext als sinnvolle Symptombildung zu verstehen, scheint ihre Anziehungskraft verloren zu haben.

Hier nun soll ergänzend zur Perspektive einer scheinbar aus der Mode gekommenen hermeneutisch-psychoanalytischen Psychosomatik zur tieferen Klärung dieser Herangehensweise die Personale Existenzanalyse (Längle 2000; Längle, Holzhey-Kunz 2008), im Unterschied zu Viktor Frankls klassischer Position dazu, diskutiert werden.

Für die Existenzanalyse ist „die Biographie" der Schauplatz, auf dem das Angefragt-Sein vom Leben in seinen konkreten Formen und die mehr oder weniger gewagten oder nicht gewagten Antworten, verantworteten oder nicht verantworteten Reaktionen darauf, dem Leben der jeweiligen Person die ganz eigene Mischung von gelebtem und ungelebtem Leben, gewählten und abgewählten Möglichkeiten geben. Sie

versteht den Menschen primär als immer schon von seiner Lebenssituation Angefragten, als denjenigen, der zu einer Antwort herausgefordert ist. Leben ist, so wird mit Anleihen aus der Existenzphilosophie formuliert, entscheidendes Sein.

Diese Ausrichtung auf die konkrete Lebenswelt, psychoanalytisch gesprochen die Orientierung auf die Welt der Objekte, und die Suche nach der richtigen Adaptation im Sinne von bewusst oder unwillkürlich getroffenen Entscheidungen in einer jeweils gegebenen Situation, werden in der Existenzanalyse zum Schlüssel der Therapie. Es ist ein deutlich anderer Akzent auf die Gestaltung der Objektbeziehungen gelegt als in der frühen Psychoanalyse, bei der die Welt der äußeren Objekte nur den Charakter einer Auslösesitutation trägt und die zentrale Dynamik von der unbewussten Psychodynamik oder den Motivationssystemen (Lichtenberg 2000) bestimmt wird.

Zwar findet sich die Bedeutung der vielfältig getroffenen Entscheidungen des Subjektes auch schon in den Arbeiten V. v. Weizsäckers und auch bei Th. v. Uexküll. Sowohl im Weizsäckerschen Gestaltkreis-Modell (von Weizsäcker 1950) wie auch im Uexküllschen Modell des Funktionskreises (Uexküll 1963) reagiert und entscheidet das Subjekt in enger Verflochtenheit mit der jeweiligen Situation oder Umwelt. Beide Modelle sind sehr biologisch fundiert und haben ihren Schwerpunkt nicht in der Komplexität des Subjektes oder gar der integralen Person als Mitte der jeweiligen Entscheidungen oder Reaktionen. Es ist wohl kein Zufall, dass beide Väter der deutschen Psychosomatik aus diesen Modellen keine genuine Psychotherapie-Schule entwickelt haben, sondern ein Grundmodell auf einer allgemeineren Ebene konzipierten und dann Anleihen bei der frühen Psychoanalyse machten, die dann allerdings nur bedingt kompatibel waren (vgl. Reuster 1990).

Die Arbeiten von V. E. Frankl zum Thema der Psychosomatik liegen seit Ende der 1970er Jahre relativ unverändert im Duktus vor (Frankl 1983) und haben in den darauffolgenden Jahren keine nennenswerten Veränderungen erfahren. Die von A. Längle, anfangs noch eng mit Frankl zusammen, aus dessen Grundbausteinen zur medizinischen Anthropologie (Frankl 1975) und zur sinnzentrierten Psychotherapie (Frankl 1981) von einer supportiven Kurzpsychotherapie weiter zu einer umfassenden Psychotherapierichtung ausgebaute Personale Existenzanalyse (Längle 2000) nimmt diese Themen kreativ und höchst produktiv auf. Seit den 1990er Jahren des letzten Jahrhunderts hat sich diese Richtung der Existenzanalyse zu einer wichtigen, international breit aufgenommen Strömung der Psychotherapie entwickelt. Wichtige Impulse sind aus der phänomenologisch orientierten Psychiatrie und philosophischen Anthropologie, aber auch aus der anthropologischen Medizin Weizsäckers eingeflossen.

Eine prototypische Szene in der Begegnung mit psychosomatischen Patienten

Eine sich immer wieder ähnlich ergebende prototypische Szene mit psychosomatischen Patienten entsteht, wenn die Organdiagnostik einmal mehr keinen erklärenden Befund erbracht hat, der Patient das Wohlmeinende „es ist alles in Ordnung“ zu hören bekommt, der Patient daraufhin aber tief daran zweifelt und eine kognitiv-emotionale Dissonanz mit folgendem Inhalt erlebt: „Es muss doch etwas Körperliches sein! Ich bilde mir das doch nicht ein!“

Aus der phänomenologischen Analyse stellt sich die Frage, welche innere Instanz oder Repräsentanz es eigentlich ist, für die diese Dissonanz entsteht und die dann die Kongruenzregulation auf den Plan ruft? Für die Personale Existenzanalyse ist es die Person, die von A. Längle als inneres Gegenüber, als das in einem Menschen Sprechende beschrieben wurde (Längle 2008); bei C. G. Jung ist es das Konzept des Selbst; bei Erich Neumann das der Ich-Selbst-Achse, die dieses unwillkürliche Wissen einer Person um sich selbst begrifflich fassen. Die Psychoanalyse hat diese Aspekte des – jedem phänomenologisch zugänglichen und evidenten – inneren Dialoges nicht in der Weise konzeptualisiert. Manche Aspekte davon finden sich in vergleichsweise abstrakter Terminologie in der Selbstpsychologie unter der Begrifflichkeit des Ich-Ideals oder des Ideal-Selbst wieder.

Die Heftigkeit der erlebten Beschwerden und die für den Patienten offen und unklar bleibende „Ursache“ schaffen für ihn jedenfalls ein Dilemma.

Mis-matching von beiden Seiten

Es kommt ein beidseitiges Mismatching zwischen Arzt und Patient zustande: Der Arzt bezieht sich auf das Objektive, Somatische, Objektivierbare und tut sich in der Regel nicht leicht damit, aus seiner objektivierenden naturwissenschaftlichen Perspektive herauszutreten und das subjektive Erleben des Patienten gelten zu lassen oder gar zu validieren.

Das hat mit einer Grundproblematik zu tun, die weit über die Medizin hinausgeht, auch wenn die Humanmedizin davon besonders betroffen ist. Für den Existenzphilosophen G. Marcel ist „Dasein“ immer nur inkarniertes Sein. „Existieren heißt Inkarniertsein.“ (Marcel 1985, 16) „Wird dieser Leib, als der ich inkarniert lebe, objektiviert, so erscheint mein Körper, das Missverständnis des Leibes.“ (Marcel 1985, 16) Folgt man Marcel, muss der naturwissenschaftlich orientierte Mediziner so gesehen den Patienten missverstehen.

Aber auch der Patient tut sich schwer, die Auskunft des Arztes für sich gewinnbringend, als Beruhigung zu nutzen und sich ermutigt zu fühlen, nun auf einer anderen Ebene, der seines Erlebens, seiner Emotionen und motivationalen Konflikte, also der Ebene seines leibhaftigen Seins, die Ursachen suchen zu können. Nein, er sieht sich vielmehr mit seinem subjektiven Erleben in Frage gestellt, bloß gestellt, beschämt, immer dicht an den Rand des Simulantentums oder der Einbildung geschoben. Er schrickt vor dem Schritt zurück, sich nun – beruhigt, weil keine bösartige körperliche Gefahr droht – seiner persönlichen Situation, seinem Erleben, seinen Wünschen und Zielen, zuzuwenden, deren spannungs- oder

auch konfliktreiche Ausbalancierung eventuell ja auch die Entstehung funktioneller Beschwerden erklären könnten.

Es ist, als wenn er, der Patient, angesichts der intuitiv wahrgenommen Komplexität seiner Existenz, zurückschreckt. Mensch im Vollsein aller seiner Möglichkeiten zu sein, ist immer eine komplexe Herausforderung.

„Charakteristisch menschliches Existieren aber heißt“ – nach Medard Boss (1975, 273) – „sich vom Begegnenden ‚mit Leib und Seele’ in Anspruch nehmen zu lassen und diesem Zuspruch entsprechend mit Wort und Tat zu antworten. In solch wahrhaft menschlichem Verhalten ist für den Handelnden selbst der Leib qua Leib-Körper überhaupt nicht mehr da.“ (Boss 1975, 273) Gelingt jemandem dieses Sich-in-Anspruch-nehmen-Lassen und das Antworten, wäre das Problem psychosomatischer Symptombildung gelöst. Wenn aber dieses Angefragt-Sein und In-Anspruch-nehmen-Lassen und das Darauf-Antworten nicht spontan gelingt, wie im Falle der eingangs beschriebenen jungen Auszubildenen, meldet der Leib-Körper sich über die Symptome lautstark zu Wort.

Bei A. Längle findet sich zur Erklärung psychosomatischer Symptombildung aus Sicht der Personalen Existenzanalyse folgendes: „Etwas bleibt in der äußeren Hülle des Ich, im Körper hängen. Wenn eine Problematik nicht mehr in einer Grundmotivation gehalten werden kann, wird sie in die Peripherie verschoben.“ (Störung der 2. und 3. Grundmotivation, Längle 2008, 152)

Den tiefenpsychologisch Geschulten erinnert die in dieser Formulierung anklingende Modellvorstellung durchaus an frühe Modelle innerhalb der Psychoanalyse und Psychosomatik, in denen Verschiebung, Verdrängung, Re-Somatisierung und De-Somatisierung gängige Begriffe waren, um den Sprung von der Seele ins Körperliche zu beschreiben. In der psychodynamischen, tiefenpsychologischen Psychotherapie sind die einfachen Modelle von Über-Ich, Ich und Es heute wesentlich komplexer geworden und lassen ein hohes Maß an individueller, individuumspezifischer Beschreibung zu. Aus der sogenannten Ein-Personen-Psychologie Freuds hat sich längst die Zwei-Personen-Psychologie und in Weiterführung die Objektbeziehungstheorie und -therapie entwickelt, die die Person-Umwelt-Verknüpfung berücksichtigt.

Aber nicht nur für die Theoriebildung ist es schwierig bzw. komplex, die Symptombildung zu erklären, sondern auch für den Betroffenen selbst tut sich eine erhebliche Schwierigkeit auf.

„Kann so etwas von so etwas kommen?“ fragen die Patienten oft, wenn sich nach einem längeren Gespräch mit einem Arzt doch einmal ein Blick auf die persönliche, innere und existenzielle Situation öffnet.

„Sollte es sein, dass das abrupte Ausziehen der zehn Jahre im Haushalt als Pflegetochter lebenden Nichte, ohne dass sie eine Adresse hinterließ, einen anhaltenden Schwindelzustand auslösen kann?“ war die Frage einer 61-jährigen Patientin. Wenn sich dann herausstellt, dass auf der einen Seite der Vater der Pflegetochter, zugleich der Bruder der Patientin, an den Folgen seines Alkoholismus früh verstorben ist, dass die leibliche Mutter der Pflegetochter diese nicht bei sich haben wollte und dass auf der anderen Seite noch andere schwere Verluste naher Angehöriger das Leben der Patientin überschattet hatten und sie sich mit dem Verschwinden der Pflegetochter nach Wegfall der eigenen Berufstätigkeit ziemlich alleingelassen und überflüssig erlebte, bekommt die Situation und Symptomatik mehr persönliche Konturen.

Wenn dann noch dazu kommt, dass die Pflegetochter die Erklärung hinterließ, dass die Patientin sich ja sonst nur in ihre Entscheidung eingemischt hätte, sodass der Pflegetochter nur diese Nacht- und Nebelaktion übrig geblieben sei, wird verständlich, wie zwiespältige und kränkende Momente dieses Verschwinden für die Patientin zu einer sie überfordernden Situation hatten werden lassen. Aber die Patientin selbst getraute sich im ärztlichen Gespräch nur sehr vorsichtig und scheu zu fragen, ob das – gemeint war der Schwindel – gar etwas mit dem – gemeint war das Verschwinden der Pflegetochter – zu tun haben könnte.

Wenn in einem diagnostischen Gespräch diese Frage anklingt, öffnet sich der Raum der stattgehabten Anfragen der Situation an die Person und deren vorläufiger, primär-emotionaler Antworten darauf. Die existentielle Ebene kommt in den Blick. Aber es wird auch deutlicher, dass die Patientin in dieser Situation nicht nur mit einer Frage konfrontiert war, sondern dass sie vor einer impliziten und expliziten Fülle von Anfragen stand. Die existentielle Situation wurde ihr gleichsam zu viel, die Existenz zur schwindelerregenden Last. Sie war gleichsam überfragt. Mit Frankl wäre zu fragen, ob in diesem Überfragt-Sein gleichsam eine noogene Psychosomatose gründet – oder liegt doch nur eine Psychodynamik mit einem Copingmechanismus vor, in deren Gefolge die Beschwerden entstehen?

Sind solche Beschwerden als unspezifische Stresssymptome einzuordnen oder haben sie einen spezifischen Ausdrucksgehalt? Weiß der Leib, die inkarnierte Existenz, mehr über die Person als das überforderte Ich?

Trifft, wenn so gefragt wird, der Vorwurf V. E. Frankls zu, dass eine Noosomatik (Frankl 1983, 82) betrieben wird? Oder wird die Begrifflichkeit des Leibes, der intentionalen Leiblichkeit, benötigt, um das Inkarniert-Sein des Geistigen im (auch) objektivierbaren Körper besser zu konzeptualisieren?

Die Symptome, die in der Situation der Schwindel erleidenden Patientin entstehen, spiegeln die unwillkürlich, subliminal gewonnenen „Informationen“ jedenfalls in leibhaftiger Form wider. Die Noo-Psycho-Dynamik lässt in ihrer „Wächterfunktion“ (Längle, Holzhey-Kunz 2008, 66) ein intensives Suchen der Patientin entstehen, was denn eigentlich mit dem Körper, letztendlich mit ihr selber los sei.

Sich eingestehen zu können, dass mit dem Verschwinden der Pflegetochter und der Art und Weise der Trennung

der sichere Boden unter den Füßen weggerutscht war, nachzuempfinden und bewusst zuzulassen, wie viel Erschütterung in den ersten Stunden und Tagen gewesen war, gelang der Patientin nicht im ersten Anlauf. Sie konnte die tiefe Bedeutung dieser Situation und der darin entstandenen Gefühle nicht einordnen, nicht ermessen, nicht integriert gefühlsmäßig realisieren. Sie erlebte ihre Beschwerden, den Schwindel, zusammenhanglos, und auf diese Weise wurden sie sekundär verunsichernd, bedrohlich, wurden, solange keine hinreichende Erklärung gefunden wurde, selbst zum aufrechterhaltenden Faktor der weiteren Schwindeldynamik. Im kontextlosen, sinnlosen Symptom kam ihr der eigene Körper fremd entgegen, der sie bisher „tragende Leib“ (Zutt 1963) wurde selber zu einer Bedrohung.

Sie scheint nicht nur von der Frage überfordert, was denn in der gegebenen Situation das Bestmögliche oder Wertvollste sei, was von ihr gebraucht werde (4. Grundmotivation), sondern, da ein Tätigkeits- und Aufgabenfeld wegfällt, ein Strukturzusammenhang zerreißt und ein bis in der Zukunft bedeutsamer Wert spurlos verschwunden ist, brechen zugleich Fragen auf, die sich auf der Ebene der anderen Grundmotivationen stellen.

Das Gegenüber zur Pflegetochter hat auf der Ebene der 1. Grundmotivation (Dasein-Können, Schutz, Raum, Halt-Haben) etwas für den Halt im Dasein der Patientin bedeutet – ihr waren ja mehrere wichtige Beziehungspartner frühzeitig verstorben. In der impliziten Anfrage, die in der jetzigen Situation liegt, liegt auch die Möglichkeit einer tieferen Bezugnahme zum Seinsgrund ihres Daseins, die Möglichkeit einer Erfahrung tieferen Gehaltenseins in einer spirituellen Ebene.

Gekränkt durch die Umstände des Verschwindens, des subjektiv als Undankbarkeit erlebten Verhaltens der Pflegetochter, ist für die Patientin auch die Grundfrage des „Leben-Mögens“ der 2. Grundmotivation mitangeklungen. Sie fragt sich, ob sie das so noch mag, ob sie sich überhaupt noch jemandem oder einer Sache zuwenden will. Und auch auf der Ebene der 3. Grundmotivation klingt für sie als Anfrage an, was denn ihr Eigenes bleibt, ob sie sich noch sehen lassen kann oder ihr Ansehen als gute Mutter verloren hat, wenn die Tochter jetzt so geht. Das Erleben von Nicht-Beachtung, Ungerechtigkeit und auch einer gewissen Missachtung liegt für die Pflegemutter in dieser Situation – und sie muss sich zu all dem neu und tiefer positionieren und gründen.

Die Patientin treffen viele Anfragen, implizit und explizit. Für ihre weitere Entwicklung ist entscheidend, in wie weit es ihr in ihrem bisherigen Entwicklungsgang gelungen ist, Beachtung, gerechte Behandlung und Wertschätzung zu erleben, zu verinnerlichen und zu ihrem eigenen Ding zu machen. Die wichtige Frage, ob sie das im Laufe ihrer Persönlichkeitsentwicklung selbst übernommen und in Eigenregie weitergeführt hat, auf die Längle (2008, 51) aufmerksam macht, teilt sie mit vielen anderen psychosomatisch Erkrankten.

In der psychotherapeutischen Bearbeitung dieser tiefen Anfragen ging es dann entsprechend um die Förderung der personalen Aktivität des Sich-für-sich-Entscheidens, konkret um die Abgrenzung gegenüber drängenden Anderen. Die Förderung von Selbstdistanzierung über die dialogische Selbstreflexion vervollständigte das Selbstbild. Dabei kam dem Zulassen, Wahrnehmen und Ernstnehmen von Gefühlen eine besondere Rolle zu. Stück für Stück konnte der Selbstwert innerlich mehr verankert werden.

Aus Sicht der psychoanalytisch-psychodynamischen Theorie ging es, im Konflikt-Modell gedacht, um die spannungsreichen Polaritäten von Individuation und Abhängigkeit, sowie um den Selbstwert. Zweiter, paralleler Schwerpunkt war, entsprechend dem in der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik ausgearbeiteten Strukturmodell, die Verbesserung der Selbst- und Gefühlswahrnehmung.

Eine exakte Entsprechung zur 2. und 4. Grundmotivation findet sich in der psychoanalytischen Theorie so einfach nicht. Mit den Grundmotivationen liegt eine differenzierte Erweiterung unseres hermeneutischen Blickwinkels vor, der in dieser Weise von den anderen Therapieschulen nicht entwickelt ist. Der Blickwinkel der Grundmotivationen erleichtert es aber sehr, das spezifisch Humane, das Menschliche am Menschen noch mehr zu sehen und ansprechbar zu machen.

Im Vergleich der Therapieschulen scheint mir der verschieden benutzte Begriff des „Selbst“, wie er von C. G. Jung oder auch innerhalb der Objekt-Beziehungs-Theorie und der Selbst-Psychologie verwendet wird, noch am ehesten eine mögliche Ansatzstelle zu sein, von der aus es auch aus diesen Theorie-Modellen in Richtung dessen gehen kann, was existenzanalytisch mit dem Begriff Person gemeint ist. Die Person, in der jemand ein inneres Gegenüber hat, das ihm „zu-kommt“, über das er aber nicht bestimmen kann, sondern das in ihm auftaucht, findet sich bei C. G. Jung annäherungsweise in der Begrifflichkeit des Selbst (Jung 1991) und taucht in Weiterführung dessen bei Erich Neumann (Neumann 1949) als Ich-Selbst-Achse auf. Einzelne Aspekte davon sind in Ansätzen auch mit dem psychoanalytischen Begriff des Ideal-Selbst oder Selbst-Ideal beschreibbar.

Das Produktive und Dynamische am Begriff der existenzanalytischen Person ist ihre immer schon im – freien – Dialog befindliche Grundstruktur. Sie, die Person, ist immer schon gefragt, immer schon zu einer bestmöglichen Antwort herausgefordert. Sie ist auf diese Weise untrennbar mit ihrer jeweiligen Um- und Mitwelt verbunden. Das sich zu sich selbst verhaltende Selbstverhältnis (Kierkegaard), das immer schon „In-mir-Sprechende“, ist in der Existenzanalyse immer schon auf die Welt hin geöffnet und mit der Welt verwoben.

Alexithymie als Merkmal psychosomatischer Patienten und das Modell des Körpers als triviale Maschine

Ein weiteres Modell, die Somatisierung zu beschreiben, findet sich in

der sogenannten Alexithymie, die oft als Merkmal psychosomatischer Patienten beschrieben ist, als ihre Schwierigkeit Gefühle zu erkennen, zu differenzieren, zu regulieren und zu kommunizieren.

Wie verhält sich das im Falle unserer 61-jährigen Patientin mit ihrem Verlusterlebnis und dem nachfolgenden Schwindel? „Es muss doch etwas Körperliches sein, ich bilde mir das doch nicht ein!“

Nicht nur die naturwissenschaftlich dominierte Medizin, die aus pragmatischen Gründen den Körper auf das Modell einer trivialen Maschine reduziert, missversteht die Komplexität eines menschlichen Organismus, sondern auch der Durchschnittsbürger, und unsere Patienten haben oft ein „seltsames“ Verhältnis zu ihrem Körper. Der Mensch hat ihn und zugleich hat er ihn nicht. Er hat ihn nicht, wie er ein anderes Objekt hat, wenngleich dieser Körper ihm auch objektiv gegenübertritt, objektivierbar auch für andere ist. Zugleich „bewohnt“ er ihn aber gleichsam von innen, er bleibt ihm in vielen Bereichen selbst verborgen. Immer aber lebt er selbst leibhaftig oder gar nicht.

Der Existenzphilosoph Gabriel Marcel hat sich mit dieser Eigentümlichkeit intensiv beschäftigt und hält fest: „Diesen Körper habe ich, ich bin aber mein Leib.“ (Marcel 1985, 17) Oder auch: „Indem ich Leib bin, habe ich einen Körper – aber zugleich verfüge ich nur scheinbar über diesen Körper, eben weil ich Leib bin.“ (ebda 18) Er sieht auch den engen Bezug zur Umwelt: „Als Leib bin ich in geheimnisvoller Weise immer schon auf alles, was da ist, bezogen. Ich bin leibhaft der Welt verwachsen.“ (ebda 17)

Auch für M. Heidegger handelt es sich bei der Psychosomatik in diesem Sinne um das spezifische Menschsein des Menschen (Heidegger 1987, 100). Das „Leiben des Leibes“ ist für ihn eine Weise des Daseins und hat einen speziellen Bezug auf das Selbst.

Aus dieser philosophisch vielfältig bearbeiteten Grundsituation heraus ist der Mensch nicht ganz Herr im eigenen Hause seines Leibes und Körpers. Seine leibhaftige Existenz ist immer noch und immer schon mehr, als er bewusst wahrnehmen kann oder ad hoc über sich weiß. Mit den Forschungen zur subliminalen oder auch präapperzeptiven Wahrnehmung sind diese Phänomene auch naturwissenschaftlich empirisch gut belegt.

Aus der Fülle der Daseinsbezüge einer Person ergibt sich, dass eine ganze Reihe dieser Austausch- und Dialogprozesse und auch der Internalisierungsprozesse nicht durch die vigilanten Fenster ihres Bewusstseins laufen, sondern „subcortical“, aber nichts desto weniger leibhaftig. Somatisierung, Verleiblichung und Embodiment sind aus dieser Perspektive der Normalfall. Leiblichkeit könnte in der Existenzanalyse als ein Existenzial eingeordnet werden.

Von „unbewusster Geistigkeit“ zu sprechen, war schon für V. E. Frankl eine Möglichkeit. Für Sigmund Freud war die Unterscheidung des Psychischen in Bewusstsein und Unbewusstsein die Grundvoraussetzung seiner Psychoanalyse. Auch die Personale Existenzanalyse wird sich mit der Bedeutung des Unbewussten, der unbewussten und impliziten Prozesse weiter auseinandersetzen müssen. Die Bewusstseinspsychologie, als die zumindest die Logotherapie Frankls immer wieder gesehen wird, wird dann um die Ebene des unbewussten Psychischen wie des unbewussten Noetischen oder Personalen ergänzt werden. Im Zusammenhang unseres Themas wäre entsprechend von der unbewussten Geistigkeit des Körpers zu sprechen. Im Konstrukt des Leibes als inkarnierter Existenz oder inkarnierter Person wäre dies philosophisch zu fassen.

In dem, was jemand tut oder erlebt, beantwortet er implizit die „Anfragen“ der drei personalen Grundmotivation schon immer mit oder verhält sich zumindest unwillkürlich zu ihnen.

Auch so gesehen lassen sich Somatisierungserscheinungen in den Kontext noogener, personaler Prozesse stellen. Symptome entstehen aus einem ganz individuellen Bedingungsgefüge, in dem Gefühle, die eine wichtige Wahrnehmungsfunktion der Person darstellen, also etwas Noetisches haben, sich leibhaftig ausdrücken oder auswirken.

Dabei wird es eher individuumspezifische letzte physiologische Endstrecken geben, die in bestimmte Symptome einmünden als spezifische Psycho- oder personale Noodynamiken, die zu immer ähnlichen typischen Symptomen führen.

Die abrupt verlassene, vom Schwindel betroffene Pflegemutter scheint so doch eher ein Opfer der Selbstverborgenheit ihrer Existenz geworden zu sein, (nicht nur) ihrer immanenten Überforderung, immer alles Relevante bewusst verarbeiten und zur Sprache bringen zu können.

Man kann doch nicht alles auf die Psyche schieben – chronische Schmerzen auf dem Hintergrund schmerzlicher Lebenserfahrungen

Eine 54-jährige Patientin mit Schmerzen nach einer Bandscheibenoperation an der Halswirbelsäule und der Implantation einer künstlichen Bandscheibe eröffnete ein ihr abverlangtes gutachterliches Gespräch bei einem psychosomatischen Arzt damit, dass sie energisch darauf hinwies, schon seit 30 Jahren Schmerzen zu haben. Man könne doch nun nicht alles auf den zeitweise nicht verarbeiteten Verlust des geliebten Partners schieben. Sie sei doch nicht verrückt oder gehöre in der „Klapse“ behandelt.

Eine Begutachtung psychosomatischer Fragestellungen schafft fast immer eine komplexe, auch artifizielle Situation. Im Falle der sich so verbal wehrenden Patientin ging es um einen vor dem Sozialgericht laufenden Prozess auf EU-Rente, bei der alle orthopädischen Gutachter und auch der Nervenarzt eine mehr als sechsstündige Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeit eingeschätzt hatten. Der den Prozess für die Patientin führende Rechtsanwalt hatte, um Argumente für einen Widerspruch zu erlangen, die Patientin zu einem ergänzenden psychosomatischen Gutachten gedrängt.

Zwischen „keine psychiatrische Diagnose“ entsprechend der psychodia-

gnostischen strukturierten Interviews und „kein ausreichend die Schmerzen erklärender orthopädischer Befund“ lag das weite Feld psychosomatischer, biopsycho-sozialer Zusammenhänge, die das Schmerzerleben, die Schmerzintensität und die invalidisierende Wirkung des Schmerzes wesentlich mitbedingten.

Mit ihrer erwähnten Eingangsbemerkung scheint sich die Patientin einem für sie in der Luft liegenden Vorwurf gegenüber, sie sei doch eigentlich nervenkrank, weil sie den Tod des Ehemannes nicht verkraftet habe, verteidigen zu müssen. Nervenkrank ist für sie gleichbedeutend mit „Klapse“, damit, sich nicht ausreichend zusammenreißen zu können und sich bei normalen Belastungen im Leben in sentimentales Selbstmitleid hineinzuflüchten.

Sie erwehrt sich dieses vermeintlichen Vorwurfs gegenüber mit dem Hinweis, dass sie schon 30 Jahren vorher Schmerzen gehabt habe und dass man folglich nicht alles oder eigentlich gar nichts auf diese neuere Verlusterfahrung beziehen könne. Das „Alles“ meint die wechselnden Schmerzen und ihr Nichtmehr-Können, den Einbruch ihrer Leistungsfähigkeit. Das alles hatte für sie damit nichts zu tun!

Tatsächlich waren Schulter-Nacken-Arm-Beschwerden längere Zeit als Ausdruck der Überforderung während einer manifesten depressiven Episode nach dem Tod des Ehemannes eingestuft worden, bis dann doch ein Bandscheibenvorfall objektiviert wurde. Die Patientin fühlte sich dadurch rehabilitiert, eben nicht nervenschwach oder nervenkrank, sondern richtig krank zu sein und war beruhigt, dass eine entsprechende Operation der Halswirbelsäule mit Einsetzen einer künstlichen Bandscheibe durchgeführt wurde.

Die Beschwerden besserten sich dann nur einige Zeit lang, bis quälende Hinterhauptskopfschmerzen zu dominieren begannen. Als wenn der Kopf permanent auf harte Kiesel oder Kopfsteinpflaster gebettet wäre, beschrieb die Patientin die quälende Missempfindung, die kein „richtiger Schmerz“ sei. „Richtigen Schmerz“ erleide sie im unteren Rücken und im rechten Bein, in das der Schmerz wie bei einem bösen Hexenschuss immer wieder ausstrahle.

Als es dann gelang, zusammen mit der Patientin einen Blick auf das gelebte und spezifisch erlebte Leben zu werfen, kamen wichtige und schmerzliche Erfahrungen in den Blick. Die Patientin war ein ungewolltes Kind, mit dem die Mutter schwanger ging, als es erhebliche Kontroversen mit ihrem Ehemann, mit dem sie zeitlebens eine sehr disharmonische Ehe geführt hatte, gab. In ihrem vierten Lebensmonat wurde die Mutter erneut schwanger. Das dann als Bruder auf die Welt gekommene Geschwisterkind wurde wohlwollend akzeptiert und immer besser als die Patientin behandelt. Wegen eines von der Mutter durch ihre Verschwendungssucht verschuldeten finanziellen Desasters floh die Familie im sechsten Lebensjahr der Patientin noch vor der hermetischen Abriegelung der innerdeutschen Grenze aus der amerikanischen in die sowjetische Zone. Ohrfeigen und verbale Demütigungen seitens der Mutter lagen bis zum 25. Lebensjahr an der Tagesordnung. Der Vater nutzte einen Ochsenziemer, um die Patientin zu züchtigen und war verschiedentlich auch sexuell übergriffig. Die Patientin rannte immer wieder von zu Hause weg, wurde allein dadurch „dissozial“ und entsprechend der damaligen gesellschaftlichen Maßstäbe auf Anzeige ihrer Mutter inhaftiert.

Dass emotionale Deprivation, massives Mis-matching zwischen Kind und primärer Bezugsperson Auswirkungen bis weit in die Grundstruktur der Persönlichkeit und das neurobiologische Substrat hinein hat, wird heute durch Resultate neurobiologischer Forschung bestätigt. Die Reifung und Ausbildung der stressregulierenden Systeme und des schmerzinhibierenden Systems wird beeinträchtigt. Es bildet sich eine erhöhte neurobiologisch organisierte Vulnerabilität. Was erst nur Erfahrung, was interaktionelles Geschehen war, prägt sich tief in die neurobiologische Struktur der zentral-nervösen Zentren ein. Auch bei einer Posttraumatischen Stresserkrankung resultieren gravierende organische Veränderungen in den emotionsverarbeitenden Zentren im Zentralen Nervensystem. Es bilden sich regelrecht strukturelle Veränderungen, die nicht von Moment zu Moment reversibel sind.

Vor dem Hintergrund dieser neurobiologischen Erkenntnisse und auch mit dem Erklärungskonstrukt eines Leibgedächtnisses bekommt die Symptomatik der Patientin andere und schärfere Konturen. Natürlich hatte sie sich im Laufe der Zeit ein dickes Fell zulegen müssen, hat – wie sie es selber benannte – nicht zimperlich sein dürfen. Ab einem bestimmten Punkt hatte sie sich gewehrt, hatte selber zurückgeschlagen. Es bildete sich dann ein lockeres, unstetes Lebensmuster, bis sie ihren Ehemann traf und mit ihm 23 gute Jahre bis zu seinem Tod an einem bösartigen Gehirntumor erlebte.

Danach hielt sie das Alleinsein kaum aus. Sie klammerte sich an die drei Kinder, bei denen sie es – im Unterschied zu ihren eigenen Erfahrungen – geschafft hatte, sie nie zu schlagen. Erst als sie realisierte, dass deren eigene Partnerbeziehungen durch das Anklammern gefährdet waren, erschrak sie, weil sie die Ehen der Kinder nicht zerstören wollte. Kaufsucht, Befriedigung durch Essattacken und süchtiges Fernsehen hatten ihr manchmal geholfen, sich halbwegs besser zu fühlen. Unter hochdosierter Opiat-Therapie und zusätzlicher Gabe von Antidepressiva kam sie jetzt leidlich zurecht, war aber nicht so belastbar. „Nervenkrank“ oder verrückt war sie in ihrer Eigenwahrnehmung ganz und gar nicht.

Es ist eindrucksvoll zu sehen, wie sehr die Patientin darum ringt, ihre Anpassungs- und Lebensleistung, ihr Bemühen, das ihr jeweils am sinnvollsten und wertvollsten Erscheinende zu realisieren, anerkannt und nicht pathologisiert zu bekommen. Es ist etwas von dem Glück der Nachentwicklung in der langjährigen Ehebeziehung zu ahnen, und dass ihr im gewissen Umfange die eigene Kindererziehung besser geglückt ist, sich manches nicht wiederholen

musste. Deutlich wird aber auch die Größe der Anfrage des Lebens, der Herausforderung der Situation, als diese verhältnismäßig heile Welt durch den frühen, tragischen Tod des Partners zu Ende geht und sich große Entwicklungsaufgaben stellen. Im gewissen Sinne könnte man allegorisch-metaphorisch von einem heftigen, schicksalhaften Nackenschlag sprechen, der ihr fast das Genick brach. Die Halswirbelsäule hat ihre wichtige flexible und zugleich Halt gebende Funktion durch den Bandscheibenvorfall und die Schmerzen verloren.

Wenn Krankheit nun auch keine einfache Botschaft enthält, stellt sie die Patientin doch vor enorme Herausforderungen und macht Antworten notwendig. Es ist kein vorgegebener Sinn, der diesem Krankheitsprozess innewohnt. Aber wir sehen einen existenziellen Kampf einer in der Reifung ihrer Ich-Funktionen erheblich beeinträchtigten Person um das ihr jeweils Wertvollste und Bestmögliche auf dem Hintergrund der gegebenen Realität. Disfunktionale Verhaltens- und Erlebensmuster, die verminderte Ausreifung wichtiger Ich-Funktionen als Hinweis auf mäßiges Ich-Struktur-Niveau und ein neurobiologisches System mit einer erhöhten Vulnerabilität kommen ihr dabei in die Quere. Die Fähigkeit zur Selbsttranszendenz und zur Selbstdistanzierung sind ich-strukturell verankert gestört.

Bei dieser Patientin bilden konflikthafte Muster und ich-strukturelle Defizite eine Ergänzungsreihe. Das jeweils Wertvollste und Bestmögliche muss immer auch vor dem Hintergrund der ich-strukturellen und neurobiologischen Voraussetzungen gesehen werden, sonst ist die Person schnell überfordert.

Emil Frankl hat diesen Aspekt sehr genau gesehen, wenn er schreibt: „Gewiss hat so manches im menschlichen Dasein einen biographischen Stellenwert und, soweit es einen solchen Stellenwert hat, auch einen personalen Ausdruckswert; denn die Biographie ist letzten Endes nichts anderes als die temporale Exploration der Person. … Im Leben, das da abläuft, im Dasein, das da abrollt, expliziert sich die Person, entfaltet sie sich, wird aufgerollt wie ein Teppich, der erst dann sein unverwechselbares Muster enthüllt. … In diesem Sinne kommt jedem biographischen Datum, ja jedem lebensgeschichtlichen Detail, ein biographischer Stellenwert und eben damit auch ein personaler Ausdruckswert zu – *aber nur bis zu einem gewissen Grade und nur innerhalb gewisser Grenzen. Diese Begrenztheit entspricht nämlich der Bedingtheit des Menschen, der nur fakultativ ein unbedingter ist, während er faktisch ein bedingter bleibt* … Daraus ergibt sich auch schon, dass die geistige Person sich nicht unbedingt durch die psychophysischen Schichten hindurch durchzusetzen vermag.“ (Frankl 1981, 84; Hervorhebung des Verfassers)

Für die Patientin selbst schien es abwegig, bei den von ihr leibhaftig erlebten Schmerzen in ihrer Seele und Lebensgeschichte nach „Gründen“ zu suchen. Sie war sich bewusst, dass sie vieles tapfer durchgestanden hatte und dass der Verlust des Partners, der ihr überhaupt erst die etwas glücklicheren Seiten des Lebens zugänglich gemacht hatte, für sie ein massiver Verlust und Einschnitt in ihrem Leben bedeutet hatte. Ihren Gefühlen gegenüber hatte sie sich wieder einen Schutzpanzer zugelegt, um nicht angreifbar oder verletzbar zu sein. Sich durchschlagen zu müssen war ihr über viele Jahre zur Normalität geworden, so dass sie es kaum noch als bemerkenswert oder anstrengend erlebte.

Dass Trauer und Verlust das Schmerzerleben mit beeinflussen könnten, erlebte sie als Unterstellung von Schwäche und Überempfindsamkeit. Dabei hatte sie sich nach eigenem Erleben ja auch durch diese letzte Problematik durchgekämpft und wieder das ihr Bestmögliche und Wertvollste werden lassen. Dass sie dafür aber auch einen Preis zu zahlen hatte, war ihr nicht bewusst klar, aber sie spürte es wohl auch in Form der Schmerzen.

Noogenese – Somatisierung – Salutogenese

Auch Frankl wird in seiner zusammenfassenden Kritik der deutschen Psychosomatik etwas vermutlich nicht ganz bewusst gewesen sein. „So hätte sich denn gezeigt: die psychosomatische Medizin lässt uns viel weniger verstehen, warum jemand krank wird, als vielmehr, warum da einer gesund bleibt.“ (Frankl 1981, 86) In diesem Resümee, das er als Kritik an der psychosomatischen Medizin meint, macht er ihr im Sinne des Salutogenese-Konzeptes eigentlich ein ganz großes Kompliment. Zu erklären, warum jemand gesund bleibt, erscheint so viel komplexer als zu begründen, warum jemand krank werden musste.

Viel mehr würde dieses Kompliment aber auf eine psychosomatische Personale Existenzanalyse zutreffen, die diese Phänomene noch sehr viel prägnanter konzipiert und im Kern ihrer Konzeption verankert hat.

Die hermeneutisch-psychoanalytische Herangehensweise an Patienten mit psychosomatischen Beschwerden findet in der Personalen Existenzanalyse eine wichtige Unterstützung, aber auch Kritik und Korrektur. Ihre Weiterführung und Neufassung Frankl-scher Ansätze und Grundgedanken ist sehr geeignet, das komplexe Bedingungsgefüge psychosomatischer Erkrankungen als Verschränkung von Frage und Antwort zu erhellen, wenn die Leibhaftigkeit der Existenz in ihrer Möglichkeit und Bedingtheit in das Zentrum gerückt wird.

In diesem Erhellen von (An-)Frage-Antwort-Dialogen ist sie in bestem Sinne auch hermeneutisch. Der von Frankl geprägte Begriff der Noogenese wird aktuell in der Existenzanalyse wenig benutzt. Er ist im Titel dennoch der Somatisierung gegenübergestellt worden, weil auch die Existenzanalyse sich erst mit dem Konzept des Leibes und seiner Intentionalität den Phänomenen der Psychosomatik mehr annähern kann. Wenn hier angeregt wird, die Begriffe „Leib“ und „leibhaftig“ vermehrt zu nutzen, soll das helfen, damit aus einer Problematik herauszufinden, der zufolge die Körper-Seele-Spaltung oder auch der bloße psycho-physische Antagonismus, den Frankl und auch die Existenzanalyse sehen, sonst wenig produktiv festgeschrieben bleiben.

Literatur
Boss M (1975) Grundriß der Medizin und der Psychologie. Bern: Hans Huber, 2°
Boss M (Hg) (1987) Zollikoner Seminare: Protokolle – Gespräche – Briefe Martin Heideggers. Frankfurt a. Main: Klostermann
Frankl V E (1975) Der leidende Mensch – Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Hans Huber Verlag
Frankl V E (1981) Die Sinnfrage in der Psychotherapie. München: Piper
Frankl V E (1983) Theorie und Therapie der Neurosen. München: Ernst Reinhardt UTB, 5. erw. Auflage
Heidegger, M (1987) In: Boss M (Hg) Zollikoner Seminare: Protokolle – Gespräche – Briefe Martin Heideggers. Frankfurt a. Main: Klostermann
Henningsen P (2008) Krankheit ist kein Symbol. In: Psychologie heute, 35, 9
Jung C G (1991) Taschenbuchausgabe in elf Bänden. München: Dtv
Längle A (2000) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas
Längle A, Holzhey-Kunz A (2008) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB-Facultas
Lichtenberg J D, Lachmann F M, Fosshage J L (2000) Das Selbst und die motivationalen Systeme. Frankfurt am Main: Brandes&Apsel
Marcel G (1985) Leibliche Begegnung. In: Petzold H (Hg) Leiblichkeit. Paderborn: Jungfermann
Neumann E (1949) Ursprungsgeschichte des Bewusstseins. Zürich: Verlag Rascher
Reuster T (1990) Viktor von Weizsäckers Rezeption der Psychoanalyse. Stuttgart-Bad Cannstadt: frommann-holzboog
Uexküll T (1963) Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburg: Rowohlt
von Weizsäcker V (1950) Der Gestaltkreis. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
Zutt J (1963) Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie. Heidelberg: Springer Verlag

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Hans-Martin Rothe
Klinik f. Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie, Städtisches Klinikum Görlitz
D-02828 Görlitz, Girbigsdorfer Str. 1 -3
www.psychosomatik –goerlitz.de
rothe.h-m@klinikum-goerlitz.de

Phänomenologie und existenzanalytische Therapie bei somatoformer Schmerzstörung

Barbara Jöbstl

Im vorliegenden Beitrag wird eine primär praxisorientierte Fallschilderung einer existenzanalytischen Therapie einer Patientin, hier Anna genannt, mit somatoformer Schmerzstörung dargestellt. Eine ausführliche Bezugnahme zu Annas Wirklichkeit soll ihr Leiden, dessen Genese und ihr „Heil werden“ auf dem Hintergrund ihrer biographischen und gegenwärtigen Bedingungen dem Erleben und Verstehen näher bringen. Neben dem praktischen Zugang zur Phänomenologie des Schmerzes werden die wichtigsten therapeutischen Schwerpunkte im Therapieverlauf erläutert. Am Ende soll R. M. Rilkes Gedicht „Der Panther“, Annas Lieblingsgedicht, poetisch ihre Erlebniswirklichkeit veranschaulichen.

Schlüsselwörter: *Grundmotivationen, Personale Existenzanalyse, Phänomenologie, Somatoforme Schmerzstörung*

Anamnese

Seit der Pubertät leidet Anna an Schmerzen, zunächst waren es wuchtig dumpfe Kopfschmerzen, die sich allmählich über den Nacken, Rumpf bis in die Extremitäten ausbreiteten und sich in den Muskeln festkrallten. Wie ein Panzer schlossen sie sich um ihr Inneres, durch den sie nicht mehr in die Welt und die Welt nicht mehr zu ihr drang. Die Farben aus der Welt erreichten sie nur noch blassverwaschen, vermochten so kein Gefühlsecho in ihr zu erzeugen und die Worte aus ihrem Inneren verhallten an der Wand noch ehe sie ihre Lippen verlassen hatten.

Wohl funktionierte Anna, besuchte die Schule, machte Matura, studiert Medizin, zäh, aber doch mit regelmäßigen Studienerfolgen, war ihren Eltern eine mustergültige Tochter und ihren Studienkolleginnen eine beliebte Nachhilfepartnerin, allein all ihr Tun blieb leer, ohne Leben, ohne Lust, ohne Freude, ohne Stolz, ohne sich, sodass ihr Sein und die Frage nach ihrer Identität zutiefst unsicher blieb.

Eines war jedoch seit Beginn ihrer Schmerzen sicher: Sie wollte leben, sie wollte sich aus dem Kerker ihrer Schmerzen befreien und später Ärztin werden.

Aus eigenen Stücken konsultierte sie schon in der Hauptschulzeit den Hausarzt, der ihr Medikamente verschrieb und vertraute sich dem Schulpsychologen an. Später in der Gymnasialzeit suchte sie zwei Psychotherapeutinnen auf, die sie jeweils nach ca. einem Jahr mit der Bemerkung entließen, dass sie nichts mehr für sie tun könnten und empfahlen eine organische Abklärung. So begann für Anna eine Odyssee an Abklärungen im Getriebe der institutionalisierten Medizin, von der inneren Medizin über die Neurologie, die Immunologie, Rheumaambulanz, zuletzt die Schmerzambulanz, gab es kaum eine Abteilung, die Anna nicht gesehen hatte und kein technischer Aufwand wurde gescheut, um die Ätiologie der Schmerzen zu ergründen.

Annas Zustandsbild hatte sich drastisch verschlechtert, sie fühlte sich immer schwächer und konnte kaum noch gehen. Nochmals wurde sie stationär aufgenommen, eine Muskelbiopsie wurde durchgeführt und erbrachte keinen eindeutigen Befund. Letztendlich überwies sie ein Arzt in eine psychosomatische Klinik in Wien. Das war vor fünf Jahren und brachte die Wende. Annas verbor-

gene Sehnsucht, in ihrer Not und nicht bloß in der Symptomatik gesehen zu werden, wurde endlich erfüllt.

Acht Wochen verbrachte sie in der Klinik und kam anschließend mit verbesserter körperlicher Beweglichkeit, wiedererlangter Gehfähigkeit bei allerdings unverändert anhaltenden Schmerzen, aber optimistisch und ermutigt, sich nochmals auf eine Psychotherapie einzulassen, zu mir.

Annas Biographie

Anna, inzwischen 28 Jahre alt, wurde als erstes von zwei Kindern einer Arbeiterfamilie in Kärnten geboren, ihr Bruder zwei Jahre später. Ihre bei der Geburt bereits 40-jährige Mutter, eine einfache, zutiefst selbstwertschwache, ängstliche und emotional karge Frau war mit den zwei Kindern maßlos überfordert. Sie brauchte all ihre Energie, um ihren Mann, Annas Vater, einen despotischen Alkoholiker, bei Laune zu halten und Gewalteskalationen zu verhindern, die regelmäßig nach ausgiebigen Gasthausbesuchen stattfanden. Diese Aufgabe übernahm schon sehr früh Anna, wurde von der Mutter geschickt, um den Vater aus dem Gasthaus zu holen, beschützte ihren Bruder und kümmerte sich fürsorglich um ihn, während sich die Mutter hilflos und verzweifelt zu Verwandten flüchtete, die, ihrerseits hilflos, die Kinder ihrem Schicksal überließen. Nicht selten, wenn Anna von der Schule kam, fand sie ihren Vater stockbetrunken in seinem Erbrochenen am Boden liegend vor, leistete ihm erste Hilfe und beseitigte das Erbrochene.

Angst, Ekel und Einsamkeit verbindet Anna mit ihrer Kindheit, ständig auf der Lauer, in welchem Zustand ihr Vater wohl aus dem Gasthaus kommen würde.

In der Schule war Anna still, schüchtern, zurückgezogen, auffällig durch unzeitgemäße, abgetragene Kleidung und wurde häufig zum Gespött für die anderen Kinder, das sich in der Hauptschulzeit zum ausgeprägten Mobbing steigerte. Anna erlitt stille Qualen, vertraute sich schließlich dem aufgrund ihres auffallenden sozialen Rückzugs in der Klassengemeinschaft eingeschalteten Psychologen an. Ihm erzählte sie von der Situation im Elternhaus wie auch vom Mobbingverhalten ihrer Mitschüler, jedoch es blieb bei dem einen Gespräch und ohne weitere Konsequenzen.

Annas Leidensweg nahm seinen Fortgang. Durch gute Schulleistungen versuchte sie sich Raum für sich, Aufmerksamkeit und Bestätigung zu verschaffen. Allein bei den Mitschülerinnen machte sie das noch unbeliebter.

In der AHS zahlte Anna einen zunehmend hohen Preis für die guten Leistungen, der Druck verstärkte sich, ihr Anspruch an sich wuchs, Schmerzen und Schlafstörungen quälten sie bereits beständig, sodass es ihr enorme Kraft abverlangte, das Leistungsniveau zu halten. Aber ihr Ziel, Ärztin zu werden, war ihr zentraler Lebensinhalt und gab ihr ein wenig Selbstwert. Im Gymnasium schloss sie einige Freundschaften, was die Situation etwas erträglicher machte.

Im Elternhaus trug sie weiterhin die Last der Verantwortung in einem Klima der Kälte, Anspannung, Hilflosigkeit und Angst. Wie ein Waisenkind habe sie sich gefühlt, einsam, eingesperrt, abgeschnitten vom Leben, nichts von der Leichtigkeit des Kindseins habe sie erlebt, sondern wie eine Maschine hätte sie stets funktioniert.

Mit einer gewissen Betroffenheit, so wie wenn man über ein anderes schweres Schicksal erzählt, aber nicht wie von sich und ihrem Leben, wie unberührt von all ihrem durchgemachten Leid, schilderte Anna viele grausame Szenen aus ihrer Kindheit.

Phänomenologie vom Erscheinungsbild Annas

Annas Aussehen und Ausdruck wirkt wie von diesem Leben und den Schmerzen gezeichnet und erzählt ohne Worte von all dem Leid.

Anna wirkt unscheinbar, sie ist mittelgroß, sehr schlank, auffallend blass, ungeschminkt, hat glattes kurzes Haar, ist unauffällig gekleidet, trägt immer Hosen. Ihr Gesichtsausdruck ist leer, leblos, die Stimme kraftlos und bei der Begrüßung bemüht, sich hochzustemmen, um herzlich zu sein. Der unpassend feste Händedruck wirkt wie nicht dosiert, als ob er das ganze Gewicht ihres Körpers auffangen müsse. Rumpf und Extremitäten wirken wie am Kopf baumelnd, nur lose verbunden aber nicht wirklich dazugehörig. Die Bewegungen wirken wie die einer Marionette, deren Glieder beim Loslassen der Fäden einfach der Schwerkraft folgend hinunterfallen, weil ohne Tonus, ohne Haltefunktion, aber in sich starr und angespannt.

Neben dem dominierenden depressiven Aspekt wird spürbar, wie fremd sich Anna ist. Die fehlende Selbstannahme strahlt von ihr ab wie eine kühle Aura die davon berichtet, dass sich Anna nicht angenommen hat in ihrer Körperlichkeit, in ihrer Weiblichkeit, mit ihrer Lebensgeschichte, ihren Verletzungen, dass sie schmerzliche Gefühle abgespalten hat, ohne Beziehung zu sich lebt und sich wertlos empfindet.

In dieser Brüchigkeit auf allen Ebenen der Grundmotivationen, ein Häuflein Elend, abgeschirmt im Schmerz, kam sie vor fünf Jahren zu mir in Therapie.

Im Folgenden werde ich versuchen, den Therapieprozess dieser fünf Jahre, bzw. ca. 150 Stunden in seinen wesentlichen inhaltlichen und methodischen Abschnitten zu schildern.

Überblick über die wichtigsten Therapieabschnitte und therapeutischen Elemente

An der geschilderten Brüchigkeit auf allen Ebenen der Grundmotivationen orientiert sich die therapeutische Vorgangsweise.

Der erste Schwerpunkt ist die Stärkung bzw. Bearbeitung der strukturellen Voraussetzungen des Person-Seins, eben der Grundmotivationen, also des Dasein-Könnens, des Leben-Mögens, des Selbstsein-Dürfens, zunächst ressourcenorientiert, erst später problemorientiert. Die Förderung der jeweiligen personalen Aktivitäten, des Aushaltens und Annehmens, des Zuwendens und Begegnens im Stellung nehmen und Abgrenzen bildeten dabei den Ausgangspunkt.

Im fortgeschrittenen Therapieverlauf, als Anna im Alltag schon gut stabilisiert war, gelang es, über die Phänomenologie des körperlichen Schmerzes einen Zugang zum seelischen Schmerz zu öffnen, das verletzte Kind zu bergen und seine Verletzungen in

einen heilsamen Prozess zu führen.

Die Förderung des personalen Prozesses mittels PEA, über das Wahrnehmen der Fakten, das Bergen der Emotionen, das Finden der eigenen Stellungnahmen und einer stimmigen Antwort im Dialog mit sich selbst und der Welt bildeten den methodischen Rahmen der therapeutischen Arbeit.

Körperarbeit mit dem Einsatz aller Sinneskanäle, die Arbeit mit Bildern und Imaginationen, sowie verhaltenstherapeutische Elemente, Dialogübungen in Form von Rollenspielen, um nur die wichtigsten adjuvanten Techniken zu nennen, leisteten wertvolle Hilfe.

Details aus Annas aktueller Wirklichkeit im Therapieverlauf

Anna studiert in Graz, pendelt täglich mit dem Bus fast 80 km zu den Eltern nach Kärnten. Die Busfahrt strengt sie sehr an und die Schmerzen verstärken sich zu Hause extrem, sodass sie nur mit großer Anstrengung für Prüfungen lernen kann. Ohne Pausen sitzt sie bis in die Nacht hinein vor den Büchern und macht den Mangel an Konzentration und Aufnahmefähigkeit mit immens erhöhtem Zeitaufwand wett. Hin und wieder gönnt sie sich einen Spaziergang auf die Lieblingspfade ihrer Kindheit, aber darüber hinaus gibt es keinerlei Freizeitaktivitäten. Das Klima zu Hause ist angespannt, bei Tisch wird geschwiegen, der Vater ist meist betrunken, die Mutter weinerlich, der Bruder in seinem Zimmer verschwunden. In Graz besucht sie die Vorlesungen und nur selten einmal geht sie mit einer Freundin aus der Gymnasialzeit Kaffee trinken. Von ihrer Not weiß niemand Bescheid, vor den Freundinnen bemüht sie sich, stark zu sein, hat ein offenes Ohr für deren Nöte und unterstützt Studienkolleginnen bei der Prüfungsvorbereitung. Aus der bunten Welt der Freundinnen, die sich hübsch kleiden, schminken, ausgehen, flirten, Spaß haben, Beziehungen führen…, ist Anna ausgeschlossen. Ihr steter Begleiter sind die Schmerzen.

Wie eng, bedrückend, kalt, einsam und lebenswidrig diese Bedingungen sind und wie gnadenlos sie selbst mit sich darin umgeht, kann Anna in der Auseinandersetzung mit ihrer Wirklichkeit zunehmend sehen.

Der Wunsch, am Studienort zu wohnen und vom Elternhaus Abstand zu gewinnen, wurde immer lauter. Nach Abtasten der Möglichkeiten und ihrer Realisierbarkeit, der Betrachtung von Für und Wider, Klärung ihrer Verantwortung für die Eltern und der Konfrontation mit den Ängsten, die diese Loslösung begleiteten, fand sie ein passendes Zimmer in Graz. Das war ein ganz wichtiger Schritt, der ihr den Raum auftat, sich ungestört sich selbst zuzuwenden, bei sich zu verweilen, dem Eigenen auf die Spur zu kommen und vor allem im Schutz der Distanz zum Elternhaus sich ihrem Schmerz zu nähern.

Zu Beginn der Therapie konnte Anna ihre körperlichen Schmerzen in Qualität, Lokalisation, in ihrem Verlauf über die Jahre, im Verhalten gegenüber äußeren Faktoren nur sehr diffus beschreiben, die Schmerzen einzugrenzen so wie auch ihre eigenen Körpergrenzen wahrzunehmen war ihr kaum möglich.

Erster Therapieabschnitt: Wahrnehmen, Annehmen, Aushalten, Boden schaffen

Die Wahrnehmung der Wirklichkeit einschließlich ihres Körpers, um dadurch Zugang zum Sein zu schaffen, also die Arbeit an der ersten Grundmotivation, stand im Zentrum des ersten Therapieabschnittes. Das Ziel dabei war die Ermöglichung des Sein-Könnens durch Akzeptanz und Umgang, bzw. Gestaltung der Bedingungen, wo es möglich ist.

Mittels einfacher Körperübungen, Körperwahrnehmungsübungen und Atemübungen suchten wir Zugang zur Erfahrung ihrer Leiblichkeit. Das geschah praktisch etwa durch behutsames Abtasten des Körpers mit den Händen von außen und mittels einer Körperreise von innen her. Weiters leitete ich sie an, den Körper im Kontakt zur Umwelt wahrzunehmen, den Boden unter den Füßen beim Stehen, Gehen, Laufen, beim Sitzen am Sessel und Liegen im Bett. So lernte sie, den Körper am Widerstand, den er der Umwelt entgegensetzt und in seiner haltgebenden Funktion zu erfahren und den Raum, der im Atmen entsteht, zu weiten. Anna begann, sich selbst zu halten, ihren Körper mit den Händen zu umfassen und sich damit selbst Schutz und Halt zu geben. So erlebte sie ihren Körper immer mehr als zu sich zugehörig, verbunden mit dem Gefühl: Ich kann sein in meinem Körper, ich kann ihn annehmen als meinen, ich spüre da auch eine Verlässlichkeit, er trägt mich, obwohl er schmerzt.

Diese Erfahrungen bewirkten eine wachsende Akzeptanz und Integration ihrer Schmerzen mit der Bereitschaft, sich ihnen zuzuwenden, sich damit auseinanderzusetzen, ihre Botschaft zu verstehen und sie nicht länger bekämpfen zu wollen.

Im Zuge dieses Prozesses reifte in Anna die Entscheidung, weitere empfohlene medizinische Untersuchungen nicht mehr durchführen zu lassen und die Antidepressiva, die keinerlei positive Wirkung gezeigt hatten, abzusetzen. Anna war bereit, bei sich zu bleiben, die Verantwortung für ihr Heil selbst in die Hand zu nehmen und im Dialog mit mir für sich zu finden, was ihr darin unterstützend gut tut.

Unsere therapeutische Beziehung war inzwischen gefestigt, Anna hatte tiefes Vertrauen gewonnen und war bereit, sich mehr und mehr zu öffnen.

Phänomenologische Vorgangsweise und Phänomenologie der Schmerzen

Das schrittweise phänomenologische Herangehen an die Schmerzen – von der Schmerzanamnese bis zu ihrem tiefen Gehalt in einem Prozess über die Jahre – möchte ich nun schlicht durch eine Auflistung der Fragen, in der Art wie ich sie gestellt habe, darstellen. Was sich in dieser Schau wesentlich gezeigt hat, möchte ich anschließend zusammenfassen.

Wann haben die Schmerzen begonnen? Wo haben sie begonnen? Wie haben sie begonnen? Was war damals? Was hat ihrer Meinung nach die Schmerzen ausgelöst bzw. verursacht? Haben sich die Schmerzen im Laufe der Zeit verändert? Wie? Wodurch? Gab es schmerzfreie Intervalle? Was war da? Gibt es Faktoren, die die Schmerzen verstärken bzw. lindern? Was haben sie bereits unternommen? Was hat geholfen? Wie sind sie bisher mit den Schmerzen umgegangen? Wer weiß von den

Schmerzen? Wie verhält sich die Umgebung dazu? Was wäre, wenn die Schmerzen blieben? Und wie wird es sein, wenn die Schmerzen nicht mehr sind?

Wie wirken sich die Schmerzen auf ihr Leben, auf ihren Alltag, auf ihre Beziehungen aus? Woran hindern die Schmerzen? Was verhindern die Schmerzen? Was ist aufgrund der Schmerzen nicht möglich? Was ermöglichen die Schmerzen? Wofür sind sie gut? Haben sie auch einen Wert? Was wollen die Schmerzen sagen? Was sagen mir die Schmerzen? Wovon erzählen die Schmerzen? Was ist ihre Botschaft?

Könnten sie die Schmerzen in einem Bild beschreiben? Welche Farbe haben die Schmerzen? Welchen Klang? Welche Gefühle stellen sich ein zu diesem Bild, zu diesen Farben, zu diesem Klang? Wie wirkt dieses Bild, diese Farben, der Klang? Was sagt es? Das was da auftaucht, ist das neu? Oder ist das von irgendwoher bekannt? Kommen da andere Bilder oder Erinnerungen?

Schmerzen zu haben ist an sich leidvoll, mitunter peinigend und bindet viel Lebenskraft, aber vor allem litt Anna darunter, mit der Welt und sich selbst nicht fühlend und spürend in Verbindung zu sein, sondern sich wie in einem Kerker abgeschlossen zu erleben.

Mit der zunehmend differenzierten Wahrnehmung ihres Körpers wurde dieser Kerker fassbarer und durchlässiger. Anna entdeckte, dass sich die Schmerzen keineswegs gleichbleibend verhielten, sondern sich in Qualität und Intensität abhängig davon, was ihr aus der Welt zukam und wie sie sich dazu verhielt, veränderten. So lernte sie die Schmerzen vor allem als feinen Indikator ihres Umganges mit sich selbst zu erkennen. Da wo sie sich überging, etwa gegen ihr Mögen zu den Eltern fuhr, sich für diverse Aufgaben einspannen ließ, sich Stunden, Tage, Wochen ohne Pausen durch einen Lernstoff quälte, da wo sie hart und knausrig mit sich war, gnadenlos ins Gericht mit sich ging, wenn sie nicht nach ihren Vorstellungen funktionierte, bäumte sich ihr Körper in unerträglichen Schmerzen gegen sie auf und drohte sie niederzuzwingen. Immer besser konnte Anna diese Signale wahrnehmen, da wo sie Gefahr lief, sich zu übergehen, zu überfordern, gegen sich zu leben. Der Schmerz fordert sie auf, auf ihre Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Müdigkeit, Bewegungsdrang usw. zu achten und sich ernst zu nehmen und legt ihr die Spur zu ihren verborgenen Gefühlen wie Ärger, Wut, Traurigkeit und Angst. Durch die Schmerzen hindurch und mittels der variierenden Sprache der Schmerzen konnten wir das emotionale Erleben in verschiedenen markanten Lebenssituationen entschlüsseln.

Eine wichtige Erkenntnis für sie war, dass die Schmerzen sie auch schützen vor Nähe und der Gefahr, verletzt zu werden. Die Schmerzen verhüllen die Blöße der alten Wunden und bilden einen Damm vor sie überschwemmenden Gefühlen und der Angst und drohenden Vernichtung, die sie in der Kindheit erlebt hatte. Im Blick auf die Zeit des Beginns von Annas körperlichen Schmerzen konnten wir erhellen, dass diese sukzessive die unerträglich gewordene Angst ablösten und ihr einen Grund gaben, ihre Einsamkeit zu durchbrechen und den Hausarzt aufzusuchen.

Einmal im Zuge einer Imagination, wir besuchten gute Orte ihrer Kindheit, öffnete sich ihr plötzlich eine im Schmerz abgespeicherte Erinnerung. Sie sah sich im Bett zwischen den Eltern liegend und spürte Vaters Genitale an ihrer Haut verbunden mit Angst und Erstarrung. In den folgenden Stunden öffneten sich Bilder einer Missbrauchsgeschichte durch den Vater und Männer im Dorfgasthaus, die durch Blicke, Bemerkungen und Berührungen Annas Schamgrenzen überschritten und sie in ihrer Intimität und Würde zutiefst verletzt haben. Scham, Schuldgefühle und das Gefühl, sich in nichts auflösen zu wollen, begleiteten diese Szenen.

Behutsam tasten wir uns vor zu dieser kleinen, in ihrer Würde und Integrität schwer verletzten Anna, sind dabei das Kind zu bergen, zu schützen, zu beweinen, zu trösten, zu halten, es in Sicherheit zu bringen, und zu verurteilen, was ihr da getan wurde. Diesem kleinen verletzten inneren Kind kann Anna gut eine liebevolle Haltung entgegenbringen, fühlen, was es gebraucht hätte, was ihm gefehlt hat, kann es in ihren Armen wiegen und herzen und mit ihm Orte aufsuchen, wo es gut ist. Immer öfter gelingt es Anna, sich als Erwachsene in dieser Art liebevoll zuzuwenden, zu suchen und zu finden, was ihr gut tut.

Induktion und Stärkung der Beziehung zum Leben

Die Arbeit an der zweiten Grundmotivation, an der Beziehung zum Leben nahm und nimmt nach wie vor einen wichtigen Stellenwert ein. Neben dem Bergen der schmerzlichen Gefühle begleite ich Anna darin, mit sich und der Welt und den Werten in der Welt Kontakt, Nähe aufzunehmen und in Berührung zu kommen. Mittlerweile kann sie ihren Körper nicht nur halten, sondern auch berühren, streicheln, die Kälte oder Wärme ihrer Hände spüren und das Kitzeln beim Darüberstreichen. In dieser Art erobert sie Zentimeter für Zentimeter ihrer Haut.

Ihre Wohnung, die lange Zeit karg und unbehaglich war, hat Anna inzwischen wohnlich und gemütlich gestaltet, mit Bildern, Pflanzen, einem gemütlichen Sofa, bunten Pölstern bis hin zu Kerzen, Duftlampe, einer HIFI-Anlage, und von Zeit zu Zeit gönnt sie sich sogar eine neue CD. Es gelingt ihr immer besser, Lernpausen einzuschalten, sich das Wochenende freizuhalten, oder auch über Monate ohne Hadern und Selbstvorwürfe nicht zu lernen, wenn sie aufgrund der Schmerzen nicht kann. Diese Zeit nützt sie, um ihrem Mögen weiter nachzuspüren und hat dabei ein begeistertes Interesse an der Literatur entdeckt. Sie hat Freude am Tanzen, Malen und Schreiben entdeckt und damit eine Ausdrucksform für sich gefunden, wenn sie in ihren vier Wänden schmerzliche Gefühle überschwemmen. Eine Wärmeflasche und ein großer Kuschelbär gehören inzwischen zum Lieblingsinventar. Oft muss sie weinen und sucht dabei mitunter den Kontakt zu ausgewählten Freundinnen, denen sie sich mittlerweile anvertraut hat. Die Anteilnahme, den Trost, die Umarmung einer Freundin kann sie immer besser annehmen und als wohltuend erleben, ohne sich schwach und verachtenswert zu fühlen.

Die Natur ist ihr weiterhin ein gu-

ter Freund, täglich besucht sie einen nahegelegenen Wald für einen längeren Spaziergang und vermag zu verweilen, dem Gesang der Vögel zu lauschen und den Duft des Frühlings zu inhalieren.

Die Eindrücke erreichen sie und durchdringen die einst dicke Mauer des Schmerzes, die sich zunehmend lichtet zu Gitterstäben, zwischen denen die Sonnenstrahlen sich einen Weg zu bahnen vermögen hin zu Annas Herz. Der Schmerz ist heller geworden, beschreibt sie interessanterweise.

Über ihr Mögen und die erwachenden Interessen, über ihre Gefühle, die sich immer öfter offenbaren, bekommt Anna ein Erleben von: Das bin ich! Sie wird sich als sich selbst gewahr und erfährt, bestärkt in der Therapie, dass sie so sein darf.

Selbstwertinduktion, Bergen des Eigenen

Damit sei abschließend noch auf die ebenso wesentliche Arbeit an der dritten Grundmotivation, dem Selbstwert, hingewiesen.

Im Hinspüren auf ihr Eigenes, im Horchen auf ihre Gedanken und Gefühle, im Wahrnehmen des aus ihr Sprechenden tut sich ihr ihre Einzigartigkeit in ihrem Sosein auf. Zu ihrer eigenen Überraschung ertönt da sehr wohl etwas aus ihrem Inneren auf Fragen wie: Was sage ich persönlich dazu? Wie lautet es in mir? Was halte ich davon? Was ist meine ureigenste Meinung dazu? Durch das Angefragt werden im Dialog mit mir und meine Erklärungen und Stellungnahmen begann es auch in ihr zu sprechen, immer lauter und deutlicher, inzwischen unüberhörbar.

Anna hat ein offenes Ohr für sich entwickelt, will ernst nehmen und aufgreifen, was ihr von sich selbst zukommt und will sich entscheidend in die Welt einbringen. Sie lernt, sich abzugrenzen und nein zu sagen, oft noch ängstlich und unsicher, ob ihr das wohl zusteht, für sich etwas einzufordern, aber die Schmerzen geben es ihr unmissverständlich zu verstehen, wenn sie sich zugunsten anderer übergeht. Mittlerweile fährt Anna nur noch zwei Mal jährlich zu den Eltern, so stimmt es für sie, auch wenn es die Mutter in Telefonaten, in denen sie jammert und Vorwürfe macht, immer noch schafft, ein schlechtes Gewissen und einen Schmerzschub zu verursachen. Studienkolleginnen gegenüber kann sie sich ganz gut abgrenzen, diese auch konfrontieren, wenn sie sich benutzt fühlt. Ihre Meinung sagt sie immer öfter.

Ein Keim von Selbstwert ist gelegt, der zu sprießen beginnt, Selbsthass und Selbstverachtung dominieren nicht mehr den Zugang zu sich, häufiger hat Anna schon wertschätzende Worte für sich.

Der Prozess der Selbstannahme auf allen Ebenen der Grundmotivationen ist in Bewegung, Seinsgrund, Grundwert und Selbstwert werden immer mehr erfahrbar.

Noch ist Anna nicht ganz frei in der Begegnung mit Menschen, insbesondere mit Männern.

Frau sein, ihre Weiblichkeit auf dem Hintergrund ihrer Traumatisierung ist noch ein großes Thema. Die Auseinandersetzung damit und die Integration dieses Vaters, der sie missbraucht hat, auf der anderen Seite aber emotional mehr zuhanden war als die Mutter, steht noch aus.

Anna hat noch Schmerzen, noch braucht sie sie, wie sie selbst sagt, oft ist sie zuversichtlich, dass sie sie eines Tages lassen wird können, mitunter ist sie auch verzweifelt und resignativ. Ich werde ihren Weg zu sich begleiten, solange es gut ist. Ich werde mich weiterhin mit ihr über jeden Lichtstrahl freuen, der sie findet und wärmt und ihre Lebensflamme nährt. Ich bin dankbar, diesen Prozess des Heilwerdens begleiten zu dürfen aber vor allem bin ich Anna dankbar dafür, dass sie mich befreit hat von meinem (narzisstischen?) Anspruch, sie zu heilen, das heißt, sie von ihren Schmerzen zu befreien. Erst das ermöglicht mir, ganz bei ihr zu sein und ihr gerecht zu werden.

DER PANTHER (R. M. Rilke)

Sein Blick ist vom Vorübergehn der Stäbe
so müd geworden, daß er nichts mehr hält.
Ihm ist, als ob es tausend Stäbe gäbe
und hinter tausend Stäben keine Welt.
Der weiche Gang geschmeidig starker Schritte,
der sich im allerkleinsten Kreise dreht,

ist wie ein Tanz von Kraft um eine Mitte,
in der betäubt ein großer Wille steht.
Nur manchmal schiebt der Vorhang der Pupille
sich lautlos auf-. Dann geht ein Bild hinein,
geht durch der Glieder angespannte Stille-
und hört im Herzen auf zu sein.

Anschrift der Verfasserin:
Dr.med. Barbara Jöbstl
A-8047 Kainbach bei Graz, Neudörfl 38
barbara.joebstl@existenzanalyse.org

IFP
international federation
for psychotherapy

20.Weltkongress für Psychotherapie

Psychotherapy: Science and Culture

Luzern, Schweiz vom 16. – 19. 06. 2010

Weitere Infos unter

www.ifp-fmpp2010.com

... mit den Füßen spielen ...

Dialog mit meinem Körper

Rupert Dinhobl

Auf die Suizidpräventionsstation, wo ich als Psychotherapeut arbeite, kommen immer wieder neurologische und onkologische PatientInnen, die suizidal wurden, weil sie ihre Schmerzen nicht mehr ertragen können oder keinen Sinn in ihrem Leben sehen. Ich versuche mit der phänomenologischen, existenzanalytischen Methode einen Dialog mit ihrem Körper und ihren Schmerzen zu induzieren, was oft zu erstaunlichen Ergebnissen führt. Auch PatientInnen mit Migrationshintergrund sprechen auf diese Methode meist gut an. In diesem Artikel stelle ich einen bosnischen Schmerzpatienten und eine onkologische Patientin im letzten Stadium ihrer Erkrankung vor.

Schlüsselwörter: *onkologischer Patient, Personale Existenzanalyse (PEA); phänomenologische Methode, Psychosomatik, Schmerzpatient*

Ich arbeite als Psychotherapeut auf der Station für Suizidprävention der Psychiatrischen Klinik in Salzburg, in die immer wieder PatientInnen aus anderen Abteilungen (Onkologie, Neurologie etc.) kommen. Der Grund dafür ist nicht schwer zu finden. Onkologische PatientInnen verlieren angesichts ihrer Krankheit die Hoffnung, sehen keinen Sinn mehr in ihrem Leben, fühlen sich der High-Tech-Medizin ohnmächtig ausgeliefert, verzweifeln und werden suizidal. Bei manchen SchmerzpatientInnen helfen keine Analgetika mehr und sie leiden unerträgliche Schmerzen. Internistische PatientInnen, mit vielen meist diffusen körperlichen Beschwerden, – sie gelten als „austherapiert“ – werden in ihrer Verzweiflung ebenfalls suizidal. Auffallend ist, dass sich bei PatientInnen mit Migrationshintergrund das seelische Leid vor allem im körperlichen Schmerz zeigt. Psychosomatische PatientInnen werden oft von einer Station auf die andere herumgereicht und landen dann schließlich bei uns – suizidal. In dieser verzweifelten Lage kommen die PatientInnen zum Erstgespräch, das sie oft mit den Worten einleiten: „Das ist meine letzte Chance, wenn ihr nicht helft, bring ich mich um.“ Diese Situation – jetzt sozusagen ein Wunder wirken zu müssen – hat bei mir am Beginn meiner Tätigkeit oft das Gefühl von Hilflosigkeit ausgelöst. Sehr bald aber hat sich die existenzanalytische Vorgehensweise als fruchtbarer therapeutischer Weg erwiesen.

In den folgenden Fallbeispielen habe ich diese Arbeitsweise angewendet, angereichert mit Entspannungsübungen und der *„Inneren Kindarbeit“*. Meines Erachtens sind das Elemente, die sich organisch in unser existenzanalytisches Konzept einfügen. Grundlegend für meine Arbeit sind die phänomenologischen Grundprinzipien: Das, „was sich zeigt“, *wahr-* und *ernst nehmen*, was die PatientIn beschreibt, *aufnehmen* und mit ihr eine Reise – „zwiebelschalenförmig“ – in ihr Inneres *unternehmen*. Die PatientIn ist die *ExpertIn, sie* erlebt die Phänomene. Ich gehe mit ihr mit. Meine Aufgabe ist es, die PatientIn *„bei sich“* zu halten. Wenn ich *„in mir“* wahrnehme, dass die PatientIn vor sich flüchtet, dann dies ansprechen, damit sie wieder in die *Selbstwahrnehmung* und in den *inneren Dialog* mit sich kommt. Für mich ist eine entscheidende Seite der phänomenologischen Methode, darauf zu achten, *was* die Patientin *in mir* auslöst. Ich bin sozusagen *mit einem Ohr* (oder Sensor) *„bei mir“* und mit dem anderen *„bei der PatientIn“* – und das gleichzeitig. Diese Haltung (*„existenzanalytisches Basistheorem“*, Selbstbezug und gleichzeitig Fremdbezug), gehört zum Grundbestand existenzanalytischer Therapie. Beim „Gleichzeitig“ beginnt die psychotherapeutische Kunst. Ziel ist es, die PatientIn wieder in den *Dialog mit sich und der Welt* zu bringen, oder eben in den *Dialog mit ihrem Körper.*

Josip, ein Schmerzpatient

Josip, ein 48-jähriger Bosnier kam zu uns auf die Station. Er war von Beruf Tiefbaumaschinist, arbeitete seit 20 Jahren in Österreich und dies bis zu 60 Stunden pro Woche, mit einem Monatsverdienst von Euro 3000,-. Josip war geknickt, gekränkt, verzweifelt und wütend, weil er seit drei Wochen nicht mehr arbeiten konnte. „Mein Rücken ist kaputt, ich halte die Schmerzen nicht mehr aus. Aber ich muss arbeiten, denn ich habe Schulden auf meinem Haus in Bosnien“, waren seine ersten Worte. Zwei Wochen wurde er schon auf der Neurologie behandelt, hatte die ganze Palette der Schmerzmittel bekommen, litt aber immer noch unerträgliche Schmerzen. „Wenn das so weiter geht, bleibt mir nur der Strick. Diese Station ist mein letzter Versuch, meine letzte Chance.“, so sein knapper Auftrag an uns. In dieser Verfassung saß Josip uns – einem kroatischen Assistenzarzt und mir – beim Erstgespräch gegenüber. Ich spürte in mir Hilflosigkeit, aber auch Wut aufsteigen. „Wahrscheinlich sind das die Gefühle, die auch Josip überschwemmen.“, und: „Jetzt kriegen wir wieder die ganze Verantwortung ab.“, dachte ich. Plötzlich schoss mir ein weiterer Gedanke ein: „Aber nicht annehmen!“ Das war der Auftrag, den *ich mir* gab. Dieser letzte Gedanke der *Selbstdistanzierung* und des *Umgangs mit mir,* brachte etwas Erleichterung in meinen Brustraum. Nun versuchte ich meiner *Wut* mehr Raum zu geben, indem ich dies bewußt zuließ. Sie half mir, seine und meine Hilflosigkeit besser auszuhalten. Langsam spürte ich, dass wir auf ähnlicher Wellenlänge waren. Die Voraussetzung für Verstehen, für Kommunikation war gegeben. Ich ließ mir Josips Schmerzen schildern und versuchte „mitzuspüren“, wahrzunehmen, was seine Erzählung in mir auslöste. Ich fragte immer weiter, *wo* und *wie* er die Schmerzen spüre, er kam

in einen leichten Trancezustand und begann Bilder zu gebrauchen: „Es ist wie ein Loch in meinem Rücken!“ „Wo?“ fragte ich. „Links neben der Wirbelsäule“ sagte er, „und ich will, dass *Ihr* mir dieses Loch mit Gips ausfüllt!“. Er drückte dies so plastisch aus, indem er seinen Arm verrenkte und auf die schmerzende Stelle zeigte – die Situation entbehrte nicht einer gewissen Komik – dass ich mir das Schmunzeln nicht verkneifen konnte. Josip spürte dies, wurde wütend und stürzte aus dem Behandlungszimmer mit den Worten: „So ein Kindergarten, ich geh, ich lass mich nicht ver...!“ Petar, der Assistenzarzt lief ihm nach und konnte ihn in seiner Muttersprache motivieren, die Behandlung fortzusetzen. Gott sei Dank konnte die Compliance wieder hergestellt werden. Am nächsten Tag versuchte ich noch intensiver *bei mir* zu bleiben und offener zu sein für Josips Prozess. Das „Loch“ blieb Hauptbild der Therapie, das wir behutsam zu behandeln versuchten. Ich fragte ihn noch genauer um die Beschaffenheit des Lochs. Er hatte eine gute Wahrnehmung, bekam eine Beziehung *zu* und schließlich einen Umgang *mit* „seinem Loch“. Es gelang *ihm selbst*, das Loch imaginativ zu füllen. Seine Methode war einfach: durch Selbstzuwendung, durch innere, imaginative, aber auch durch reale „*hand*“greifliche Berührung seines „Lochs“ im Sinn der liebevollen Eigenmassage. An dieser Stelle ist die Übergabe der Verantwortung an den Patienten im Sinn der „Hebammenmethode“ gelungen, der Hilfe zur Selbsthilfe. In der Folge halfen kleine Interventionen und Anregungen, wie: eine geringfügige Änderung im Sitzen vornehmen, eine langsame Bewegung ausführen, „Be-handeln“, d.h. die Hand auf die schmerzende Stelle legen, massieren und Wärme strömen lassen. Ein Dialog und schließlich ein guter Umgang mit seinem Körper setzte ein. Die Schmerzen gingen zurück und Josip arbeitet heute wieder auf seiner Maschine – zwei Jahre nach dem stationären Aufenthalt. So hat mir unlängst Petar, den Josip noch fallweise kontaktiert, erzählt. – Interessanterweise reagieren PatientInnen aus dem südosteuropäischen Raum meist besser auf die phänomenologische Methode in der Schmerztherapie als jene aus unserem Kulturkreis. Die Sprachbarriere – viele sprechen sehr schlecht Deutsch – ist meiner Erfahrung nach kein wirkliches Hindernis in der Therapie.

Johanna, eine onkologische Patientin

Johanna, eine ca. 45 jährige Onkologiepatientin kam auf unsere Station, weil sie auf der Onkologie Selbstmordgedanken geäußert hatte. „Es wird nur ein kurzer Aufenthalt sein“, wurde uns versichert, „bis die Selbstmordgedanken abgeklungen sind, dann kommt sie wieder zurück.“ Ich sah die Patientin zum ersten Mal bei der Visite. Sie lag fahl, grau, apathisch in ihrem Bett und gab nur spärlich Auskunft über ihren Zustand. Sie machte auf mich einen resignierten, sich selbst aufgebenden Eindruck. Am Vormittag sah ich sie im Aufenthaltsraum in einer Ecke, allein und bewegungslos sitzen. Ich hatte das Gefühl, sie saugt – wie ein schwarzes Loch – alle Energie in sich ein. Als mir die Patientin zugeteilt wurde, überfiel mich ein schweres, lähmendes Gefühl der Ohnmacht. Ich erfuhr, dass sie bereits mit 22 Jahren an Brustkrebs erkrankt war, die Krebserkrankung in Folge drei weitere Male an verschiedenen Stellen auftrat und nun Leber und Milz schwer betroffen waren. Beim Erstgespräch saß sie mir gegenüber, gebeugt, eher teilnahmslos, und auf die Frage, wie es ihr denn gehe (eine Verlegenheitsfrage, die ich sonst selten stelle), kam die Antwort: „Ich komme nicht auf die Füße.“ Nach anfänglicher Ratlosigkeit meinerseits kam mir der Impuls, beim Ausdruck: „Ich komme nicht auf die Füße“ zu bleiben und weiter zu fragen: „Wie ist das für Sie, ‘nicht auf die Füße zu kommen´?“. „Ich spüre meine Füße nicht, sie sind so schwach, wie tot.“ war ihre Antwort. „Spüren Sie überhaupt nichts?“, versuchte ich mich weiter vor zu tasten. „Ich spüre nur ein Ziehen, manchmal ein Kribbeln.“ Die Patientin umfasste ihre Beine und streifte mit den Händen Richtung Oberschenkel. „Haben Sie das Bedürfnis, einen Impuls, etwas zu tun, oder brauchen Ihre Füße etwas, möchten Sie etwas mit ihren Füßen tun?“, waren meine weiteren Fragen. Und dann kam die Antwort, die eine Wende einleitete und diesem Workshop den Titel gegeben hat: „Ja, ich würd´ gern mit den Füßen spielen!“ Eine Spur von Farbe durchzog ihr Gesicht, und in mir wich etwas die Lähmung. Ein existentieller Prozess eröffnete sich.

Wochen später – die Patientin blieb vier Monate auf unserer Station – sagte mir Johanna, zu diesem Zeitpunkt war das Wichtigste für sie aus der Hilflosigkeit heraus zu kommen, mit ihrem Zustand umgehen zu lernen und *etwas tun zu können*. Sie fühlte sich nicht mehr ihrer Krebserkrankung und der onkologischen Behandlungsmaschinerie hilflos ausgeliefert. Sie gelangte dadurch in einen *Umgang mit sich und der „Welt“*. Und was die „Füße“ betrifft: Johanna entwickelte zu ihren Füßen ein liebevolles, fast lustvolles Verhältnis und hat begonnen, die Reflexzonenmassage für sich zu entdecken. Sie war sich – wie sie oft betonte – ihrer Füße fast immer gewahr.

Nun begann ein langer Prozess, in dem sie ihr Leben aufgerollt hat. In einer der nächsten Stunden berichtete sie, dass ihr ein starkes Druckgefühl in der Magengegend große Schmerzen bereitete. Auf die Frage, „Können sie den Schmerz lokalisieren?“, kam ein „Kann ich nicht.“ Ich blieb dran und ermutigte sie mit dem Finger rund um die schmerzende Stelle zu fahren. Das war nun möglich. Auf die Frage: „*Wie* empfinden Sie den Schmerz?“ kam ein: „Weiß ich nicht.“ Auch in diesem Punkt blieb ich konsequent dran, bis sie ein „drückend“ stammelte. Nun versuchte ich zu erspüren, was die Patientin in mir auslöste. Dies bildete dann den Impuls für weitere Fragen. Ich spürte in mir eine Blockade im Magenbereich und sprach meine Blockade an: „Können Sie etwas damit anfangen?“ Sie bejahte. Da längere Zeit wieder nichts weiter kam, sagte ich: „Bei mir ist es wie ein Stein.“ „Da schwindelt’s mich, ich kann nicht hinschau´n.“ war ihre Antwort. Im Lauf der Therapie, besonders wenn neue, belastende Phänomene auftauchten, kamen immer wieder diese Phasen des *Schwindels*, als wollte die Patientin damit sagen: „Ich kann und will mich da-

mit nicht konfrontieren.“ Ich habe versucht, sehr vorsichtig, aber doch konsequent „dranzubleiben“, der Patientin Zeit zu lassen, sie nicht zu drängen. „Ist es wie ein Stein?“ fragte ich nochmals. „Nein, es ist wie ein Ball.“ sagte sie. „Softball?“ frage ich eher assoziativ. „Nein, Hardball.“ Nun war das Bild geboren. Ich ließ sie diesen „Hardball“ genau beschreiben: Farbe: graubraun, die Konsistenz eher hart. „Hat dieser Hardball eine Botschaft für Sie, oder wollen sie mit ihm umgehen, ihn bearbeiten?“ waren meine weiteren Fragen. „Nein“ war ihre eher ratlose Antwort. In der nächsten Stunde kam Johanna mit einer siegessicheren Mine ins Gespräch. „Wissen Sie, was mir heute in der Nacht plötzlich gekommen ist? Der „Hardball“ ist meine behinderte Tochter, die in einem Heim lebt. Ich habe *Schuldgefühle*, dass ich sie ins Heim gesteckt habe, damals habe ich schlecht gehandelt.“ Es klang wie ein Bekenntnis. Die im Heim lebende Tochter und die damit verbundenen Schuldgefühle waren das erste biographische Thema, das auftauchte. „*Verstehen Sie sich*, dass Sie damals so gehandelt haben?“ fragte ich. „Ja, irgendwie schon, mein damaliger Partner ist nicht zu mir gestanden, er hat die Tochter abgelehnt. Ich wollte mich um sie kümmern, es war aber letztendlich nicht möglich.“ Methodisch habe ich versucht, die Frage nach dem „Sich-Verstehen“ (PEA 2, vgl. dazu Längle 2000, 24ff) zu stellen, damit sie in das *Selbstverstehen*, in das *Mitgefühl für sich* kommen konnte. An dieser Stelle war es auch wichtig, *Schuld* von *Schuldgefühlen* zu trennen. Die *Schuldgefühle* ließen sich durch den inneren Dialog – hier bot sich wieder die *PEA* an – auflösen. Zum Gefühl der *Trauer* kam Johanna erst später. Induzierte *Selbstzuwendung* – sie hat lange dazu gebraucht – weichte schließlich den „Hardball“ auf. Im Laufe des therapeutischen Prozesses nahm sie immer neue Schmerzen an verschiedenen Stellen ihres Körpers wahr, die für verschiedene unerledigte „Brocken“ in ihrem Leben standen. Nun eine Topographie von Johannas Schmerzphänomenen:

- Kopf/Schwindel: nicht hinschauen wollen
- Halsschmerzen: „den Brocken“ nicht schlucken können
- Schulterschmerzen: die Situation nicht tragen können
- Magen/„Hardball“: „es ist aussichtslos“, „es ist nicht zu bewältigen“
- Unterbauch: Exmänner
- Leistengegend: Angst, wenn etwas ansteht, wenn sich Streit anbahnt; bei Ungerechtigkeit
- Harninkontinenz: Angst, Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben
- Füße: keinen Halt mehr zu haben; „Ist es ehrlich, was ich tue?“
- Blockade: wenn etwas ansteht, gelöst zu werden
- rechte Seite: Vater, linke: Mutter

Im weiteren Verlauf der Therapie war das Bild des „*Inneren Kindes*“ wichtig: „Wie geht es der ‘kleinen Johanna’?“, „Was tut ihr weh?“ und: „Was braucht sie?“, waren die herantastenden Fragen. In diesem Punkt trifft sich m. E. die *Innere-Kindarbeit* mit der 1. Phase der *Personalen Existenzanalyse (PEA1):* die primäre Emotion zu heben, den Impuls daraus zu erkennen und schließlich den phänomenologischen Gehalt zu verstehen (vgl. dazu Längle 2000, 24). Dieser Weg führte bei Johanna zu stärkerer Lebendigkeit. Der amorphe, überall auftretende Schmerz wurde klarer, lokalisierbarer, was den Umgang mit den Beschwerden erleichterte.

Ein weiteres wichtiges Thema in diesem Prozess war die *Wut*, die sie erst langsam wahrnehmen konnte. Eines Tages kam sie zum Gespräch mit den Worten „Ich glaub, ich hab eine irre Wut.“ „Auf wen?“ war meine Frage. „Auf den Ferdl, den Erzeuger von Marina.“ Johanna empfand dazu auch richtige Ekelgefühle. Ich fragte sie „Müssen sie erbrechen?“ „Nein, das passt nicht.“ Nach längerem Ringen platzte es förmlich aus ihr heraus: „Ich muss die Wut heraus gebären, aber nicht durch Kaiserschnitt wie bei Marina, sondern richtig!“ In der Folge kamen Johannas „Ex-männer“ zutage, die sich im tief liegenden Beckenbereich „festgesetzt“ hatten. Zuerst „erschienen“ die Männer als *Schwindel*, dann als *Schmerz*, in der Phase der Klärung schließlich als *Wut.* Wichtig war dabei die Wut als Kraft zu verstehen, die „etwas antreiben“ will. „Was will die Wut bewirken?“, fragte ich. „Sie soll Gerechtigkeit herstellen!“ ihre prompte Antwort. In der Folge erarbeiteten wir, *wie* dies geschehen könnte. In diesem Punkt war Johanna kreativ. Sie schrieb ihre Anklage auf ein Blatt Papier, fuhr mit der Bahn an den Ort des früheren Geschehens und zerriss dort die Anklageschrift. Johanna war zusehends erleichtert. Andere Schuldner rief sie an oder unternahm eine imaginative Reise zu ihnen, um diesen „das Gestell zu putzen“, wie sie es ausdrückte. Die Folge war immer eine Erleichterung.

Ab da bot sich ein völlig anderes Bild der Patientin auf der Station: Das schwarze Loch verwandelte sich in eine Sonne, um im Bild zu bleiben. Farbe kam in ihr Gesicht, sie begann sich bunter zu kleiden, sich um ihre Haare zu kümmern. Hatte man vorher das Gefühl, dass sie alles Leben auf der Station in sich absorbiert, so wandte sie sich den MitpatientInnen zu, schloss Kontakt, lachte mit ihnen und tröstet sie. Johanna hat sich mit vielen auseinander gesetzt, so dass wir sie manchmal scherzhaft „Cotherapeutin“ nannten. Normalerweise ist dies auf der Station nicht unproblematisch, weil es eine heillose Dynamik auslösen kann.

Ein Märchen mit Happy End? Eine Bilderbucherfolgsgeschichte, gerade richtig für ein Workshop-Fallbeispiel? Die Existenz schreibt andere Geschichten. Johanna musste periodisch auf die Onkologie, um sich Chemotherapien zu unterziehen. Die Zahl der Thrombo- und Leukozyten sank immer wieder drastisch ab. Nach drei Monaten, nachdem klar war, dass ihr Leben nicht mehr lange dauern werde, stellten wir uns die Frage, ob wir Johanna nicht bis zum Tod begleiten sollten. Sie wäre gerne bei uns geblieben. Primar, Ärzte und Therapeuten stimmten zu, doch das Pflegeteam äußerte schwerwiegende Bedenken, weil wir nicht auf die Pflege Schwerstkranker eingerichtet sind. Zurück auf der Onkologie wurde sie palliativ – und psychotherapeutisch von der Psychosomatik betreut. Ich selbst spürte den Impuls, weiter mit ihr Kontakt zu halten. Aber die Alltagsrealität holte mich ein. Nur einmal gelang es mir, Johanna im Zeitfenster zwischen Klinik und Privatpraxis zu besuchen. Sie wollte keinen

Besuch mehr, weil sie so schlecht beisammen war. Mich hat sie dann doch empfangen – sie war nur mehr ein „Häufchen Elend“. Johanna bestellte Grüße an die Station, bedankte sich noch einmal für alles. Nach zwei Monaten ist sie gestorben. Und trotzdem lebt Johanna in mir weiter – in ihrer Lebendigkeit und Vitalität, die sie ausgestrahlt hat.

Literatur

Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 9-37

Anschrift des Verfassers:
Dr. Rupert Dinhobl
Psychotherapeut in freier Praxis und am Sonderautrag f. Suizidprävention d. Univ.kl. f. Psychiatrie u. Psychotherapie
A-5020 Salzburg, Thumeggerbezirk 7
Tel.: 0664/321 10 28
rupert.dinhobl@existenzanalyse.org

Schmerz lass nach!

Ein existenzanalytischer Weg in der Behandlung chronischer Schmerzen

Marc Sattler

Schmerz besitzt einen eindringlichen Warn- und Signalcharakter. Als genetisches „Erfolgsprogramm“ wird er seit Millionen Jahren von Generation zu Generation weitergegeben. Doch was passiert, wenn die Schmerzen nicht mehr enden wollen? Für viele Betroffene beginnt eine endlose Schleife des Leidens, die sie auch in psychotherapeutische Behandlung führt.

Welchen Beitrag kann die Existenzanalyse im Kontext eines multiprofessionellen Behandlungsansatzes leisten? Dieser Frage wird im folgenden Artikel nachgegangen, wobei ein Bogen von der Diagnostik über Ansätze zur Behandlung bis zu immer wiederkehrenden Stolpersteinen im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten[1] gespannt wird.

Schlüsselwörter: *chronische Schmerzen,Diagnostik chronischer Schmerzen, Existenzanalyse, existenzanalytischer Behandlungszugang*

Schmerz

Schmerz ist ein Meister, der uns klein macht,
Ein Feuer, das uns ärmer brennt,
Das uns vom eigenen Leben trennt,
das uns umlodert und allein macht.

Weisheit und Liebe werden klein,
Trost wird und Hoffnung dünn und flüchtig;
Schmerz liebt uns wild und eifersüchtig,
Wir schmelzen hin und werden Sein.

Es krümmt die irdne Form, das Ich,
Und wehrt und sträubt sich in den Flammen.
Dann sinkt sie still in Staub zusammen
Und überlässt dem Meister sich.

Hermann Hesse

1. Einleitung

Hermann Hesses tiefer Blick in die Seele des Schmerzes berührt mich. Der Schmerz wird als Meister vorgestellt, in dessen mächtiger Gegenwart wir klein und nackt erscheinen. Selbst Liebe und Hoffnung, zwei starke Begleiter der Menschen, so sagt er, werden dünn und flüchtig. Schmerz macht einsam. Eine Erfahrung, die viele Patienten mit chronischen Schmerzen mit ihm teilen. Des Schmerzes Flammen brennen weg, was uns wichtig war, sie machen unser Leben ärmer. „Wir schmelzen hin und werden Sein“, schreibt Hesse weiter. Bedeutet das etwa die Aufgabe, die Niederlage im Kampf gegen den Schmerz?

Ich meine, in seinen angeführten Worten und im sich Überlassen an die höhere Macht, den Meister, eine wichtige Botschaft für einen existentiellen Umgang mit dem Schmerz zu finden.

2. Akuter und chronischer Schmerz

Schmerz ist ein Phänomen, das wesentlich zum Leben und Überleben des Menschen dazu gehört! Es ist, so kann man sagen, ein von der Natur erfundenes „Erfolgsmodell zum Überleben“ und wird deshalb seit ca. 600 Millionen Jahren als genetisches Programm von Generation zu Generation weitergegeben. Entwicklungsbiologisch und evolutionär betrachtet ist die Geschichte des Schmerzes also eine uralte.

Der akute Schmerz besitzt einen eindringlichen Signal- und Warncharakter. Die Botschaft des Schmerzes ist eine drängende, eine aufdringliche, eine, die uns dazu anhält etwas zu unternehmen, den entstandenen Schaden zu beseitigen, um die Ganzheit und Integrität des Menschen wiederherzustellen. Ganz charakteristisch dabei ist dieses Prioritätssignal, das „sich in den Vordergrund schieben“, das kein anderes Erleben neben sich duldet. Hesse sagt: Der Schmerz ist eifersüchtig.

Der Mensch soll wieder „heil“ werden, das hat absoluten Vorrang!

Neben dieser lebenserhaltenden Funktion kann das Erleben von Schmerz, v.a. im chronischen Geschehen, sehr belastend und zum Mittelpunkt des gesamten Erlebens werden. Von chronischen Schmerzen ist die Rede bei einer Schmerzdauer von mehr als drei bzw. sechs Monaten (Kröner-Herwig, Frettlöh, Klinger, Nilges 2007), wobei sie dauernd oder in immer wiederkehrenden Intervallen auftreten können. Biologisch gesehen kann sich ein so genanntes Schmerzgedächtnis (Zimmermann 2007) entwickeln, das zur

[1] Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Es werden dabei immer beide Geschlechter angesprochen.

Aufrechterhaltung der Schmerzen führt. Psychologische und soziale Aspekte spielen eine große Rolle und treten untereinander in Interaktion, sodass ein einzelner Auslöser meist gar nicht mehr gefunden werden kann. Wie in „komplexen“ Systemen können sich die einzelnen Komponenten in ihrer Wirkung gegenseitig beeinflussen und es kommt dabei zu nicht-linearen Wechselwirkungen (Toifl 2004). Der Schmerz ist in diesem Fall bereits zur eigenen Erkrankung geworden, die ein mehrdimensionales Verständnis verlangt und in seiner Behandlung einen multiprofessionalen Ansatz.

3. Ein Praxisbeispiel: Frau Maria

Frau Maria wird von ihrem Arzt in psychotherapeutische Behandlung überwiesen.

Diagnose: Rückenschmerzen bei Zustand nach fünf Bandscheibenvorfällen, drei Ozonnukleolysen, vier Wurzelinfiltrationen, einer Bandscheibenoperation mit anschließendem Rehaaufenthalt.

Grund der Überweisung ist die Abklärung zur Aufnahme an einem Schmerzbewältigungsprogramm.

Die Patientin kommt zu mir in die Praxis. Ich empfange eine 47-jährige Frau, die mir ihre weit ausgestreckte Hand zur Begrüßung entgegenhält. Ich überbrücke die wahrgenommene Distanz mit freundlichem Blick und biete ihr einen Platz im Therapiezimmer an.

Das Erstgespräch erfolgt weitgehend sachlich und zeigt mir, das das gewünschte Schmerzbewältigungsprogramm bei ihr nicht in erster Linie indiziert ist. Es zielt darauf ab, den Patienten ein mehrdimensionales Schmerzverständnis näher zu bringen, ihnen psychologische Anleitung zur Schmerzlinderung aufzuzeigen und den Schmerz aus dem Mittelpunkt des Lebens zu verlagern.

Wie ich in der Anamnese erfahre, hat Frau Maria an solchen Programmen schon während eines Rehaaufenthaltes teilgenommen und wendet einiges daraus in ihrem Alltag auch an. Eine Wiederholung ähnlicher Inhalte halte ich nicht für sinnvoll, würde es doch dem Motto entsprechen: „Viel hilft viel!“

Doch was war ihr Anliegen in Psychotherapie zu gehen?

Im Verlauf der verabredeten Einzelgespräche wird deutlich, dass die zu Beginn wahrgenommene Distanzhaltung auch den Umgang mit sich selbst betrifft. Das fängt bei der Wahrnehmung der Schmerzen und den ihnen zugeschriebenen Bedeutungen an. „Schmerz als Grenze, als Warnsignal“ fand bei ihr keine Resonanz. Dafür gebe es schließlich Analgetika und außerdem „müsse sie sich von den Schmerzen nicht ihr Leben diktieren lassen“.

„Was wäre denn für sie eine Grenze?“, frage ich.

„Wenn ich nicht mehr gehen kann“, ist ihre Antwort und auch wirklich der Anstoß für sie, etwas zu unternehmen.

Diese Einstellung führe in immer geringer werdenden Abständen zu Ausfällen ihrer „Funktionsfähigkeit“, wie sie sagt.

Ein von ihr formuliertes, erstes Therapieziel lautet dann auch, „ich möchte mich und meine Grenzen besser kennen lernen und sie in weiterer Folge auch respektieren“.

4. Diagnostik chronischer Schmerzzustände

Um die Schmerzen und das, was diese für die Patienten in ihrem Leben bedeuten, erfassen zu können, braucht es ein umfassendes Schmerzkonzept. Das Verständnis von Schmerz ist im Lauf der Kulturgeschichte des Menschen stets im Wandel begriffen. Sich verändernde ethische, philosophische, religiöse Ansichten, aber auch unterschiedliche Kommunikationsmöglichkeiten und -formen brachten und bringen immer neue und andere Auffassungen über das Wesen des Schmerzes und seine Bedeutung für die Menschen mit sich. Dieser Wandel der Bedeutungen schlägt sich ebenfalls in der Sprache nieder. Das früher häufig im Deutschen für Schmerz verwendete Wort „Pein“ und das englische „pain“ gehen auf das griechische Wort „ponos“ (Last, Buße) und das lateinische „poena“ (Sühne, Strafe) zurück. Dabei lässt sich schon erahnen, in welche Beziehung der Schmerz in diesem Verständnis gesetzt wird, nämlich zu begangenen Sünden oder Vergehen. So verstanden, wird den Schmerzen eine hohe moralische Bedeutung zugesprochen.

Rene Descartes und Baruch de Spinoza legten im 17. Jahrhundert die Grundlage für die differenzierte Forschung auf pharmakologischer und medizinischer Ebene, indem sie somatischen von psychischem Schmerz trennten. Diese dichotome Sichtweise hat aber auch zu einer reduktionistischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen Schmerz geführt, die seiner wahren Komplexität nicht gerecht wird.

4a. Schmerz im ICD-10-System

Neuere Schmerzkonzepte versuchen Schmerz „ganzheitlicher“ zu betrachten, in dem sie biologische, psychologische und soziale Dimensionen miteinander verbinden und in einen Interaktionsprozess stellen und damit dem Aspekt „Schmerz als Kommunikationsvorgang“ auch Bedeutung zumessen.

Das gängige Diagnosesystem ICD-10 bereitet jedoch durch seine Differenzierung, ob es sich um eine somatische oder psychische Ursache handelt, für „die Verschlüsselung chronischer Schmerzen einige Probleme“ (Klinger 2007, 313). Verhindert doch genau diese dichotome Anordnung die dem Stand der Wissenschaft angemessene interdisziplinäre Behandlung.

Seit Herbst 2008 gibt es in der deutschen Ausgabe des ICD-10 eine neue Diagnose, welche die moderne Auffassung chronischer Schmerzen als bio-psycho-soziale Erkrankung würdigt. Damit wird eine angemessene multimodale Behandlung chronischer Schmerzen möglich sowie deren korrekte Abrechnung mit den Krankenkassen.

Eingereiht ist die neue Diagnose im Kapitel des „German Manual“ (ICD-10-GM) unter F.40 „Somatoforme Störungen“ und lautet:

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körper-

lichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Schmerzstörungen, insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung, sollen hier nicht berücksichtigt werden.

Exkl.: Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80),

Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54)
(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)).

Es bleibt zu hoffen, dass diese Neuerung im ICD-11, an dem bereits gearbeitet wird, aufgenommen wird.

4b. Schmerz in der existenzanalytischen Diagnostik

In der existenzanalytischen Diagnostik fokussieren wir die Voraussetzungen ganzheitlicher Existenz (Längle 2000) und behalten dabei sowohl Mängel als auch Ressourcen im Auge.

Auf das Schmerzerleben fokussiert heißt das, wir stellen fest, ob die Person die Fähigkeit hat:

1. Die Lebensbedingungen so anzunehmen, dass es zum Erleben von Halt in der Welt kommt, um sich neben den Schmerzen und Problemen behaupten zu können.
   Bei Frau Maria wurde sichtbar, dass der Boden der Annahme noch nicht erreicht war, sie konnte noch nicht zu ihren chronischen Schmerzen stehen. Zitat: „Wenn meine Ärztin von den chronischen Schmerzen redet, fühle ich mich gar nicht angesprochen. Ich möchte keine chronischen Schmerzen haben.“

2. Sich der Welt auch mit dem Schmerz zuzuwenden, um die eigene Lebendigkeit und das Werthafte des Lebens (trotz Schmerz) zu erspüren.
   Auf dieser Ebene war bei Frau Maria kaum ein Zugang zum Mögen spürbar. Alles wurde unter dem Nützlichkeits- und Funktionsaspekt betrachtet, sodass ihr Leben leer und beziehungslos wirkte. Nähe schien bedrohlich zu sein und so wurde stets ein großer Sicherheitsabstand gewahrt, der sie am Aufnehmen von Nähe und Fühlung hinderte.
   Zitat: „Ich weiß schon, dass durch meine Art, immer alles erledigen zu müssen und für alles da und zuständig zu sein, eines auf der Strecke blieb: Freunde und Beziehungen.“

3. Sich selbst mit dem Schmerz zu achten, die eigenen Grenzen und die anderer zu respektieren und für sie einzustehen. Dies spiegelt sich im authentischen Erleben und Handeln wider und ist die Voraussetzung für einen gesunden Selbstwert.
   In den Gesprächen mit Frau Maria fiel auf, dass sie eine große Distanz- und Sicherheitszone brauchte, um sie selbst sein zu können. Diese Distanz wurde durch verbale Abwertung anderer, Überheblichkeit und eine Portion Arroganz geschaffen. Leisten und Perfektionismus stellten die Nahrung für den Selbstwert dar und blieben der Motor für die Aufrechterhaltung des Funktionierens. Der Selbstwert wurde vor allem aus Erfolgen bezogen, aber der Eigenwert wurde nicht spürbar. Die Folge war ein inneres Ausgehöhlt sein, eine Fragilität.

4. Sich auf das jeweilig als sinnvoll Gespürte einzulassen, um den jeweiligen Sinn der Situation zu leben.
   Um diesen letzten Schritt zu gehen, war der Boden bei Frau Maria noch nicht gelegt.

4c. Copingreaktionen

Fehlt ein personaler Umgang, kommt es im Zuge der Schmerzbewältigung zu Copingreaktionen. Auch sie finden in der existenzanalytischen Diagnose Berücksichtigung. Je nach Persönlichkeitsstruktur ergeben sich verschiedene Bewältigungsstile, die den Umgang mit den Schmerzen prägen:

1. Der ängstlich-unsichere Bewältigungsstil:
   Diese Patienten weisen durch das Nicht-angenommen-Haben des Schmerzes ein besonders hohes Vermeidungspotential auf. Jegliche Annäherung zur Auseinandersetzung mit diesem Thema wird gemieden – oft aus Angst, den Schmerz oder die Gefühle, die den Schmerz begleiten, nicht aushalten zu können. Sie zeigen sich meist stark verunsichert und neigen zu Katastrophisierungstendenzen. Die vielfach von ihnen gewünschten ärztlichen Durchuntersuchungen und deren Ergebnisse bringen nur kurzfristige Entlastung. Der Boden der Realität ist noch nicht erreicht.

2. Der depressive Bewältigungsstil:
   Patienten, die mit diesem Bewältigungsstil vertraut sind, erscheinen zurückgezogen. Hoffnungslosigkeit und Resignation werden deutlich spürbar und werden höchstens mit dem Drang „trotz der Schmerzen etwas leisten zu müssen“ kompensiert. Vielfach scheint es so, als hätten sie sich schon aufgegeben und sie wirken nur mehr passiv und schicksalsergeben. Die Schmerzen können bei diesen Patienten eine Art Sühnecharakter besitzen, der sie von der subjektiv empfundenen Schuld entlastet.

3. Der histrionisch-narzißtische Bewältigungsstil:
   Dazu gehörende Patienten stellen ihren Schmerz besonders schillernd und in allen Einzelheiten dar. Dabei verstehen sie es wie kaum andere, ganze Behandlungsteams in Bewegung und Aktivität zu versetzen.
   Andere Patienten verstecken den Schmerz gerne hinter einer „starken“ Fassade und bekämpfen ihn im Außen. Die Schmerzen werden als Kränkung empfunden, denen sie oft, ebenso wie den Behandelnden, mit Aggression begegnen. Ihr Stil im Umgang mit Ärzten, Therapeuten und Pflegepersonal ist häufig von wechselnder Idealisierung und Abwertung geprägt. In ihrem Kampf gegen den Schmerz werden manch-

mal ganze Teams beschimpft und deren Arbeit mit einem Streich entwertet.

5. Trauma und Schmerzen

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Diagnostik ist zu beachten, nämlich der Zusammenhang zwischen Traumatisierung und chronischen Schmerzzuständen. Untersuchungen haben ergeben, dass 40 bis 60% der Frauen und 20% der Männer mit chronischen Schmerzen Missbrauch oder Misshandlungen in der Kindheit und/oder im Erwachsenenalter erleben mussten (Rubin 2005).

Während des Traumas werden dissoziative Prozesse mobilisiert, die als psychische Schutzmechanismen verstanden werden können, welche den Betroffenen helfen, Unaushaltbares zu überleben. Indem Zusammengehöriges (Erleben und Fühlen) getrennt wird, verschwindet das Erlebte zwar ganz oder teilweise aus dem Bewusstsein, Teile davon entwickeln jedoch im Untergrund und unerkannt ein Eigenleben, das sich dem aktiven Zugriff der Person entzieht. In weiterer Folge kann sich so der dissoziierte seelische Schmerz körperlich manifestieren und das Bild einer somatoformen Störung entwickeln.

6. Biographiearbeit

Die Phase der Diagnostik hat aufgezeigt, wo sich die je individuellen strukturellen Schwachstellen und Stärken des Patienten befinden. Sie bilden im Gesamten die Grundlage für das weitere Vorgehen und Verständnis. Um letzteres zu vertiefen, ist meist Biographiearbeit von Nöten, um das, was Schmerzen an sich für den jeweiligen Betroffenen bedeuten, umfassend zu begreifen. So war es auch im Fall der Patientin Maria:

Frau Maria wuchs in einer vornehmen Gegend in Wien auf. Der Vater war erfolgreicher Manager, die Mutter war zu Hause, Geschwister hatte sie keine. Während der Vater beruflich viel im Einsatz war und von daher körperlich wenig anwesend, blieb außerdem auch seine emotionale Präsenz und Unterstützung aus. Diese Lücke wurde durch die als sehr dominant und stark kontrollierend beschriebene Mutter gefüllt. Aus Angst hat sie ihre Tochter quasi nie außer Haus gehen lassen. So wuchs Frau Maria eigentlich nur von Erwachsenen umgeben auf. In der Schule hatte sie wohl eine Kameradin, von der sie heute fast zynisch lachend sagt: „ … damals hatte ich noch so was!“ – gemeint war die als beste Freundin beschriebene Mitschülerin.

Die besuchte Schule schloss sie mit besten Leistungen ab, um damit die „Erlaubnis“ und Unterstützung von der Mutter für das angestrebte Studium zu erhalten. Anerkennung erfuhr die Patientin, wenn es keine Kritik gab.

Es muss für sie ein wahrer Kampf mit vielen schmerzhaften emotionalen Entbehrungen gewesen sein, um ein Stück weit zu ihrem Leben zu kommen. Leistung und Effizienz wurden Instrumente auf dem Weg zur Selbstbefreiung. Dabei aufkommende Grenzen, vielfach auch in Form von seelischem Schmerz, konnten keine Berücksichtigung finden. Sie hinderten sie vielmehr bei ihrem Befreiungskampf und wurden somit regelmäßig übergangen. Nicht ohne Stolz berichtete Frau Maria von blutig gespielten Händen im als Schülerin besuchten Tenniscamp: „Da habe ich dann noch besser gespielt“, meinte sie.

Der Warn- und Signalcharakter des Schmerzes hatte für Frau Maria keine Bedeutung. Hätte sie ihn wahrgenommen, so ihr Empfinden, hätte sie sich nie aus den Fängen der Mutter befreien können. Der Schmerz war hinderlich für ihre Freiheit und den Wunsch nach dem eigenen Leben. Ein innerer Boden des Angenommenseins war nicht spürbar, vielmehr ein Ringen um Anerkennung, das für sie stets mit einer schmerzhaften Überschreitung ihrer Grenzen verbunden war. Ausschließlich in dieser Leistung wurde sie ein wenig gesehen.

7. Schwerpunkte existenzanalytischer Behandlung chronischer Schmerzzustände im multiprofessionellen Kontext

Das individuelle Verständnis und die emotionale Bedeutung des eigenen Schmerzes sind für den Verlauf und die Entwicklung von chronischen Schmerzzuständen mitunter grundlegend. Gerade für den persönlichen Umgang und die eigenen Stellungnahmen sind diese Blickwinkel ganz wesentlich und entscheidend.

In der Praxis erfolgt die Behandlung auf mehreren Ebenen. In einer Art „Schmerzbewältigungsprogramm“, das schwerpunktmäßig so ähnlich in der Verhaltenstherapie zum Einsatz kommt und einen eher beraterischen Umgang mit den Patienten pflegt (Basler, Kröner-Herwig 1998), geht es zunächst um das prinzipielle mehrdimensionale Verständnis von Schmerzzuständen. Viele Patienten sind aufgrund ihres oft langjährigen Leidensweges (zu Recht!) sehr kritisch gegenüber neuen Behandlungskonzepten. Haben die gängigen Methoden ihre Wirkung verwehrt, wird (oft zu spät) auf psychologische Geschehnisse geschaut und zurückgegriffen. Einige Patienten verstehen das als Angriff auf ihre Integrität als Person. Aussagen wie: „Ich bin doch nicht verrückt und bilde mir meine Schmerzen ein!“, kommentieren ihre Entrüstung.

So steht am Anfang ein „psychoedukatives Aufklärungsprogramm“ über chronische Schmerzen. Bio-psycho-soziale Einflussfaktoren werden genauso dargestellt wie das fast zahnradmäßige Ineinandergreifen der einzelnen Dimensionen untereinander.

Der nächste Schritt besteht häufig im Erlernen eines Entspannungsverfahrens. Chronische Schmerzen stellen ein erhebliches Stressgeschehen dar, das rückwirkend wiederum direkten Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung und ihre Verarbeitung hat. Das heißt konkret: Schmerzen führen fast reflektorisch zu Anspannungen, sowohl muskulärer als auch psychischer Art. Das kann als Schutzreaktion gegen äußere Einflüsse angesehen werden. Wird diese Anspannung über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten, kommt es zu Verspannungen, die über Verminderung der Mikrozirkulation des Blutes und andere Mechanismen wieder zu (vermehrten) Schmerzen führen.

Um diesem Kreislauf entgegenzuwirken ist es sinnvoll, ein geeignetes Entspannungsverfahren zu erlernen. Die „Progressive Muskelentspannung“

nach Jacobsen kann dabei ebenso zur Anwendung kommen, wie einfache Übungen aus dem Yoga, Qi Gong, etc. Existenzanalytisch kennen wir die Sessel-Dialogübung und die Körperreise. Dabei geht es nicht in erster Linie um die entspannende Wirkung, sondern vielmehr um Beziehungsaufnahme zu sich selbst. Die Zuwendung zu sich geschieht in einem personalen Prozess, der die Selbstheilungskräfte aktiviert. Daneben kann mit der Bergung von nicht mehr wahrgenommenen, vom Schmerz quasi verdeckten Werten begonnen werden. Hier haben v. a. die von Viktor Frankl beschriebene Wertekategorien (Frankl 1982) Bedeutung: Die Erlebniswerte, die schöpferischen Werte und die Einstellungswerte. Dazu Viktor Frankl in seinem Buch „Der leidende Mensch“: „ … aber gerade das Leiden setzt ihn instand, das Schicksal innerlich zu bewältigen, so zwar, dass er es transportiert aus der Ebene des Faktischen auf die Ebene des Existentiellen“ (Frankl 1990, 328).

Damit ist der Mensch vor die Frage gestellt, was er nun aus den Schmerzen mache, wie er sie gestalte. An einer anderen Stelle führt er dazu aus: „Diese Leidensfähigkeit aber hat der Mensch nicht, … die Leidensfähigkeit muss sich der Mensch erst erwerben: er muss sie sich erst erleiden“ (Frankl 1990, 323).

8. Tiefere existenzanalytische Arbeit

Wie aber kann der Mensch eine solche Fähigkeit erwerben? Hier beginnt nun das tiefere Wesen existenzanalytischer Arbeit. Zunächst geht es um ein Annehmen und Aushalten bzw. um deren Voraussetzungen, dem Erleben von Schutz, Halt und Raum. Biografisches Aufsuchen solchen Erlebens in der eigenen Geschichte ist dabei ebenso möglich wie das Imaginieren eines geeigneten Ortes. Im Fall einer Traumaätiologie ist dem zweiten Verfahren der Vorzug zu geben, um nicht unfreiwillig eventuelle Retraumatisierungen zu triggern. Wichtig ist, dass dieser Raum erlebbar wird und sich die Erfahrung einstellen kann: Ich kann sein. Und der Schmerz auch. Wir beide können sein. Aber ich bin mehr als der Schmerz!

Durch diese Erfahrung kommt es zu einem ersten „JA“. Dem „JA“, in diesem Moment den Schmerz als ein Faktum des eigenen Lebens gelten zu lassen. Zunächst nur für diesen Moment. Später auch darüber hinaus.

Im Fall der Patientin Maria etablierten wir einen imaginären Ort, ein heimisches Nest, das ihr ein Bezugspunkt werden konnte. Dies gab ihr Sicherheit vor der Übermacht des Schmerzes auf dem Weg, sich selbst besser kennen zu lernen. Das Imaginieren im klassischen hypnoiden Stil lehnte sie allerdings ab und so erschuf sie diesen Ort im gemeinsamen Dialog.

Die weitere Arbeit erfolgt ebenso auf der Ebene der Grundmotivationen. Aufgespürte Defizite und bevorzugte Copingreaktionen geben die Richtung und Themen vor, denen im weiteren Verlauf der Therapie nachgespürt wird, wobei das Wahrnehmen und Erlebbar-Machen der Ressourcen einen besonderen Stellenwert einnimmt.

In „ihrer Karriere“ als chronische Schmerzpatienten haben viele von ihnen diesen Blickwinkel verloren und sind besonders für das „Nicht-mehr-Können“ sensibel. Hier scheint mir besonders die Fähigkeit, im Kleinen verweilen zu können, wichtig, dabei Achtsamkeit im Alltag zu erlernen und mit sich darüber in Dialog zu treten.

Im tieferen biografischen Verständnis geht es um die individuelle Bedeutung des Schmerzes für den jeweiligen Patienten. Ich habe dabei das Bild von „Schmerz als Sprache für das Unaussprechliche“ in mir. Es ist dies eine Sprache, für die es zu Beginn der Therapie noch keine Übersetzung gibt. Als Therapeuten sind wir Begleiter, die Kenntnisse von Aufbau und Grammatik haben. Dieses Wissen bringen wir in den Prozess mit ein und entdecken Stück für Stück gemeinsam mit dem Patienten seine eigene Sprache. Dies geschieht im Dialog, aber auch in Imagination und/oder bildnerisch-gestalterisch.

So gesehen kann der Schmerz als Versuch betrachtet werden, mit der Welt wieder in Verbindung zu treten (Schmerz als Kommunikationsform). Dieser Versuch – und es ist ja ein leidvoller, schmerzvoller – gehört einmal grundsätzlich gewürdigt, er ist wie ein erster Schritt aus der Isolation mit sich selbst und der Welt. Der Schmerz wird damit zum Beziehungsangebot an die *Welt*, die Person mit ihrem Schmerz anzunehmen und an *sich selbst*, sich im Leid näher zu sein und mit sich in Beziehung zu treten.

Gleichzeitig hat das Phänomen Schmerz auf der anderen Seite einen gegenteiligen Effekt, es schafft nämlich den Wunsch nach Distanzierung. Unsere phänomenologische Herangehensweise und die eigene Achtsamkeit können uns als Therapeuten helfen, nicht allzu vorschnell auf solche Impulse zu reagieren. Vielmehr geht es darum, das Beziehungsangebot immer wieder aufzugreifen und sich verantwortlich für die Beziehung zu fühlen.

Wir bereiten einen festen Boden für die weitere Arbeit, indem wir dem Patienten ein echtes Gegenüber sind, das dem Leid nicht ausweicht, sondern ihm vielmehr standhält und es anerkennt.

Die Therapie führt entlang der Grundmotivationen über das „Mögen“ und „So-sein-Dürfen“, über die drei „JA“ zur Freiheit. Nicht zur anfangs angestrebten Freiheit vom Schmerz, sondern zur existentiellen Freiheit, zur Freiheit für die weitere Gestaltung des Lebens und auch des Leidens.

Wie bereits erwähnt, ist Schmerzfreiheit oft nicht als geeignetes Therapieziel anzusehen. Aus der Praxis wissen wir, dass vielmehr eine Linderung und ein verbesserter Umgang mit den Schmerzen realistisch sind. Das bedeutet aber auch, dass nach vielen Anstrengungen auf Seiten der Patienten und Behandler die Schmerzen doch bestehen bleiben.

Diesen Schmerz mit zu tragen, ihm Stand zu halten, ist eine der Aufgaben der Behandelnden im Therapieprozess. Genau darin, in der Dynamik der Patienten-Behandler-Beziehung liegt ein Stolperstein, der den Chronifizierungsprozess weiter vorantreiben kann.

9. Die Dynamik der Patienten-Behandler-Beziehung

Dem chronischen Schmerzgeschehen geht zu Beginn nicht selten ein definierbares Ereignis, z.B. ein Unfall, eine

Operation, eine Verletzung, eine Entzündung etc. voraus.

Aus diesem akuten Geschehen entwickelt sich dann unter Umständen allmählich ein chronischer Prozess, an dem biologische, psychische und soziale Faktoren beteiligt sind.

Ein Beispiel:

Ein Patient begibt sich aufgrund seiner Schmerzen in Behandlung. Die getroffenen Maßnahmen zeigen ihre Wirkung in einer vorübergehenden Besserung, aber nach einiger Zeit tauchen die Schmerzen wieder auf. Ein anderer Behandler und/oder eine andere Therapieform werden gewählt und der Patient gibt sich dem hin, voller Hoffnung auf Besserung. In dieser Art geht das Wochen, Monate, manchmal Jahre weiter. Häufig werden akribisch alle Befunde geordnet und abgelegt, wie als Beweis für sich und andere, dass man tatsächlich krank ist. Die Vorstellung, als Simulant dazustehen, hinterlässt ein beschämendes Gefühl. Der Wunsch nach Beseitigung des Schmerzes ist häufig die einzige Motivation, die die Betroffenen zum Aufstehen bringt. Längst ist aus dem häufig banalen akuten Beginn ein unerbitterlicher Kampf gegen den Schmerz geworden. Eine Spirale aus Hoffnung und Enttäuschung, aus Sehnsucht nach Schmerzfreiheit und dem Leben, das dann anfangen könnte auf der einen Seite und der Kraftlosigkeit, die der lange Kampf mit sich bringt auf der anderen Seite, dreht sich immer wieder, immer enger. Zum Leid des akuten Schmerzes gesellen sich mehr und mehr Gefühle der Ohnmacht, der Hilflosigkeit, der Hoffnungslosigkeit, der Resignation. Das Leiden hat in diesem Prozess immer weiter zugenommen, welches im Übrigen an sich einen weiteren Schmerzverstärker darstellt. Der Chronifizierungsprozess ist im Gang.

Als Behandelnde von Schmerzpatienten sehen wir uns sehr häufig diesen Gefühlen gegenüber. Der Patient übergibt seinen Akt mit allen Voruntersuchungen und Behandlungen – nichts scheint bisher geholfen zu haben. Vielleicht können wir die Rettung bringen? Diese Mixtur aus Hoffnung, Hergabebereitschaft im Sinne von „macht mit mir, was ihr wollt, nur helfen soll es“, Resignation und Hilflosigkeit ist bei betroffenen Patienten immer wieder spürbar. Gleichzeitig sind wir als Behandler oder als ganzes Behandlungsteam von ähnlichen Gefühlen betroffen, wenn unsere Therapieversuche nicht greifen. Auch in uns macht sich Ohnmacht und Hilflosigkeit breit – unsere eigene Hilflosigkeit vor dieser Mächtigkeit. All unsere Bemühungen scheinen umsonst gewesen zu sein.

In einer Welt der Medizin, in der fast alles „machbar“ erscheint, in der wir Menschen an der Schwelle zum Tod wieder zurückholen können (Reanimation), sie quasi dem Tode entreißen können, in der – jedenfalls in unserer westlichen Welt – die Leute dank der modernen Medizin immer längere Lebenserwartungen haben, und in einer Welt der Medizin, die bald ein eigenes Ersatzteillager aus unseren Stammzellen schaffen kann, muss die misslungene Schmerzbeseitigung wirklich als ein Versagen angesehen werden.

Um diese Gefühle nicht wahrnehmen zu müssen, werden sie manchmal gleichsam auf den Patienten zurück geworfen. Aus diesem wird dann schnell ein „schwieriger Patient“, der nicht compliant ist und zu seinem Wohl selbst sowieso nichts beitragen möchte.

Mit diesen Haltungen konfrontiert, wird das Versagensgefühl und die Wut oder Resignation in den Patienten noch weiter genährt und häufig stehen sie schon beim nächsten Helfer vor der Tür! Der Chronifizierungsprozess wurde unterstützt.

Welche Möglichkeit bietet nun die Existenzanalyse an, um nicht in den Sog dieser Dynamik zu geraten?

Als phänomenologisch arbeitende Therapeuten fällt unser Blick zunächst nicht auf die Pathologie. Vielmehr wird das Leid sichtbar und wie sich die Person zu dem Leid stellt, gleichsam durch den Schmerz hindurch. Was sich hier so leicht veranschaulichen lässt, ist in der Praxis oft ein langer Weg – verstellt doch der Schmerz so manche Blicke auf die Person. Um mit seinem Schmerz Platz nehmen zu können, braucht der Patient ein Gefühl des Angenommenseins. Nicht „machen“ und „kämpfen“ in erster Linie, sondern annehmen, Nähe aufnehmen und ihn als Person ankommen lassen.

Dieses Annehmen „von dem, was ist“, scheint mir für das gesamte weitere Procedere das Zentrale zu sein. Solange Angebote wie Entspannungstraining, Rückenschule, etc. nur als Kampf gegen den Schmerz gesehen werden mit dem Ziel, ihn zu besiegen, werden meiner Erfahrung nach diese Maßnahmen nicht greifen, bzw. von den Patienten erst gar nicht gemacht. Es braucht zunächst einen Boden und der kann durch die Annahme des Patienten durch den Therapeuten in ihm gelegt werden.

Die Devise ist vom Machen ins Halten zu kommen: Entschleunigen – auch, wenn die Patienten verständlicherweise drängen.

In diesem Innehalten, dem Gegenwärtig-Sein, ist ein großes Können enthalten: Ein SEIN-Können.

Damit möchte ich wieder an den Anfang meiner Ausführungen zurückkommen. Hermann Hesse bezeichnet in seinem Gedicht den Schmerz als ein Feuer, das uns gleichsam dahinschmelzen lässt. Doch so hergebungsvoll lässt Hesse das Gedicht nicht enden! Im Überlassen an den Meister ist eine personale Aktivität enthalten, eine unbedingte Annahme, ein Sein-Lassen, eine Hingabe an eine größere Macht, an das Leben selbst. So verstanden kann der Schmerz ein Weg sein, der uns über das Leid in die Existenzweise des Seins führt. Darin, so scheint mir, liegt eine große Chance – eine Chance zum „Sein“ zu kommen.

Literatur

Basler H.-D, Kröner-Herwig B. (Hg) (1998) Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen. München: Quintessenz

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f40-f48.htm (zuletzt gesichtet am 27.5.2009)

Frankl V. E (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke

Frankl V.E (1990) Der leidende Mensch. München: Piper

Hesse H (2002) Sämtliche Werke (Hg. Volker Michels) Band 10. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 325

Klinger R (2007) Klassifikation chronischer

Schmerzen: „Multiaxiale Schmerzklassifikation“ (MASK). In : Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R (Hg) Schmerzpsychotherapie. Heidelberg: Springer, 311-326

Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg) (2007) Schmerzpsychotherapie. Heidelberg: Springer

Längle A (2000) Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. GLE, Wien

Noll-Hussong M (2009) Zentrale Informationsverarbeitung bei Schmerz und Trauma (Vortragsskript „B28 Psychosomatik und Schmerz“, 44. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg vom 31.01. – 01.02.2009 in Stuttgart, http://www.aerztekammer-bw.de/25/15medizin09/B28/4.pdf , zuletzt gesichtet am 27.5.2009)

Rubin J.J (2005) Psychosomatic pain: new insights and management strategies. South Med 1998(11). In: Noll-Hussong M, Zentrale Informationsverarbeitung bei Schmerz und Trauma (Vortragsskript „B28 Psychosomatik und Schmerz“), 44. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg vom 31.01. – 01.02.2009 in Stuttgart, http://www.aerztekammer-bw.de/25/15medizin09/B28/4.pdf, zuletzt gesichtet am 27.5.2009)

Toifl K (2004) Lebensfluss zwischen gesund und krank. Wien: Facultas

Zimmermann M. (2007) Physiologie von Nozizeption und Schmerz. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg) Schmerzpsychotherapie. Heidelberg: Springer, 21-62

Anschrift des Verfassers:
Marc Sattler
Flugplatzstrasse 12
A-7061 Trausdorf an der Wulka
e-mail: marc.sattler@existenzanalyse.org
Tel.: 0650/401 50 76

Körperbilder bei Anorexie und Bulimie und Möglichkeiten ihrer Veränderung in der Therapie

Helene Drexler

In der Therapie von Essstörungen ist die Bearbeitung des pathologischen, oft ins Wahnhafte reichenden, Körperbildes der Patientinnen von zentraler Bedeutung. Seine Entwicklung geht auf die frühe Kindheit zurück und verläuft überwiegend vor- bzw. unbewusst. Es ist im Körpergedächtnis gespeichert und daher im therapeutischen Gespräch nur schwer zugänglich. Eine Veränderung kann in erster Linie durch das Ansprechen der Bewegungs- und Berührungssinne erreicht werden.

Daher empfiehlt es sich, in der Therapie der Körperbildstörung vor allem Methoden anzuwenden, die auf die genannten Sinne einwirken: Bewegungs-, Spür- und Atemübungen, Methoden zur Körpergrenze, unterstützt von Imaginationen, Malen, Tonarbeit und Musik. Entsprechende Übungen sind im Artikel beispielhaft angeführt.

Schlüsselwörter: *Anorexie, Bulimie, Essstörung, Körperbild, Körperbildstörung, Körpergedächtnis, Körpermethoden, kreative Methoden*

Die Bezeichnung „Essstörung“ fokussiert den Blick auf die Verhaltensebene, das pathologische Essverhalten. Der krankhafte Umgang mit Nahrung ist es auch, auf den die Angehörigen von essgestörten Patientinnen[1] mit besorgtängstlichem Blick konzentriert sind. Erfordert der Zustand der Patientinnen die Aufnahme in eine Klinik, so richten sich die Maßnahmen vorerst ebenfalls auf das schädigende Verhalten und seine Unterbindung.

In der Psychotherapie wendet sich der Blick: Hinter der Symptomatik steht die Person mit ihrem Leid, das sich erst bei genauerem Hinsehen erschließen und verstehen lässt. Das Verstehen der Person – ihrer selbst und ihres Gewordenseins – stellt die Existenzanalyse in den Mittelpunkt, um dadurch zu Stellungnahme und neuer, stimmiger Umgangsweise zu finden.

Die Tabelle auf der nächsten Seite bietet einen Überblick über zentrale Therapiethemen:

In der Bearbeitung der Krankheitsentwicklung, des familiären Umgangs, des Selbstbilds, der Muster, die die Störung aufrechterhalten, wird eine Problematik als durchgängig und schwerwiegend sichtbar: das Körpererleben oder Körperbild der Patientinnen. Alle Bereiche des Erlebens sind davon betroffen, Wahrnehmung und Empfinden des Körpers, Einstellungen zu und Umgang mit ihm. Die Patientinnen vermeiden den Körper anzusehen oder zu berühren, die Wahrnehmung ihrer Figur entspricht nicht der Realität, sie hassen einzelne Körperteile oder ekeln sich davor. Deshalb ist die Auseinandersetzung mit dem Körpererleben in der Therapie von Essstörungen von zentraler Bedeutung.

Im Detail gehören dazu:

- die Fähigkeit, Körpersignale wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren;
- die richtige Einschätzung der Körpergrenzen;
- positive Gefühle dem eigenen Körper gegenüber zu entwickeln;
- die Annahme des Körpers;
- das Benennen von Stärken – nicht nur von Schwächen;
- diesen Körper als eigenen zu erleben, mit dem es gilt durchs Leben zu gehen.

Die weiteren Ausführungen konzentrieren sich auf diesen Aspekt und Möglichkeiten seiner Veränderung.

[1] Die Mehrheit der Essstörungs-Patienten sind Frauen. Deshalb wurde in diesem Text durchgehend die weibliche Form verwendet. In Angleichung daran wurde diese Form auch für Therapeutinnen und Therapeuten gewählt. Es sind aber selbstverständlich beide Geschlechter gemeint.

Anorexie	Bulimie
• genaue Anamnese! Klärung des Schweregrads Zusammenarbeit mit Arzt/Klinik Medikamente? (Auslagerung der Kontrolle)	
• Wichtigkeit von Vereinbarungen (Grenze gibt Verlässlichkeit) Tagesstruktur, Regelmäßigkeiten Belohnungen (Verhaltenstherapeutische Maßnahme)	• in der therapeutischen Beziehung Vorerst Wärme, Zuwendung im Mittelpunkt ⇓ Suche von Wärmendem, Wertvollen im Alltag
• Methoden zur Spannungsreduktion: Entspannungstraining, Qigong, Spaziergänge, (Sport) Arbeit am Körpererleben mittels Körperübungen, Malen, Musik ⇓ • Förderung der Selbstannahme, der Selbstdistanzierung	
• Übungen zum Selbstwert Sichtbarmachen der Familienprobleme (Probleme der Eltern und ihr Umgang damit)	• Übungen zu Grundwert+Selbstwert • Sichtbarmachen der falschen Beziehungen (scheinbare Fürsorge)
• Aufarbeiten von Verletzungen Verstehen, was passiert ist und was sich daraus entwickelt hat; Trauer (auch über das ungelebte Leben) ⇓ • langsame Abgrenzung von Übergriffen der Familie bzw. Erwartungen an die Familie	
• Reifung als Frau	• Entwicklung eines eigenen Frauenbildes
⇓ Finden der eigenen Persönlichkeit: Distanzierung von Perfektionismus, Harmoniesucht	

Richtungsweisend für die Therapie ist der Umstand, dass die krankhafte, bei anorektischen Patientinnen oftmals ins Wahnhafte reichende, Sichtweise des eigenen Körpers kaum über die verbale Ebene hinterfragt und korrigiert werden kann.

Die Entwicklung der Körperbildstörung

Eine Ursache ist in der frühen Entwicklung des Körperbilds zu sehen. Dieser Prozess verläuft überwiegend vor- bzw. unbewusst. Erlebnisse werden als körperliche (motorische, sensorische) Erfahrungen, die auch bereits eine affektive Färbung tragen, im sogenannten „Körpergedächtnis“ gespeichert. Dieses wird im Gehirn vom impliziten Gedächtnis verwaltet und ist der bewussten Erinnerung entzogen. Eine weitere Ursache liegt im Ort der Speicherung: Das implizite Gedächtnis wird dem Limbischen System zugeordnet. In diesem werden die motorisch-sensorischen Reize verarbeitet und mit emotionalen Bedeutungen versehen, jedoch nicht sprachlich kodiert.

Im Fall der Essstörungen finden wir meist eine frühe Veränderung des Körpererlebens, die entsprechend obiger Beschreibung unbewusst und der Sprache nicht zugänglich im Körpergedächtnis festgehalten ist. Es handelt sich dabei vor allem um Körperdissoziationen. Diese schützen das Kind vor unerträglicher (Körper)spannung, wenn seine Äußerungen und Bedürfnisse keine liebevolle und stimmige Antwort erfahren. Bei essgestörten Patientinnen liegt oft ein massives Nicht-gesehen- und Nicht-respektiert-Werden vor, häufig auch ein Missbraucht-Werden (das nicht auf die sexuelle Ebene begrenzt zu sehen ist), das den Schutzmechanismus der Dissoziation aktiviert. Die Körperwahrnehmung wird reduziert, indem Bewegungen verlangsamt, in ihrem Ablauf verändert oder ganz unterdrückt werden. Die Atmung erfolgt flach und oberflächlich. Damit kommen im Gehirn weniger Informationen an, worauf dieses mit geringeren Impulsen zum körperlichen Ausdruck antwortet. Ein für den Schutz vor Schmerz erfolgreicher, für ein Lebendigsein aber fataler Kreislauf beginnt. (Werden die Körperwahrnehmung und der Ausdruck reduziert, so bleibt auch das emotionale Erleben auf der Strecke.) Die häufigste Auffälligkeit bei Patientinnen mit Essstörungen findet sich am Rumpf. Er wird unbewegt gehalten, die Bauchmuskeln angespannt. Die Bewegung der Extremitäten erfolgt ohne Beckendrehung, wodurch der Energiefluss durch den Körper reduziert wird. Verstärkt wird der Effekt durch die kaum wahrnehmbare Atmung. Die Patientinnen erreichen damit das Gefühllos-Werden der oft als Symbol der Fülle oder des Frauseins abgelehnten Körpermitte. Hand in Hand damit verlieren sie aber auch das Gefühl von Erdung und zentriert sein. In schweren Fällen der Körperdissoziaton, insbesondere nach traumatischen Erfahrungen, wird der gesamte Körper nicht mehr bzw. nicht mehr als eigen gespürt. Die Patientinnen beschreiben diesen Zustand als ein außer sich sein, bei dem auch die Körpergrenzen und damit ein sicherer Halt in der Welt verloren gehen.

Zusammenfassend bedeuten diese Erkenntnisse für die therapeutische Arbeit: Schmerzvolle (traumatische) Erfahrungen von früher Kindheit an, wie sie bei essgestörten Patientinnen zu beobachten sind, führen zu Körperdissoziationen und damit zu einem veränderten Erleben des Körpers. Die Erfahrungen sind im Körper gespeichert, sie sind aber weder bewusst erinnerbar noch der Sprache zugänglich. Die therapeutische Methode des Gesprächs und der Reflexion erreicht das Körpergedächtnis nicht (oder bestenfalls ein wenig). Dennoch ist das Körperbild veränderbar. Es wird ein Leben lang mit Informationen aus dem Körper versorgt und geformt. Dies geschieht durch die Wahrnehmungen der Sinne, insbesondere der Bewegungs- und Berührungssinne.

Körper- und Kreativmethoden in der Behandlung von Körperbildstörungen

Daher empfiehlt es sich, in der Therapie der Körperbildstörung vor allem Methoden anzuwenden, die auf die genannten Sinne einwirken: Bewegungs-,

Spür- und Atemübungen sowie Methoden zur Körpergrenze. Begleitet werden sie durch Imaginationen und kreative Methoden wie Malen, Tonarbeit, Musik, die eine Verbindung von Körpererfahrung und emotionalem Erleben schaffen. Mal- und Tonarbeit bringen die Erfahrung in ein Gegenüber und unterstützen Selbstdistanzierung und die weitere verbale Bearbeitung.

Der Methodenüberblick auf der nächsten Seite, gliedert sich in Halt fördernde, die Emotionalität vertiefende und aufdeckende Methoden. Er soll Möglichkeiten von Körper- und kreativen Übungen aufzeigen und zur Erweiterung anregen.

Halt fördernde Methoden

Vor allem zu Beginn der Therapie bzw. bei krisenhaften Einbrüchen liegt der Fokus auf beruhigenden, stützenden Übungen zur Stabilisierung der Patientinnen. Wichtig dabei ist, dass die Übung annehmbar bzw. verarbeitbar ist, um nach jahrelangem, schleichendem Verlust an Sicherheit und Vertrauen eine erste Erfahrung von verlässlichem Gehaltensein im eigenen Körper wie in der Welt zu ermöglichen. Entspannungs- oder Meditatonsübungen erweisen sich für Essstörungspatientinnen anfangs oft als ungeeignet, weil ihre starke innere Unruhe die beruhigende Wirkung verhindert. Übungen, bei denen „etwas getan werden darf“, kommen den Patientinnen mehr entgegen. Dazu zählen die Übungen „Bewegung im Raum“ ganz besonders. Anfangs geht es nur um ein Gehen, die Aufmerksamkeit auf die Bewegung der Füße und den Boden gerichtet. Zwei Ziele werden damit verfolgt: eine Beruhigung der inneren Anspannung durch das Gehen und eine Stärkung der Wahrnehmung durch die gerichtete Aufmerksamkeit.

Sodann können verschiedene Gangarten, Tempi, das Gehen auf unterschiedlichen Unterlagen ausprobiert werden. Damit wird eine Differenzierung der Wahrnehmung gefördert und – als ganz wesentliches Wirkelement – unterschiedliche Grade an Bodenverbundenheit und Getragensein erfahren. So vermittelt ein hastiges Umherlaufen ein geringeres Erleben von Halt als ein bedächtiges Gehen; ein wackeliges Gehen auf Zehenspitzen weniger Sicherheit als ein Stampfen mit dem ganzen Fuß. Schließlich kann durch die eigene Wahl einer guten, stimmigen Bewegung durch die Patientin die Erfahrung des sicheren Getragenseins verstärkt und imaginativ verinnerlicht werden. Die so genannte „Sesselmethode“ (Längle, 2008) stellt eine noch differenziertere Methode zur Förderung von Halt und

Übersicht über kreative und körperorientierte Methoden

Stabilisierende, Halt gebende Methoden

- Raum gebend:
  Atemübungen, Imaginationen zum Innenraum/Außenraum, sicherer Ort, „Verraumen“
- Halt durch Rhythmus und Bewegung:
  Trommeln, „Bewegung im Raum“, Tai Chi, Qigong, Imaginationen zu Erdung und Verwurzelung
- Halt durch Grenzen:
  Körpergrenzen spüren durch Klopfen und Nachzeichnen, Übungen zu Enge und Weite, „Verraumen“, Bilder mit Rahmen
- Vertrauen fördernd:
  Klangmassagen mit Klangschale oder Gong[2], Imaginationen zum inneren Kind, z. B.: die erwachsene Person zur Seite stellen

Methoden zur Differenzierung und Intensivierung der Emotionalität

- Sinnlichkeitsübungen mit verschiedenen Materialien (Steine, Ton…)
- Gefühlsausdruck durch Musik, Malen und Tonarbeiten
- Körperwahrnehmungen in Bewegung und Bilder umsetzen, Symbolisierungen
- Bewegung abgelehnter Körperteile
- Imaginationen: zum Herzen, Trost für das innere Kind

Aufdeckende Methoden[3]

- Körperbild-Malen
- Imagination zur Vergangenheit, „Schritt nach hinten“
- Klangmeditationen
- Arbeit mit Fotoalben und Musik aus der Kindheit/Jugend
- (zeichnerische) Familiendarstellungen
  Familienaufstellungen

[2] Beim Einsatz dieses Instruments ist Vorsicht geboten. Fragile Personen, insbesondere psychotische Personen sollten nicht damit arbeiten.
[3] Bei traumatisieren PatientInnen ist besonders auf ihre Festigkeit zu achten, bevor diese Methoden zum Einsatz kommen.

Vertrauen dar, indem sie auch den Dialog zwischen der Person und dem sie tragenden Sessel mit einbezieht.

Eine Methode, die sich besonders für den Schutz der Patientinnen vor Übergriffen von außen oder gegenüber ihren eigenen schädigenden Stimmungen und Verhaltensweisen eignet, ist das „Verraumen“ (Baer, Frick-Baer 2004). Dabei geht es um die Schaffung eines schützenden Raums; und zwar nicht imaginativ wie z. B. Reddemann (2008) ihn beschreibt, sondern leibhaftig. Dazu wird ein geeigneter Platz gesucht, dieser in passender Größe mit Schnüren, Decken oder Tüchern eingefasst und mit Polstern oder stützenden Gegenständen eingerichtet. Wenn die Patientin den Raum betritt, ist sie geschützt – vor der gut meinenden Überfürsorglichkeit der Eltern, vor ihren Fressattacken oder ihren Selbstabwertungen.

Durch die Verknüpfung des guten Orts mit Klängen wird die Wirkung intensiviert. Dazu wählt die Patientin ein Instrument, das das Gefühl in ihr, stark und sicher zu sein, festigt. (Zu einem späteren Zeitpunkt kann von dem abgegrenzten, sicheren Ort aus eine Annäherung an die Außenwelt und dort erlebte bedrohliche Räume angeregt werden.)

Methoden zu Gefühlsdifferenzierung und -intensivierung

Ist in der Therapie eine ausreichende Festigung erreicht worden, so rückt die „narkotisierte“ Emotionalität in den Mittelpunkt: nach einem Gefühl befragt, antworten Patientinnen mit Essstörungen häufig „vom Kopf her“, sie denken das Gefühl. Dabei werden die Gefühle im Extrembereich formuliert, einem „Schwarz-Weiß-Denken“ folgend. Etwas wird als „ganz wunderbar“ oder „einfach grässlich“ beschrieben. Negative Gefühlsäußerungen konzentrieren sich auf den eigenen Körper bzw. abgelehnte Körperteile, allen voran den Bauch. Da ist von Hass, Ekel, Unerträglichkeit die Rede und ebenfalls keine Abstufung erkennbar.

Die gefühlsmäßige Betäubung zu lösen und von der zum Extremen neigenden Affektivität zur echten Emotionalität zu führen, entspricht wieder einem zentralen Wirkbereich der kreativen und körperorientierten Methoden.

Eine erste Annäherung an eine differenziertere Gefühlswahrnehmung bieten Symbolisierungen (Weigel 2008). Eine solche Übung setzt an der Körperwahrnehmung an, weil diese den Patientinnen leichter zugänglich ist als eine emotionale Wahrnehmung. Ein Drücken, eine Spannung, eine Enge zum Beispiel im Hals oder im Bauch werden nicht verbal ausgedrückt, sondern ein Symbol dafür gewählt. Es erfolgt ein Dialog über das Symbol, über seine Beschaffenheit, seine Eigenschaften und seine Aussage. Danach wird die Aufmerksamkeit wieder auf das Körpererleben gelenkt. Die Hand dabei auf den betreffenden Körperteil zu legen, erleichtert Konzentration und Spüren. Bereichert durch das Symbolwissen gelingt nicht nur eine differenzierte Körperwahrnehmung, sondern auch ein vorsichtiges Hinspüren auf das emotionale Erleben. Fragen entsprechend der Personalen Existenzanalyse (PEA) Längles (2008) „Wie fühlt sich das an?“, „Welcher Impuls macht sich bemerkbar?“, „Was sagt mir das?“ werden beantwortbar. Eine Verstärkung erfährt die Gefühlswahrnehmung, indem sie in eine körperliche Bewegung umgesetzt und im Körpergedächtnis verankert wird.

Zur Vertiefung des emotionalen Erlebens eignen sich insbesondere Klanginstrumente: Dem Gefühl wird mittels Trommel, Gong oder auch einem Kochtopf mit Kochlöffel Ausdruck verliehen. Die Verknüpfung mit der eben skizzierten Symbolisierungsübung erweist sich als sehr fruchtbar. Statt der Körperbewegung oder zusätzlich zu dieser wird das Gefühl durch Klänge zum Schwingen gebracht. Solcherart Raum einnehmend wird das Gefühl mit Hilfe der PEA weiter bearbeitet, als zur Person gehörend verstanden und integriert.

Eine weitere Möglichkeit sind geführte Imaginationen, begleitet von Klängen; zum Beispiel ein wirbelnder Trommelrhythmus zu Bildern der Lebendigkeit, ein kräftiger Gongschlag zur Angst oder spritzige Triangelschläge zur Freude.

Aufdeckende Methoden

Eine Stärke kreativer Methoden liegt in der Bergung noch nicht bewusster Inhalte. Über die Kreativität können im impliziten Gedächtnis gespeicherte Erfahrungen und damit verbundene Gefühle „direkt an die Oberfläche“, das heißt ins Bewusstsein gebracht werden und so der Person zum Verstehen ihrer selbst, ihrer Geschichte und zur Trauer als heilendem Prozess verhelfen. Klanginstrumente – vor allem in Verbindung mit Imaginationen – leisten hier gute Dienste.

Eine Imagination, bei der aus der Tiefe eines Sees Bilder hochsteigen, begleitet von wenigen Gongschlägen wie Hess (1999) sie beschreibt, stellt erstaunlich rasch eine Verbindung zu (lang) verdrängten Erfahrungen her.

Eine ähnliche Wirkung erzielt eine Methode von Baer und Frick-Baer (2004), die Bild und Klang mit Bewegung verknüpft: Dabei wird vom jetzigen Standort aus der Raum, der hinter der Person liegt, imaginativ betrachtet, Bilder und Stimmungen wahrgenommen und mit einem als stimmig empfundenen Klang ausgedrückt. Mit diesen wenigen, aber mehrere Sinnesbereiche verknüpfenden Vorgaben taucht die Person in die Atmosphäre der Vergangenheit ein und kehrt mit neuen Erkenntnissen an den gegenwärtigen Standort zurück, wo nun wieder das existenzanalytische Gespräch fortgesetzt wird. (Baer und Frick-Baer beschreiben die Vorgangsweise auch für die Gegenwart und die Zukunft, womit sie auch für die Festigung im „Hier und Jetzt“ und die klarere Sicht von Zukünftigem dienlich ist.)

Eine Methode, die durch die Kraft der Farben und Symbole Unbewusstes sichtbar werden lässt, stellt das Körperbild-Malen dar: Dazu werden zuerst die Körperkonturen der Patientin, die auf einem entsprechend großen Papier liegt, nachgezeichnet. Das erfordert eine gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen

Therapeutin und Patientin. Eine Alternative besteht in der freien, möglichst realistischen Zeichnung der Körperkonturen durch die Patientin selbst. Ersterer Methodeneinstieg beinhaltet durch das Entlanggleiten an der Körperkontur eine Halt gebende, die Körpergrenzen festigende Wirkung. Nach Begutachtung der Körperumrisse, was zumeist bei Bulimiepatientinnen mit einem Erstaunen „gar nicht so dick zu sein" verbunden ist, gilt es die Körperform mit Leben zu füllen. Die Gestaltung kann von färbigen Flächen über Symbole bis zu bildhaften Darstellungen reichen. Das Bemalen der lebensgroßen Figur nimmt einige Zeit in Anspruch, wodurch ein großer Vorteil dieser Methode zum Tragen kommt: Die ausgeprägte Kontrolliertheit essgestörter Patientinnen, die die Aussagekraft rasch gezeichneter Bilder oft einschränkt, wird hier „ausgebremst". Nach einem eher intellektuellen Beginn tauchen die Patientinnen nach und nach in ein versunkenes Malen ein. Unterstützt durch die Farben, die stetige Handbewegung und eine anhaltende Stille finden die Patientinnen Zugang zu ihrem Unbewussten, das verbunden mit bewussten Elementen am Papier Gestalt annimmt. Im Gegenüber erhalten Gefühle, Erinnerungen, Botschaften und Glaubenssätze eine Fassung und ermöglichen eine Distanzierung, die die Auseinandersetzung mit dem sich Zeigenden möglich macht.

Abschließende Bemerkungen

Die skizzierten Methoden sollen eine kleine Auswahl an Möglichkeiten darstellen, um vor allem beim Einstieg in Körper- und Kreativmethoden eine Orientierung zu bieten. Die Arbeit mit diesen Methoden bedeutet aber immer auch eigene Gestaltung. Soll die Kreativität der Patientinnen zur Entfaltung kommen und zu ihrer Gesundung beitragen, so ist dafür auch eine offene und kreative Vorgehensweise der Therapeutin ganz wesentlich.

Eine solche methodische Offenheit bedarf eines festen Rahmens in Form eines soliden therapeutischen Wissens. Dazu gehören u.a. ein klares Setting, die diagnostische Sicherheit der Therapeutin, das Wissen um „den roten Faden" hinsichtlich der zu bearbeitenden Themen sowie die Klarheit darüber, ob Interventionen der Stabilisierung oder der Aufdeckung und Aufarbeitung dienen sollen. Ist eine kreative oder körperorientierte Methode ins Auge gefasst, so ist die konkrete Zielsetzung sehr genau zu ermitteln.

Schon eine geringfügige Verschiebung des Schwerpunkts kann eine schützende, Halt gebende Wirkung zu einer konfrontierenden, intensive Gefühle provozierenden hin verändern. Ein Beispiel: Die Übungen „Bewegung im Raum" wurden als Halt gebend beschrieben. Fließt nun in die Anweisung sich frei im Raum zu bewegen mit ein, die Bewegungen des Körpers, etwa der Beine, des Beckens zu beachten, so richtet sich die Aufmerksamkeit mit einem Mal auf einen zumeist problematischen Körperbereich. Die Aufforderung, die Bewegung des Beckens wahrzunehmen, vielleicht sogar bewusst einzusetzen, kann bei Essstörungspatientinnen äußerst konfrontativ wirken. Wichtig ist, genau um die Zielsetzung und die feinen Abstufungsmöglichkeiten zu wissen, um der Patientin gerecht zu werden.

Ist der Rahmen in der beschriebenen Form sichergestellt, so können sich Therapeutin und Patientin ihrem kreativen Potential anvertrauen. Im sensiblen Hinhören auf kreative Möglichkeiten der Patientin und dem Zulassen eigener kreativer Impulse kann sich die für die Patientin jeweils stimmigste Vorgangsweise herausbilden.

Literatur

Baer U, Frick-Baer G (2004) Klingen, um in sich zu wohnen. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig

Bruch H (2004) Essstörungen. Frankfurt/Main: Fischer

Chopich E, Paul M (2002) Aussöhnung mit dem inneren Kind + Arbeitsbuch. Berlin: Ullstein

Franke A (2003) Wege aus dem goldenen Käfig. einheim-Basel-Berlin: Beltz

Görlitz G (2001) Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen. Stuttgart: Klett-Cotta

Hess P (1999) Klangschalen. München: Südwest

Jacobi C, Paul T, Thiel A (2004) Essstörungen. Wien: Hogrefe

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 23–179

Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer

Reimann M (2003) Die Musik in Dir. Darmstadt: Schirmer

Schottenloher G, Schnell H (1994) Wenn Worte fehlen sprechen Bilder. 3 Bände München: Kösel

Schwarz A u. S, Ronald P (2000) Mit Musik heilen. München: Südwest

Silber OH (2003) Klangtherapie – Weg zur inneren Harmonie. Freiburg: Herder

Storm F (2006) Heilen mit Tönen. Stuttgart: Lüchow

Weigel E (2008) Körperschemastörungen erkennen und behandeln. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift der Verfasserin:
Dr. Helene Drexler
A-1140 Wien, Einwanggasse 23/12
helene.drexler@gmx.at

Traumkörper – Körpertraum

Susanne Jaeger-Gerlach

Der Artikel gibt die Erfahrungen des Workshops wieder, in dem es darum ging, dass die TeilnehmerInnen auf der Grundlage eines eigenen Körpertraums, begleitet mit Achtsamkeits- und Körperübungen, ausgestattet mit den ersten Grundregeln der Existenziellen Traumarbeit, sich auf einen Erlebnisweg zu sich selbst aufmachten. Erhofftes Ziel: dass auf diesem Erfahrungsweg die vermittelten Grundannahmen vom Zusammenspiel Welt-Körper-Seele-Geist-Ich nicht nur kognitiv erfasst, sondern auch „einverleibt", mit dem Körper begriffen werden können.

Schlüsselwörter: *Achtsamkeit, Bewusstheit, Dialog, Existenzielle Traumarbeit, Ganzheit, Körperwahrnehmungen und -übungen*

Einleitung

In diesem Artikel werde ich den roten Faden des Workshops weitestgehend beibehalten. Der Aufbau des Workshops bewegte sich in einem engen Wechsel zwischen Theorie – vermittelt durch Sprache und Powerpoint-Präsentation, also visualisierte Sprache, Bewegung, Introspektion, Imagination, Achtsamkeits-Übungen, Partnerschaftsübungen, und immer wieder Ankommen bei sich selbst in der eigenen leiblichen Befindlichkeit – jetzt.

Mein Anliegen: sich in der wissenden Leiblichkeit mit allen Sinnen zu erfahren, vor aller Sprache und Reflexion im achtsamen Hinspüren und Wahrnehmen, in der Imagination, aber auch narrativ-dialogisch im Gespräch einander zu begegnen, um dem Erlebten und Erfahrenen beschreibend eine kommunizierbare Gestalt zu geben.

Struktur des Artikels

Die Arbeitsaufträge an die TeilnehmerInnen des Workshops setze ich jeweils in einen Kasten. Die thesenartigen, komprimierten Texte der Powerpoint-Präsentation finden Sie hier kursiv gedruckt. Ich ergänze sie in diesem Text durch die ihnen zugrunde liegenden Annahmen.

Zum Beginn des Workshops eine Dialogübung mit dem eigenen Körper:

Wachklopfen

Jede/r wendet sich im Stehen oder – wenn stehen nicht geht – im Sitzen dem eigenen Körper zu, spürt sich in den Händen, der Körper spürt die sanfte Massage, die Ohren hören das Konzert der klopfenden anderen ca. 50 TeilnehmerInnen. In die Stille und abwartende Haltung des Anfangs ist Bewegung gekommen.

Mein Körpertraum

Ein Traumbild, in dem der eigene Körper eine wichtige Rolle spielt, wird gesucht und aufgeschrieben. Eingeleitet wird dieser Arbeitsschritt mit einer den Wechsel von laut zu leise, von außen nach innen leitenden Aufmerksamkeitsübung, einer Reise durch den Körper. Ziel: im hier und jetzt anzukommen. „Ich bin da. Ich bin meine eigene Ausgangsbasis auf der Reise weiter ins Innere und später wieder auf der Reise zu den Anderen in den äußeren Raum."

Auf dieser Übungs- und Erfahrungsgrundlage wende ich mich der Differenzierung des Gebrauches der Begriffe **Körper oder Leib** zu.

Inhalt und Ziel des Workshops war keine theoretische Diskussion der Begriffe Leib und Körper. Ich möchte in diesem Workshop aufmerksam machen auf die unterschiedlichen Möglichkeiten der Benennung, um selbst differenzieren zu können, welcher Begriff dem eigenen Erleben näher kommt.

Der Mensch i s t Leib und h a t Körper - oder: i s t Körper mit allen Sinnen in seiner Weltzugewandtheit und h a t Körper in der Selbstbegegnung, Selbst-Distanzierung und im Bewegtsein?

Auf Grund der vorangegangenen Übung können die TeilhnehmerInnen selbst entscheiden, ob sie in dieser Eingangsübung des Wachklopfens sich eins empfanden mit sich in dieser Aktion, oder ob sie dieses Geschehen eher aus der Selbstdistanzierung erlebt haben: mein Körper ist mir gegenüber, ich habe einen Auftrag, und den erfülle ich jetzt. Oder: Ich habe zwar selbstdistanziert angefangen, dann aber war innen und außen ein großer gemeinsamer Raum, gefüllt mit der Musik von 100 Händen, jede im eigenen Rhythmus und meinem eigenen Mich-Spüren.

Leib oder Körper – das wird hier am Anfang des Workshops nicht theoretisch entschieden, sondern eher aus dem Empfinden und der Gestimmtheit heraus, die sich im Körper gezeigt hat. Bin ich als Person dem Körper und seinen Empfindungen *gegenüber*, oder verschmelze ich zur Leiblichkeit, die alle Dimensionen des Seins umfasst, jetzt im Augenblick, durch das Klopfen des eigenen Körpers und das Hören auf den eigenen Rhythmus und den der anderen?

Ganzheitliche Leiblichkeit – oder ein Raum der Beobachtung?

Die Bedeutung des Körpers bei Frankl

Auf diesem Erfahrungshintergrund möchte ich einen Blick werfen auf die existenzanalytische Anthropologie V. Frankls.

Sein Entwurf der Dimensionalontologie überschreitet zwar den Körper-Geist-Dualismus Descartes. Er sieht den Menschen als eine Einheit und Ganzheit bei aller Vielfalt der Dimensionen, in die hinein sich der Mensch erstreckt: „Denn der Mensch – mag er auch noch so sehr ein geistiges Wesen, im Wesen geistig sein – ist eine leiblich-seelische Einheit und Ganzheit. Darüber hinaus gilt, dass innerhalb des Geistes, noologisch, das Rationale und das Intellektuelle nicht einmal das Eigentliche am Menschsein darstellen; diesen Rang macht ihnen vielmehr das Emotionale und das Existenzielle streitig." (Frankl 2002, 70). Der geistigen Dimension gibt er die Rolle des Primus inter pares, die das eigentliche Humanum ausmache. Den vorrangigen Platz, den er dem Emotionalen und Existen-

ziellen vor dem Rationalen und Intellektuellen einräumt, wird er in Folge eher dem Existenziellen einräumen. Die betonte Einheit und Ganzheit erfährt hier schon wieder ihre Reduktion: „Menschlicher Geist ist bedingt – nicht weniger, aber auch nicht mehr. Der Leib bewirkt ja nichts; er bedingt eben nur; aber diese Bedingtheit menschlichen Geistes besteht nicht zuletzt in der Gebundenheit menschlichen Geistes an seinen Leib, …. in der Angewiesenheit menschlichen Geistes auf die Intaktheit der instrumentalen und expressiven Funktion seines psychophysischen Organismus.“ (Frankl 2002, 80). Obwohl Frankl hier die Phänomene des Menschseins eigentlich korrekt beschreibt, ist da auch ein Unterton (des Bedauerns?) zu spüren: „der Leib bewirkt ja nichts; er bedingt ja nur…“ Er betont zwar die Einheit von Soma-Psyche-Nous (Person), vernachlässigt dann aber doch das Mitspracherecht vor allem des Körpers. Er ist Gegenüber, Dialogpartner, im psychosomatischen Parallelismus zusammen gespannt. Der Körper/Leib erscheint hier als eine Notwendigkeit, damit der Geist sich durch ihn zeigen kann als Spiritus rector, um das situativ Gesollte ver-antworten zu können.

Bedeutung des Körpers in der Weiterentwicklung der Existenzanalyse

Mit der Weiterentwicklung und Ergänzung des Fehlenden durch A. Längle rückt nun die von Frankl zugunsten der Rationalität vernachlässigte Emotionalität in den Vordergrund. Grundlegend in dieser Weiterentwicklung ist das Erforschen der Struktur und Dynamik menschlicher Existenz. Existenz wird hier verstanden als ein Unterwegssein des Menschen als Person, eingebunden in das eigene Wollen, „präsent als Ganzer und als Ganzer handelnd“ (Längle, Holzhey-Kunz 2008, 26 ff). In diesem erweiterten Konzept haben Psyche und Soma wieder ihren partnerschaftlichen Ort erhalten. Die Struktur der Existenz leitet Längle von vier fundamentalen Gegebenheiten menschlicher Existenz ab: 1. *die Welt*, ihre Bedingungen und Möglichkeiten, 2. *das eigene Leben* – auch hier die vitalen Gegebenheiten, 3. *das eigene Personsein* – also die Gestaltwerdung, das Eigensein und 4. die *Zukunft* und das damit verbundene aktive Sich-Einbringen in die Welt (Längle a.a.O. 29)

Während in dieser Weiterentwicklung die Arbeit mit der Psychischen Dimension und ihrer Dynamik besonders in der Personalen Existenzanalyse (PEA) längst Einzug gehalten hat und auch ihre theoretische Definition als „Verschaltungsdimension“ integriert ist, scheint mir die Arbeit mit der Somatischen Dimension, dem Körper, noch existenzanalytisch eigenständiger ausbaufähig zu sein.

Körper als mein Raum in der Welt

Während Frankl noch um das Primat des Geistes/der Person ringt, entstehen bereits meist auf der Grundlage der Tiefenpsychologie – vor und nach dem 2.Weltkrieg – körperorientierte Psychotherapien, die die psychische, somatische und existenzielle Dimension des Menschseins gleichwertig behandeln bzw. verstärkt die somatische Dimension in der Vordergrund rücken. Ihr Anliegen ist es, Soma und Psyche als Einheit zu belassen und als Archiv der gesamten Lebens – oft auch Leidensgeschichte eines Menschen zu würdigen.

Der Mensch in seiner so verstandenen Leiblichkeit und seine Um-Welt sind aufeinander bezogen. Merleau-Ponty (Petzold 1996, 31 f) spricht in diesem Zusammenhang vom „Ineinander von Welt-Körper-Ich“. Wir sind mit den Dingen bzw. der Welt ähnlich verbunden wie mit den unterschiedlichen Teilen unseres Körpers. Wir sind Raum-Körper im Welt-Körper.

Diese Räume sind – nach Merleau-Ponty – genauso miteinander verbunden und verwoben wie in uns das materielle Ausgestattetsein unseres Körpers. Wir können alles isoliert anschauen, aber nichts besteht für sich allein, nicht in uns und nicht um uns. Alles hängt mit allem zusammen – dieser Satz der Chaostheorie würdigt die Aufgabe des einzelnen Organs bzw. Menschen, aber weist auch hin auf den Zusammenhang, das Zusammenspiel und das Angewiesensein der einzelnen Teile.

Körper als „totales Sinnesorgan“

Als Leib (sujet incarné) bezeichnet Merleau-Ponty die Gesamtheit des Menschen in all seinen Dimensionen. Er definiert ihn als *totales Sinnesorgan*, gleichsam der Leib-Raum im Lebens-Raum, während der Körper-Raum als materielle Struktur die physikalische, dingliche Grundlage des Leibes ist und seine Entsprechung im materiellen Weltraum hat.

In den körperorientierten Psychotherapien – meist tiefenpsychologisch ausgerichtet – z.B. der Konzentrativen Bewegungstherapie nach H. Stolze, Psychomotorische Therapie nach A. Pesso, Hakomi nach R. Kurtz, Focusing nach E.T. Gendlin u.v.a.m. geht man davon aus, dass über den Körper das Unbewußte zu erreichen ist. Er hat sein eigenes Gedächtnis, das dem Bewusstsein nicht immer zugänglich ist, er hat aber auch seine eigenen Bewegungen, die wiederum Bewusstheit schaffen (Feldenkrais 1978).

Ich selbst integriere in die existenzanalytische Praxis, so auch in diesen Workshop, überwiegend die von mir auch gelernte Feldenkraismethode „Bewusstheit durch Bewegung“, eine kongruente Ergänzung der Existenzanalyse: sowohl Viktor Frankl, von der Geistigen Dimension ausgehend, als auch Moshé Feldenkrais, von der Somatischen, funktionellen Dimension ausgehend, betonen die Wahlmöglichkeiten, die jeder Mensch in jeder Situation hat, und bezeichnen es als die eigentliche menschliche Freiheit, auch ein Anderer werden zu können bzw. sich zu verändern.

Während Frankl dabei auf die Dynamik des Geistes, der Geistigen Person setzt, geht Feldenkrais von der Dynamik des Körpers und seiner Bewegungen aus, deren Änderungen für ihn gleichbedeutend mit der Änderung unseres Ich-Bildes sind (Feldenkrais 1978, 31).

Nach Feldenkrais besteht das Ich-Bild aus vier Teilen, die an jedem Tun beteiligt sind: Bewegung, Sinnesempfindung, Gefühl und Denken (a.a.O. 31). Beiden – Frankl und Feldenkrais – ist mit dem Fokus auf dem Möglichkeitsspielraum, der Veränderung und

dem in die Zukunft weisenden Handeln die jüdische Handlungsethik abzuspüren. Leben erfüllt sich nicht in der Bewegungslosigkeit, im Zuschauen, im Warteraum der Zukunft, sondern im Tun, Gestalten, Verwirklichen.

Feldenkrais: Sinnesempfindungen, Gefühl und Denken sind mit Bewegung verbunden (Feldenkrais 1978, 33).

Körper und Traum

Warum nun noch die Dimension des Traumes dazunehmen? Die Körpererfahrung im Traum nehme ich als Ausgangspunkt des Workshops, um eine Tiefendimension mit einzubeziehen, in der der Mensch als Person ganz bei sich ist, eben in einer unbewußten personalen Dimension, weltabgewandt und doch die Erfahrungen des Tagbewußtseins (Wyss 1988) in sich bergend, um sie wie in einem gleichnishaften Theaterstück zu erleben, mal als Zuschauer, mal als Mitspieler.

Frankls Anliegen in seiner Beschreibung einer „Existenzanalytischen Traumdeutung“ (Frankl 1988, 34 ff.) ist es u.a., durch freie Assoziation (hier bezieht er sich expressis verbis auf Freud) die unbewusste Geistigkeit „in die Bewusstheit und die Verantwortlichkeit“ (Frankl a.a.O. 34) zu heben.

In den von mir in den letzten Jahren erarbeiteten Methoden der *Existenziellen Traumarbeit* und der *Integrativen Logotherapie und Existenzanalyse*, die dem Workshop zugrunde liegen, versuche ich u.a.

- den Traum in seiner Evidenz zu erhalten,
- statt zu deuten => zu fragen, um zu verstehen,
- den Begriff *Symbol* => durch *Gleichnis* zu ersetzen, und
- nicht nur der Tiefenperson (und damit Gewissen und Verantwortung), sondern auch dem Körper, dem Gefühl und der Bewegung gleiche Aufmerksamkeit zu schenken.

Beide genannten Methoden fußen auf der Weiterentwicklung der Existenzanalyse durch A. Längle, seiner Rezeption der *Emotion* in das Gesamtkonzept der Existenzanalyse V. Frankls, der *Personalen Existenzanalyse* als psychotherapeutischer Methode, sowie der *Sinnerfassungsmethode* und der in ihr enthaltenen existenziellen Dynamik mit der bereits erwähnten Struktur und Dynamik menschlicher Existenz (Längle 2008, 26 ff).

Die Aufmerksamkeit der TeilnehmerInnen war in der letzten Arbeitsphase auf die Powerpointtexte und meine Erläuterungen dazu gerichtet. Aus dem „totalen Sinnesorgan“ Körper waren beansprucht: Hören, Sehen, Denken, evtl. Erinnern, wohl auch Gefühle. Von diesem nach außen Gerichtetsein leite ich zurück zu der Grundübung, mit der ich Imaginationen beginne, aber auch manche Therapiestunde:

Dialog mit Stuhl und Boden

Ziel dieser Wahrnehmungs- und Spürübung ist ein Doppeltes:

1. Mit dem „totalen Sinnesorgan Körper“ das Tragende des Bodens und des Stuhles zu erspüren, auf den hin ich mich loslassen kann und
2. zu erfahren, dass durch den Kontakt mit dem Stuhl und dem Boden (hier als Repräsentanten von gegebener Welt) uns überhaupt erst eine Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit und Leiblichkeit, des eigenen Da-Seins ermöglicht wird: nach den obigen Ausführungen und bezogen auf die Aussagen Merleau-Pontys geht es in dieser Übung um die sinnliche Erfahrung des *„Ineinander von Welt-Körper-Ich“. Wir sind mit den Dingen, bzw. der Welt ähnlich verbunden wie mit den unterschiedlichen Teilen unseres Körpers. Wir sind Raum-Körper im Welt-Körper.*

Die phänomenologischen Grundannahmen und die existenzanalytische Begründung dazu finden wir in der 1.Grundmotivation „Dasein-Können als Grundbedingung der Existenz“ (Längle 2008, 35 ff).

In der nun folgenden kurzen Theorieeinheit geht es noch einmal auf der Grundlage des eben Erspürten und Erfahrenen um: Ich als Körper, als totales Sinnesorgan, als Raum-Körper nehme den Welt-Körper wahr. Der Welt-Körper ist der Grund/Hintergrund, die Bedingung, dass ich mich in aller Leiblichkeit wahrnehmen kann.

Das Somatische als Grundlage für Emotionen

Wir können zwar alle Prozesse in uns getrennt betrachten, das ist vielleicht das spezifische Humanum, aber in unserer Seinswirklichkeit ist alles auf das Dichteste verwoben zu einem Netzwerk der gegenseitigen Bedingungen und Beeinflussungen. Die neuere Neurobiologie bestätigt dieses Netzwerk Leben. Z.B. beschreibt Damasio anhand von Fallstudien hirnverletzter Menschen, dass rationales Denken ohne Emotionen nicht möglich ist. „Damasio versteht Emotion als ein Konglomerat von Empfindungen, die in unterschiedlichem Maße als positiv und negativ erlebt werden. Dieses Konglomerat bezeichnet er als *somatische Marker* (Rothschild 2002, 94 ff).

D.h., dass den Emotionen Körperempfindungen zugrunde liegen, die ihre eigene Rolle spielen, oft vorbewusst. Sie sind Ratgeber auf unterschiedlichste Art und Weise, wenn Menschen sich entscheiden.

Von der Abgrenzung

Denken <=> Fühlen, Geist <=> Körper

zur Begegnung:

Körper, Denken, Emotion sind verbunden zu einheitlichen Netzwerken, zum Netzwerk Leben.

(Oder: Alles ist mit allem verbunden.)

Was Damasio somatische Marker nennt, nutzt Eugene T. Gendlin im von ihm entwickelten Focusing. Er bezeichnet mit Körper den von innen fühlenden Körper, versteht ihn ebenfalls nicht nur als Materie oder untergeordnetes Material, sondern als einen Interaktionsprozess. Wie Merleau-Ponty und Damasio plädiert auch Gendlin für eine Sichtweise, in der Körper und Umwelt nicht getrennt voneinander betrachtet werden, denn dann wäre der Körper eine Maschine und lediglich verzwecktes Material. Er versteht den Körper als eine interaktive Einheit mit seiner (Um-) Welt. Diese prozesshafte, fortschreitende Interaktion umschreibt er mit dem Satz „Der Körper ist die ungeteilte Vielheit der Situation.“ (Gendlin, Wiltschko, 2007). Ich denke, dass diese Sicht

auch mit der existenziellen Dynamik vergleichbar ist, die Frankl meint, wenn er den Menschen als einen vom Leben Befragten beschreibt und die Längle (Längle 2008, 96) aufnimmt unter der Überschrift *Die existenzielle Situation.* Gemeint ist das Bezogensein des Menschen auf seine Innenwelt und Außenwelt. Längle bezeichnet diesen Dialog des Bezogenseins als die tragende Stabilität, die nicht starr ist, sondern durch das Gefragtsein und Antworten lebendige, fortschreitende Dynamik erhält. „Als dialogisches Wesen entkommt der Mensch dem strukturellen Zwang nicht, zu allem was ist, … seine Antwort zu suchen." (Längle a.a.O.)

An diese Stelle gehört für mich die körperzentrierte Weiterführung von Gendlin, Damasio u.a.m., die diesen Prozess des situativen Weitergehens auf dem Fundament des Mensch-Welt-Bezogenseins aus der Vergeistigung in die Verkörperung bringen. Der Körper als „totales Sinnesorgan" gibt Antwort, präreflexiv, und will zu verstehender Gesprächspartner sein als lebendige Unmittelbarkeit (Baxa, Kreszmeier 2002, 27).

Fazit: In der existenziellen Arbeit auf dem Hintergrund der Existenzanalyse und der begleitenden Wahrnehmungsschulung geht es darum, den Körper mit Hilfe eben dieser Achtsamkeitsschulung anzunehmen als das Haus, das ich bewohne. Er ist mein Platz in der Welt, Basis, Ausgangsort und Raum der Einkehr. Er bewahrt meine Erinnerungen, Träume und Visionen, meine Emotionen, Gedanken und Bilder – meine Geschichte.

Die nach außen gerichtete Aufmerksamkeit wird zum Körper zurückgeholt:

Sitzen spüren – unterschiedliche Positionen einnehmen

Auch diese Übung ist wieder ein Dialog mit sich und dem Stuhl, dieses Mal in unterschiedlichen Positionen. Wie sitze ich eigentlich in diesem Augenblick, wenn ich mit meiner Aufmerksamkeit im Außen bin? Will ich so sitzen? Ist es anders bequemer? Was spüre ich von mir in den unterschiedlichen Positionen, was nimmt mein Körper vom Stuhl wahr?

Nach dem Intermezzo durch die Wahrnehmung des Körpers und seiner Sitzpositionen wird im Folgenden der Hintergrund der Methode der Existenziellen Traumarbeit vermittelt: wir nehmen nicht nur unterschiedliche Körperhaltungen ein – aus Gewohnheit oder ganz aktuell als erste körperliche Resonanz in einer Situation, wir tragen auch verschiedene Grundkenntnisse und -annahmen über Themen in uns. Zum Thema Traum sind diese Grundannahmen meist geprägt von der Freudschen Psychoanalyse oder von dem Traumverständnis C.G. Jungs.

Existenzielle Traumarbeit

Die existenzielle Traumarbeit ist keine neue Deutungsposition, sondern ist eine Methode auf dem Hintergrund der Existenzanalyse und steht mit ihr in der Tradition der Existenziellen Psychotherapie mit dem existenzphilosophischen Menschenbild und Seins-Verständnis.

Das Menschenbild der Existenziellen Psychotherapie:

Der Mensch ist kein geschlossenes System, sondern weltoffen, hingerichtet auf Welt (Scheler), menschliche Existenz ist Dialog und Begegnung (Buber), ist Verwobensein mit der Welt (Heidegger).

Für LogotherapeutInnen und ExistenzanalytikerInnen klingt hier Vertrautes an: die Grundannahme der Existenzanalyse, dass alles menschliche Sein nur im Dialog geschieht und möglich ist. Der Mensch wird im Dialog gezeugt, kommt auf die Welt und die Welt und die anderen sind schon da, wächst und reift im Dialog der Beziehung und Begegnung, das Ich wird am Du (Buber), er begegnet sich selbst im Spiegel der anderen und wird ganz er selbst im Dialog mit seinem Engagement in der Welt (Jaspers).

Die vier Grundmotivationen von A. Längle (Längle, Holzhey-Kunz 2008) zeichnen dieses dialogische Prinzip als fundamentale Bedingungen des Menschseins nach.

In der sich anschließenden Übung wird nach einer Dialogübung im Außen das am Anfang aufgeschriebene Körper-Traumbild imaginiert, also in einem anderen Entspannungszustand erinnert.

- **Dialogübung zu zweit** – mit den Händen sich den Händen des/der PartnerIn nähern. Wann spüre ich den anderen? Was spüre ich von mir durch den anderen?
- **Sitzen und Einkehren bei sich,**
- **Kurze, achtsame Reise durch den Körper und anschließende**
- **Imagination des Körper-Traums.**
- **Aufschreiben der Imagination**: was ist durch die Imagination und die ihr vorangehende Reise durch den Körper evtl. anders als in dem am Anfang erinnerten und aufgeschriebenen Traumbild?

Die Methode der Existenziellen Traumarbeit:

Es geht dabei um das Fragen nach Bedeutungen, nach dem Wesen der Trauminhalte, damit der/die TräumerIn von sich erzählen kann.

Die Existenzielle Traumarbeit ist damit eine narrative Arbeit im Entdecken von Bedeutungen der Trauminhalte durch die Träumer selbst.

Die vier Grund-Fragen nach der Bedeutung der Trauminhalte:

1. *Was ist das Wesen/Wesentliche (hier bezogen auf den Workshop) z.B. des Körpers, seiner Position und evtl. Bewegung?*
2. *Was bedeutet diese Körpererfahrung im realen Tag-Erleben des/der TräumerIn (Erinnerungen, Vergleiche etc…)?*
3. *Was bedeutet diese Körpererfahrung der TräumerIn in diesem Traum, in der Nacht-Traumwirklichkeit?*
4. *Was von der Lebenswirklichkeit und inneren Dynamik des Träumers zeigt dieses Traumbild KÖRPER als Gleichnis? Wofür könnte es stehen?*

Im Workshop konzentriere ich mich auf die beiden ersten Fragen, die phänomenologische, die von den TeilnehmerInnen der Kleingruppe gemeinsam erarbeitet werden kann, und die biografische, die nur von dem/der TräumerIn beantwortet und erzählt werden kann.

Arbeit am Traumbild Körper

Hier gehört in unterschiedlicher Weise dazu die Frage nach dem Körperempfinden, der Bewegung, dem Gefühl.

Die 1. Frage wird erklärt, Vierergruppen gebildet, in denen, wer will und mag, sein Traumbild vorliest, und gemeinsam nach dem Wesen der jeweiligen Körpererfahrung geforscht wird unter Einklammerung von Deutungen.

Die 2. Frage wird in Einzelarbeit beantwortet, wer will auch im Dialog mit den anderen.

Weitere Fragen an das Traumgeschehen können gestellt werden:

nach der Bewegungsspur im Traum, nach der Denkspur, nach der Gefühlsspur.

Nach dieser lebhaften, aber auch nachdenklichen Gruppenarbeit wird in einer abschließenden Übung, der Zentrierung auf die eigene Leiblichkeit wieder Raum gegeben:

Verkörperung

Einkehr bei sich selbst aus dem Dialog von außen in die Begegnung innen:

Wo bin ich jetzt? Was ist mit meinem Körperempfinden jetzt, was mit dem erspürten, er-innerten Traumbild? Was hat es jetzt verändert?

Zusammenfassung

Durch das häufige Wechseln zwischen den verschiedenen Wahrnehmungsebenen sollte erfahrbar gemacht werden, dass

Innen und Außen => e i n Erlebnisraum ist, in dem die personalen Fähigkeiten

Öffnen und Abgrenzen, Eindruck und Ausdruck, auf der Grundlage der impliziten menschlichen Ausstattungen durch Spüren-Fühlen-Denken-Bewegen als leibliche Phänomene Verkörperungen des Geistigen sind.

In der Tradition des Zen-Buddhismus gehören zu den „Vier Grundlagen der Achtsamkeit“ u.a. folgende Prinzipien (Baker in: Baxa et al. 2002, 26):

- Jedes geistige Phänomen hat eine körperliche Kompetente,
- und jedes fühlende körperliche Phänomen hat eine geistige Komponente.
- Geist und Körper sind nicht eins und nicht zwei, sie sind eine Beziehung, die kultiviert werden kann.

In der Weiterentwicklung der Existenzanalyse durch die Integration der Emotion (Längle 2008) hat dieser Kongress unter dem Thema **„leibhaftig. Körper und Psyche“** sicher auch Aufforderungscharakter, den Franklschen Satz „Der Leib bewirkt ja nichts; er bedingt eben nur“ (Frankl 1998 a.a.O.) zu verändern in eine wertschätzendere Haltung. Die Beziehung Geist/Person und Körper kultivieren wir durch unsere geistige, personale Achtsamkeit, die den Körper als Raum würdigt, in dem unser Leben in allen seine Facetten und Dimensionen aufbewahrt wird.

Be-Sinnung:

Am Ende, nach alldem: Noch einmal die Aufforderung, bei sich einzukehren. Die Aufmerksamkeit vom Hören nach außen auf das Spüren nach innen umzulenken: Vergleichen des Körperempfindens jetzt am Ende mit dem erinnerten Anfang und dem Körperempfinden vor dreieinhalb Stunden beim Hereinkommen in den Raum. Was war da in mir präsent? Was ist jetzt?

Literatur

Baxa GL, Kreszmeier AH (2002) Verkörperungen. Systemische Aufstellung, Körperarbeit und Ritual. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme

Feldenkrais M (1978) Bewusstheit durch Bewegung. Der aufrechte Gang. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Frankl VE (1988) Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion. München: Kösel

Frankl VE (2002) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Weinheim/Basel: Beltz

Gendlin ET, Wiltschko J (2007) Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart: Klett-Cotta

Längle A (Hg) (2003) Emotion und Existenz. Wien: GLE-Verlag

Längle A, Holzhey-Kunz A (2008) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas Seiten?

Petzold HG (1996) Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Band I/1. Paderborn: Junfermann

Rothschild B (2002) Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis

Wyss D (1988) Traumbewusstsein?. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht

Anschrift der Verfasserin:
Susanne Jaeger-Gerlach
D-10789 Berlin, Lietzenburger Straße 39
s.jaeger-gerlach@existenzanalyse.com

Informationen zur GLE

- **Ausbildung in Psychotherapie und Beratung**
- **Fort- und Weiterbildungen**
- **Landesvereine Ö,D,CH**
- **Institute**
- **Nationale und Internationale Aktivitäten**
- **Kongresse**
- **Publikationen**
- **Kontaktadressen**

GLE-Int.: www.existenzanalyse.org
GLE-Ö: www.gle.at
GLE-D: www.gle-d.de
IGEAP-CH: www.existenzanalyse.ch

Dasein – Atmen – Achtsamkeit

Existenzanalyse und vorreflexives leibliches Erleben

Markus Angermayr

Im Workshop der Internationalen Tagung der GLE 2009 sollte der Zugang zum vorreflexiven leiblichen Erleben des In-der-Welt-Seins und dessen Bedeutung für die existenzanalytische Psychotherapie vermittelt werden. Im Mittelpunkt standen Übungssequenzen aus der Tradition der Breema-Körperarbeit, die phänomenologisch reflektiert wurden. Dabei werden die existenzanalytischen Interessen einer Arbeit mit dem Körper und mögliche Entwicklungsfelder in den Blick genommen. Der Essay versteht sich als Versuch, die Arbeit mit dem Körper nicht nur theoretisch, sondern konkret und praktisch in die Existenzanalyse einzubringen. Die Ausführungen sind als Anmerkungen und skizzenhafte Vertiefungen zur existenzanalytischen Anthropologie und Praxis zu verstehen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Schlüsselwörter: *Breema-Körperarbeit, Existenzanalyse, Grundmotivationen, Körper, Leib, Phänomenologie*

Es ist bezeichnend für existenzielle Ansätze, dass sie mit dem Naheliegenden und Selbstverständlichsten beginnen, dieses Vorgefundene einer genauen phänomenologischen Betrachtung unterziehen und dabei wesentliche Strukturen und Prozesse des Existenziellen herausfiltern. Zentraler Ausgangspunkt existenzanalytischer Psychotherapie ist das *In-der-Welt-Sein* (Heidegger 2006, 52), das Sich-Vorfinden in bestimmten Situationen. Existenziell gesehen gibt es keinen „*Punkt von Nirgendwo*“. Noch bevor wir darüber „*nach-denken*“ sind wir bereits da, als atmender Körper, mit dem Gespür und der Stimmung des Leibes, dem Gewicht des Körpers[1], dem Rhythmus und der Lebendigkeit des *Durchatmet-Seins* und einer uns zugehörigen Haltung. In gewisser Weise ist unser Leib ursprünglich vertraut mit der Erfahrung des Seins.

Im Folgenden versuche ich die Idee zum Workshop nachzuzeichnen und die zentralen existenzanalytischen Interessen dabei aufzuzeigen. Was hat Selbst-Breema und Breema-Körperarbeit bewirkt? Mit dem Versuch die Bedeutung der Körperarbeit für die Praxis der existenzanalytischen Psychotherapie zu fassen, könnte sich ein Ausblick auf ein Entwicklungsfeld existenzanalytischer Arbeit mit dem Körper eröffnen.

1. Die Idee zum Workshop im Rahmen der Tagung „Leibhaftig – Körper & Psyche“

Aus meiner eigenen Erfahrung in der Ausbildung und in der Praxis als Existenzanalytiker und der Begegnung mit Breema-Körperarbeit wuchs in mir der Wunsch, die phänomenologische Arbeit mit dem Körper mehr in die Praxis einzubringen. Konzeptionell ist das Körper-Haben und Leib-Sein des Menschen in der Anthropologie und Theorie der Grundmotivationen von Längle sehr gut fundiert und auch immer wieder exemplarisch angeführt (Längle 2008, 37). Ergänzend zur Theoriebildung sollte dem konkreten Erleben des Körpers mehr Raum gegeben werden. In der Ausbildungspraxis gibt es ein paar sehr gute Atemübungen (Grenzatmung, Bauchatmung) und immer wieder die Ermutigung, zentrale Begriffe, wie „Raum haben“ oder den „Vertrauensprozess“ (Längle 2007, 33, 35-37, 40-42, 60), „Demut“, „Nähe und Zuwendung“, oder „Wertschätzung“ in eine körperliche Gebärde umzusetzen, um so zu einem tieferen Verstehen zu gelangen. In dieser Linie versteht sich der Workshop als eine Weiterführung.

Dabei wirkt die konkrete Arbeit mit dem Körper auf drei Ebenen:

1. Im Blick auf die eigene Präsenz und die Psychohygiene im Sinne eines achtsamen Dasein-Könnens und des aufmerksamen Spürens des Lebens in mir (1. und 2. Grundmotivation). Darauf wurde im Workshop der Schwerpunkt gelegt.
2. Körperorientierte Selbsterfahrung wirkt sich auf den diagnostischen Blick aus und bereichert und vertieft die Wahrnehmung.
3. Dabei eröffnet sich ein weites Feld möglicher Beziehungsgestaltung und Dialogmöglichkeit, die das Wissen des Körpers stärker mit einbezieht.

Breema®-Körperarbeit, Haltung und Prinzipien

Breema Körperarbeit wurde seit 1980 von einer Gruppe um Jon Schreiber und Malouchek Mooshan in Oakland, Kalifornien entwickelt. Das Wort Breema ist eine Zusammensetzung aus den Anfangsbuchstaben: Being, Right now, Everywhere, Every moment, Myself, Actually; (genau jetzt, überall, in jedem Augenblick, tatsächlich, ich selbst sein) (Schreiber 2008, 9, 15).

In der Begegnung mit anderen psychologisch relevanten/ in der Psychotherapie zur Anwendung kommenden Körperarbeiten wie zum Beispiel Bioenergetik, der initiatischen Leibtherapie nach Dürckheim, Feldenkrais oder mit bewegungsorientierten Ansätzen wie Qigong fällt auf, dass diese Methoden durchaus intendieren gesundheitsfördernd, heilend oder Blockaden auf-

[1] Hintergrund bildet die Unterscheidung von spürbarem Leib-Sein und gegenständlichem Körper-Haben. Im Folgenden spreche ich von der Arbeit mit dem Körper, wenn auch das Erleben immer als leibliches Spüren verstanden ist. Der Leib ist dabei verstanden als „Knotenpunkt lebendiger Bedeutungen“ (Fuchs 2000, 66). Ich lehne mich dabei an Brenner und Zirfas an, die davon sprechen, dass der Zugang zum Leib heute nur über den Körper erfolgen kann (Brenner, Zirfas 2002, 235). An einigen Stellen spreche ich vom „Körperleib“ um die unauflösliche Verschränkung zu betonen.

lösend zu wirken, Energieflüsse ermöglichen sollen und dass eine entspannende Wirkung eintreten sollte. All dies ist in Breema auch möglich, wird aber nicht intendiert. Keine, mit Ausnahme der Breema-Körperarbeit, zumindest so weit ich derzeit sehen kann, belässt ihre Arbeit einfach an der Wahrnehmung des Körper-Habens und Leib-Seins, um ein Erleben der eigenen Präsenz zu ermöglichen. Breema will zu einem „Geschmack“ des einfachen Daseins verhelfen und dieses in seiner ursprünglichen – essenziellen – Einheit (Körperwahrnehmung, Denken und Fühlen) erfahren. Dabei kann die unterstützende und nährende Qualität des Daseins erlebt werden. Dazu ist es nötig, präsent zu werden. Der Verstand, der ständig mit Benennen, Vergleichen, Beurteilen, usw. beschäftigt ist, bekommt in der Breema-Übung die Aufgabe den Körper zu „registrieren“. Dadurch wird unser Denken in das leibliche Geschehen eingebunden und verstärkt das Gegenwartserleben, statt das Erleben zu kommentieren.

Zur Unterstützung wurden eine Fülle von Einzelsequenzen (Selbst-Breema) und Partnerübungen (Breema-Körperarbeit) entwickelt. Breema orientiert sich dabei an neun Prinzipien: Körper bequem; Nichts extra; Bestimmtheit und Sanftheit; Ganze Beteiligung; Gegenseitige Unterstützung; Keine Beurteilung; Keine Eile – keine Unterbrechung; Einziger Moment – Einzige Aktivität; Keine Kraftanstrengung (Schreiber 2008, 9, 15).

Es ist eine sehr spielerische Art des Umgangs mit dem Körper. Gerade aufgrund der Absicht, mit der Hilfe des Körpers zum Erleben meiner Präsenz zu kommen und der Einfachheit ist Selbst-Breema und Breema-Körperarbeit aus existenzanalytischer Sicht unterstützend und eröffnet einen phänomenologischen Zugang zur Erfahrung des Körper-Habens und Leib-Seins.

Breema-Körperarbeit Setting

Die Ausrichtung des Workshops war ressourcenorientiert. Jede Breema Sequenz wurde durch den Dreischritt „Wahrnehmen – Akzeptieren – Weiterschreiten“ rhythmisiert. An dieser Stelle sei angemerkt, dass es auch die Möglichkeit gibt, leiblich gespürten Einschlüssen (z.B. Schmerz) nachzugehen und die dazupassenden Situationen zu ergründen und sich selbst und seinen Schmerz darin zu verstehen. Dies entspricht einem problem- und konfliktorientierten Vorgehen. Breema geht ausschließlich ressourcenorientiert vor. Die Praxis ist geprägt von einem starken Lehrer-Schüler-Verhältnis mit der Betonung der Akzeptanz und der unterstützenden Atmosphäre.

Orientierung bei den Übungssequenzen gaben uns drei von den neun Prinzipien der Breema Arbeit:

Körper bequem

Die Einladung, eine bequeme Körperhaltung einzunehmen. Ich nehme mir Zeit, es mir gut einzurichten. Nehme ein paar Atemzüge in aller Ruhe. Erlebe, dass der Körper atmet. So bin ich in der gegenwärtigen Situation verfügbar und bereit, dem Anderen zu begegnen, ihn zu berühren. Ich fühle mich wohl im Körper, lasse los, und es entsteht die Möglichkeit, an dem, was ich tue, mit innerer Zustimmung ganz beteiligt zu sein.

Keine Kraftanwendung

Jede Bewegung geschieht mit dem ganzen Körper, so, dass „jede Zelle beteiligt ist“. Wenn der ganze Körper beteiligt ist, brauchen auch schwierig aussehende Bewegungen keine isolierte Muskelkraft der Arme oder Hände, sondern sie geschehen mühelos, weil Breema nichts vom Körper verlangt, was nicht natürlich für ihn wäre (Schreiber 2008, 18). In den Sequenzen wird statt Muskelkraft das entspannte Gewicht des Körpers eingesetzt.

Kein Extra

Das Gewahrsein meines atmenden Körpers ist einfach und wird mit Übung immer selbstverständlicher, dazu braucht es keine „Extras“. Keine verstärkte Konzentration. Kein Bemühen, es besonders gut zu machen. Die Qualität der Berührung ist absichtslos und will nichts bezwecken. Das wiederholte Erleben des Körpergewichts, des Atmens und des Wohlseins reicht, um „das Gegenwärtige zu erfahren, ohne es zu verändern oder zu interpretieren“ (Levine 1998, 90).

Neben einer Reihe von Selbst-Breema Übungen (Einzelübungen), einer körperbezogenen Atem-Meditation wurden auch zwei Breema Partnersequenzen vorgestellt und geübt. Die einfachen Übungen bestehen dabei aus natürlichen Bewegungen wie Streichen, Lehnen, Halten, Loslassen, Klopfen, Schaukeln; sie werden am Boden auf weichen Matten oder Teppichen ausgeführt.

Um ein klareres Bild von Breema zu bekommen, zeigt die Abbildung 1 eine Selbst-Breema Übung und Abbildung 2 eine Position einer Breema Partner Sequenz.

In den Publikationen des Breema Center wird wiederholt darauf hingewiesen, dass schriftliche Beschreibungen von Breema Übungen zwar die physischen Bewegungsequenzen wiedergeben, aber die essenziellen Komponenten nicht vermitteln können.

2. Die zentralen existenzanalytischen Interessen an der Arbeit mit dem Körper

Existenzanalytisch-orientierte Körperarbeit interessiert sich für die Grundtatsache des Körper-Habens und Leib-Seins zuallererst unter Einklammerung von Absicht und Intention. Nach Merleau-Ponty bedeutet Husserls Schlagwort „zu den Sachen selbst“, „die Forderung, auf diejenige Welterfahrung zurückzugehen, die jeder sprachlichen Artikulation und wissenschaftlicher Begriffsfixierung voraus liegt und ihre Voraussetzung bildet“ (Zahavi 2007, 38).

Die Phänomenologie ist unverzichtbarer methodischer Ausgangspunkt. Anhand des Prozessmodells der Personalen Existenzanalyse spüren wir dem Eindruck der verschiedenen einfachen Übungs-Sequenzen auf den Körper nach und versuchen den phänomenalen Gehalt des Erspürten zu bergen. In weiterer Folge kann dieses Gespürte und Erfühlte für den Dialog fruchtbar gemacht werden. Gerade beim psychosomatisch erkrankten Menschen gelingt die Kommunikation mit dem Körper nicht. Die „Dynamik des leiblichen Befindens ist im Prinzip bereits dialogischer Natur“ (Fuchs 2000, 77). Ebenso spricht auch Bernhard Waldenfels vom „leiblichen Responsorium“, das er als „Antwortlichkeit“ bestimmt. Er sieht

Selbst-Breema Übung
„In diesem Augenblick die Essenz berühren“

Stelle oder setze dich bequem hin. Führe die Fingerspitzen jeder Hand sanft zusammen.

1. Überkreuze die Arme und halte mit den Fingerspitzen der rechten Hand die weiche Mulde knapp unter dem linken Schlüsselbein. Mit den Fingerspitzen der linken Hand halte an der gleichen Stelle auf der rechten Körperseite. Halte sehr sanft für drei Atemzüge.

2-3. Lege die Fingerspitzen für drei Atemzüge in die Vertiefung hinter und etwas unterhalb der Ohrläppchen (unter dem mastoid). Die Arme sind dabei nicht mehr überkreuzt.

4. Halte mit zusammengelegten Fingerspitzen sanft die Oberseite der Wangenknochen, knapp unter den Augen, für drei Atemzüge.

5. Halte mit den zusammengelegten Fingerspitzen – besonders sanft – die geschlossenen Augenlieder für drei Atemzüge.

6. Lege die zusammengelegten Fingerspitzen der linken Hand sanft zwischen die Augenbrauen und die Fingerspitzen der rechten Hand auf die Stirnmitte knapp unter dem Haaransatz und halte für drei Atemzüge. Der Ballen der rechten Hand ruht leicht auf den Fingern der linken Hand.

7-10. Öffne die Hände und streiche mit beiden Händen über die Stirn, über den Kopf zum Nacken, über die Brust zum Bauch, seitlich zu den Nieren und die Oberschenkel hinunter bis zu den Knien (wenn du die Übung im Sitzen machst).

11-12. Wenn du die Übung im Stehen machst, streiche weiter über die Rückseite der Beine hinunter bis über die Zehen aus. Richte den Körper langsam auf, die Arme ruhen an den Seiten.

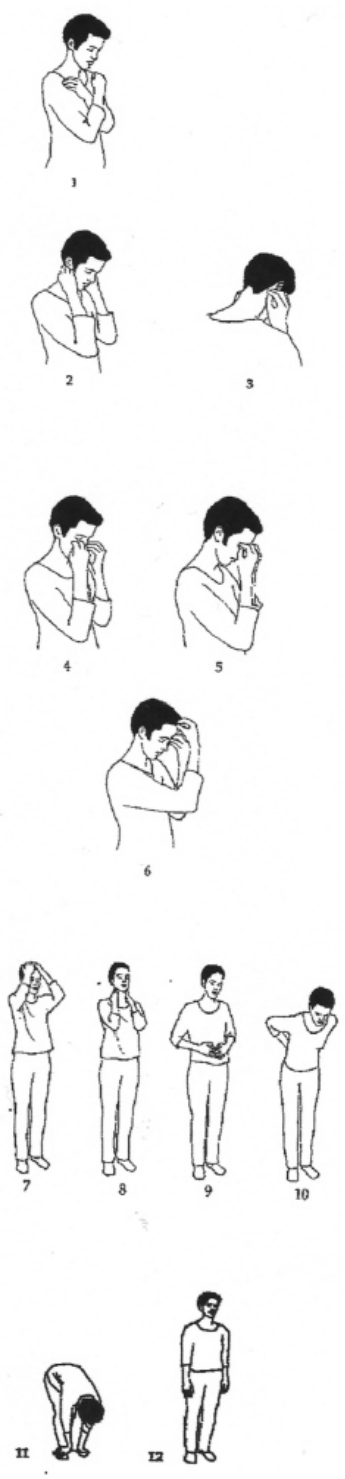


Abb. 1: Schreiber 2003. Selbst-Breema. Übungen für ein harmonisches Leben. 142-143
In den Publikationen des Breema Center wird wiederholt darauf hingewiesen, dass schriftliche Beschreibungen von Breema Übungen zwar die physischen Bewegungsequenzen wiedergeben, aber die essenziellen Komponenten nicht vermitteln können.

darin ein leiblich verankertes Grundverhältnis zur Welt (Waldenfels 2000, 372). Das existenzanalytische Basistheorem der Dialogik der Person ist damit nicht nur geistig, sondern inkarniert und Fleisch geworden. Längle geht von einer fraktalen eingefleischten Struktur der Grundmotivationen aus, mit ihren jeweiligen psychischen und körperlichen Repräsentanten (vgl. Längle 2009, 17). Die Wahrnehmung und Eröffnung dieses Dialogs mit der unbewussten körper-leiblichen Tiefe wird zur Quelle und nährt mein Person-Sein. Es ist die Erfahrung eines inneren Gegenübers, eines Du, aus der eigenen Tiefe.

Konkret wurden folgende Ziele verfolgt (Schwerpunkt auf der 1. und 2. Grundmotivation):

- Bezugnahme zur vorreflexiven körper-leiblichen Erfahrung des Daseins als Nährboden unseres Lebens.
- Die Dynamik des Körper-Leibes erfahren, wie sie im Rhythmus der Atmung gegeben ist und ein „Zu-mir-Kommen“ sowie ein „Mich-Loslassen“ ermöglicht.
- In Seinsfühlung zu bleiben, d.h. in Beziehung mit der Tiefenperson zu sein und dabei zu verweilen. Diese Beziehung ist mehr eine gefühlte oder wie im Breema gesagt wird: es braucht einen Geschmack davon (Schreiber 2008, 7, 8).
- Die Erfahrung der Präsenz zu üben, des wirklichen Daseins von Augenblick zu Augenblick. Entdecken des Eigenwerts meines Körper-Habens.

Die nur oberflächlich selbstverständliche Tatsache des „Ich–bin“ sollte aus eigener Erfahrung „geschmeckt“ werden. Dies ist der Boden – die vorreflexive „somatische Ressource“ (Rothschild 2002, 148) – auf dem ich dann dazu Stellung nehme und mich so in ein stimmiges Verhältnis setze. Das Erleben von Stimmigkeit verweist auf den (Resonanz-) Körper. Stimmigkeit ist ein leibhaftiger Maßstab.

In den sich zeigenden leiblichen Tiefenschichten finden sich weiters die Phänomene, die Längle in den Grundmotivationen beschrieben hat. Diese tragen – verkörpert – unser Selbstverständnis und Identitätsgefühl.

3. Was hat Selbst-Breema und Breema-Körperarbeit bewirkt?

Abb. 2: Breema Center Oakland, Breema-Körperarbeit

Aus den Rückmeldungen geht hervor, dass die verschiedenen Körperübungen zur vertieften Erfahrung von Halt, Raum, Ruhe, Zeit haben, Gelassenheit und das Spüren der eigenen Lebendigkeit und Nähe zu sich und dem Anderen führten, bis hin zu einem Staunen über das Dasein. Die Differenz zwischen theoretischen Annahmen und Konzepten und dem tatsächlichen Erleben wurde deutlich. Weiters wurden Erfahrungen berichtet, die auf frühe, im Leibgedächtnis gespeicherte Einschlüsse (Fuchs 2009, 46-52) hinweisen. Solche leiblichen Einschlüsse können sich als Ressourcen oder als konfliktbeladen erweisen. Zum Beispiel beim Schaukeln der Füße: Wann wurden wir zuletzt einmal wohlwollend und liebevoll und gleichzeitig absichtslos, sanft und bestimmt geschaukelt? Solche Erfahrungen werden als sehr berührend und nährend erlebt, sowohl in der „aktiven" als auch in der „passiven" Rolle. Dabei konnte auch die gegenseitige Unterstützung durch den Körper des Anderen nach dem Motto: Körper unterstützt Körper und Leben unterstützt Leben, erfahren werden. Dem entspricht auch das Breema Prinzip: Gegenseitige Unterstützung. Merleau-Ponty hat dies als „Zwischenleibliche Situation" (Fuchs 2000, 20) begrifflich gefasst und er meint damit, dass sich unsere Körper miteinander verstehen, ohne dass wir genau wüssten wie. Dieses Mehr an Verstehen ist diskursiv nicht mehr einholbar.

4. Die Bedeutung körperorientierter Selbsterfahrung für die Praxis der existenzanalytischen Psychotherapie

Ganz allgemein ist die, zum Spüren hin, öffnende Wirkung auf die Person zu nennen. Es kommt durch phänomenologische Körperarbeit zu einer „Schärfung" des „Empfangsapparates Mensch". Wir filtern mit den Spür-Antennen unserer Leiblichkeit, aus dem Zwischen der Beziehung, dem Rauschen der eigenen unbewussten Tiefe, wie auch aus den überpersönlichen Atmosphären diejenigen Gefühle heraus, die sich als wesentlich zeigen (Fuchs 2000, 81).

Die Bedeutung wird im Folgenden anhand des Strukturmodells aufgezeigt.

1. Grundmotivation: Dasein-Können

Die Vertiefung und Verstärkung des Weltbezugs soll ermöglicht werden. Das Üben von Körpergewahrsein kann zu einer sicheren Verbindung zur Gegenwart werden und die Selbstannahme erleichtern. Der „Körperleib" ist die sedimentierte Vorgeschichte meines gegenwärtigen Daseins. Selbstannahme heißt, diese Vorgegebenheit, das eigene Potential und auch die eigenen Beschränkungen zu übernehmen. Die erlebte und geübte Akzeptanz, das Vertrauen und die Erfahrung von Widerstand, Halt, Raum und Seinsgrund unterstützten die Selbstannahme. In dieser Atmosphäre der Akzeptanz kann sich das Erleben der Präsenz entfalten. Ich bin damit mehr da und erlebe „den Körper als meinen Verbündeten" (Rothschild 2002, 148). Dabei kann auch das Vertrauen geborgen werden, das unreflektiert voraussetzt, dass der Körper atmet, für das richtige innere Milieu sorgt, gehen kann, usf.

2. Grundmotivation: Leben-Mögen

Auf der Ebene der 2. Grundmotivation wirkt sich Körperarbeit auf die Fähigkeit aus, sich selbst wohlwollend und voll Akzeptanz zuzuwenden. Der Eigenwert des Körpers wird spürbar. Das ermöglicht das Bei-sich-verweilen-Können und sich Zeit zum Atmen zu schenken. Die innere Beziehung zu sich, sich selber heilsam berühren zu lernen, ist ein zentraler Wirkfaktor in der Psychotherapie. Damit stärke ich wesentlich den Bezug zum Leben und die Erfahrung des Grundwertes. An dieser Stelle verweise ich auf die neurobiologischen Studien über die positive, und die Entwicklung fördernde Wirkung von Berührungen, die ich nicht näher ausführe (Dem Peptidhormon Oxitocin wird dabei eine Fülle von Wirkungen zugeschrieben: Einfluss auf die Bindungsfähigkeit, Stress reduzierend, entzündungshemmend, usw. (Reddemann 2006)). Das Fühlen des Atemrhythmus ermöglicht ein Im-Takt-Sein mit sich selbst, ein In-sich-schwingen-Können, auch Werte schwingen lassen.

3. Grundmotivation: Sosein-Dürfen

Im Bereich der 3. Grundmotivation scheint die Bedeutung der Achtsamkeit sich selbst und der eigenen Tiefe (Tiefenperson) gegenüber, sowie die Fähigkeit zur Selbstfürsorge zentral. Durch die Aufgabe des Verstandes, den Körper wahrzunehmen, anstatt ständig mit Benennen, Vergleichen, Beurteilen, usw. beschäftigt zu sein, wird unser Denken in das eigenleibliche Geschehen eingebunden und verstärkt das Gegenwartserleben meines So-Seins. Diese Fähigkeit der (Selbst-) Distanzierung im Sinne einer Dis-Identifikation von Gedanken, Vorstellungen und Konzepten schafft Freiheit und Offenheit für mich selbst als leibliches Wesen. Ich bin eben mehr als meine Gedanken und Konzepte. Die erlebte Eigenständigkeit des Körpers ist dabei anzuerkennen. Die erspürten körperlichen Rhythmen können durch die innere Zustimmung zu meinen ganz eigenen – *personiert* – werden. Die geübte Achtsamkeit kann zur Lenkung der Aufmerksamkeit eingesetzt werden und stärkt die Erfahrung, dass ich etwas tun kann und nicht hilflos bin (Methode der Mindfulness-Based-Stress-Reduction (Lehrhaupt 2007, 142-147)). Die achtsamkeitsbasierten Ansätze in der Psychotherapie sind inzwischen ganz gut erforscht und empirisch bestätigt (Heidenreich T, Junghans-Royack K, Michalak J 2007, 202-216).

Vor allem die Entwicklungen in der Traumatherapie haben die Bedeutung der Arbeit mit dem Körper wieder sichtbar gemacht. So meint Levine, dass die

Wurzel des Traumas im instinktiven Teil unserer Existenz liegt, „der stark an unseren Körper gebunden ist. Deshalb finden wir den Schlüssel zur Traumaheilung, sowohl in unserem Körper als auch in unserm Geist“ (Levine 1998, 43).

4. Grundmotivation: Sinnvolles-Wollen

Auf der 4. Grundmotivationsebene wirkt sich die Arbeit am Körper durch das Erleben des Eingebettet-Seins in die Welt und des Durchatmet-Seins in der Lebendigkeit positiv aus. Zudem ist eine achtsame Praxis in der Lage gewohnte Handlungsautomatismen und gedankenlose Routinen aufzubrechen und die zur Verfügung stehenden Energien besser zu nützen. Dabei eröffnen sich Sinn-Zusammenhänge bis an die „Tür zur Transzendenz“ (Frankl 1982, 75). Hier eröffnen sich „*transpersonale*“ Aspekte der Existenzanalyse.

5. Was blieb offen und eröffnet damit einen Ausblick auf ein Entwicklungsfeld existenzanalytischer Arbeit mit dem Körper?

Das existenzanalytische Entwicklungsfeld unterteile ich in ein theoretisches und ein praktisches, ohne die beiden streng zu trennen. Es geht um ein achtsames Hin- und Hergehen zwischen dem leiblichen Erleben und der Bildung von Konzepten. Hier kann durch ein solches Vorgehen „frische Luft“ in die Konzepte kommen. Abschließend erfolgt ein kritischer Blick auf das Konzept Breema.

Anmerkungen zur existenzanalytischen Theorieentwicklung

Auf sie wurde im Workshop zugunsten der Praxis kaum eingegangen, darum hier nur ein paar Anmerkungen. Es ist ein Verdienst von Längle, die Bedeutung des Körpers und das Verstehen des Leibes im anthropologischen Konzept der Grundmotivationen theoretisch fundiert zu haben (Längle 2008, 29). Dass diese Entwicklung und Einarbeitung noch nicht abgeschlossen ist, wird an den Ausführungen beim Kongress, vor allem durch die Vorträge von A. Längle, E. Bauer und D. Trobisch deutlich. Die dualistische Tendenz Frankls, die ihn zur Betonung der „Trotzmacht des Geistes“ (Frankl 1995, 124) führte, ist zu würdigen (z.B. als Überlebenskunst), aber auch kritisch zu reflektieren. Es geht um einen verstehenden Umgang mit der „großen Vernunft des Leibes“ (Nietzsche 1994, 119) und, wie es Trobisch in seinem Referat formulierte, sich „dem Dialog mit dem Körper gerade nicht trotzig zu verschließen“. Weiters verwies Trobisch darauf, dass wir als geistig Begreifende immer körperlich Ergriffene seien und jeder Denkprozess von einem Evidenzgefühl getragen sei.“ Im Körperleib findet sich ein sedimentiertes Wissen von der Welt. Die „Instrumentalisierung des Körpers“ (Frankl 2002, 83), die sich durch den Antagonismus zwischen Geistigem und Psychophysikum einschleicht, ist darum in enge Grenzen zu weisen. Nach Längle haben wir von einer durchdrungenen Integrität auszugehen. Existenz emergiert aus Körper und Psyche, ist deren Verlängerung ins Geistige, und nichts substanziell Neues (vgl. Längle 2009, 16). Auch die Bedeutung der „Zwischenleiblichkeit“ scheint mir theoretisch sehr spannend und praktisch bedeutungsvoll zu sein und ist noch wenig angedacht. Das führt uns bereits zum praktischen Entwicklungsfeld.

Entwicklungsfeld existenzanalytische Praxis

Gerade die Betonung des Einheitlichen – der durchdrungenen Integrität – in der heutigen Existenzanalyse erfordert, dies in der Praxis zunehmend zu berücksichtigen. Das heißt, der Selbsterfahrung durch Körperarbeit einen angemessenen Raum zu geben. Offen bleiben im Workshop auch viele Fragen der Anwendung im Sinne einer „Körperdiagnostik“ oder Interventionsformen, die den Körper direkt mit einbeziehen oder helfen, mit dem Körper in einen Dialog zu kommen. Diese Fragen sind zwar ansatzweise angedacht, aber wenig bearbeitet und ausgeführt. Dabei scheinen sich vielversprechende und spannende Fragen für die weitere Entwicklung und Arbeit im Rahmen der Existenzanalyse zu eröffnen.

Der Zugang und die körperorientierte Selbsterfahrung der Therapeuten und Therapeutinnen ist die entscheidende Voraussetzung, diese Ebene in die Therapie und Lehre einzubringen. Die eigene Erfahrung des Körper-Habens und Leib-Seins ist unverzichtbar. Vorreflexiv bildet sie den Boden all unseres Handelns, den Ausgangspunkt existenzieller Lebensgestaltung und – so muss man ergänzen – existenzielle Lebensgestaltung ist unaufhörlich Verkörperung. Es lohnt sich für existenzielle Psychotherapeuten, sich dem nährenden Boden des Seins und dem Fließen des Lebens in uns zu öffnen – auf ganz einfache Art.

Kritische Anmerkung zur Theoriebildung und Philosophie von Breema

1. Breema kann keine Psychotherapie ersetzen.

So betont der Ausbildungsleiter für Breema-Körperarbeit in Österreich Aron Saltiel, dass Breema keine therapeutischen Werkzeuge und kein therapeutisches Persönlichkeits- und Beziehungsmodell anbietet, ebensowenig Problemlösungs- und Konfliktbewältigungstrategien. Deshalb wäre jeglicher Präsentation dieser Körperarbeit und der damit verbundenen Philosophie als Psychotherapie, mit Vorsicht zu begegnen.

Sie ist ressourcenorientiert und lässt auftretende Konflikte psychodynamisch und personal unbearbeitet. Konflikte werden auf der transpersonalen Ebene angesprochen und auf die Identifikation mit Gedanken und Gefühlen zurückgeführt, die als uneigentlich relativiert werden. Im Ereignis des Augenblicks relativiert sich das Empfinden der Sorge nach der Annahme „why worry – just breathe“. Dieses Phänomen ist tatsächlich zu erleben und setzt gleichzeitig Ressourcen frei, sich mit den Problemen auf neuartige Weise auseinanderzusetzen. Das eine solche radikale Selbstdistanzierung – Disidentifikation – eine einigermaßen „gesunde“ Entwicklung der Person voraussetzt, ist unbestreitbar. In letzter Zeit beginnt auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Breema in Schwung zu kommen. So berichtet Michaelis von einer Einzelfallstudie in Graz (Michaelis/Mikula 2007, 206) und einer Reihe von Studien an Schulen.

2. In den vom Breema Center in Oakland/Californien publizierten Texten eröffnen sich begriffliche und konzeptionelle Schwierigkeiten, die auf zumindest zwei Gründe zurückzuführen sind:

a) Die vage Begriffsverwendung und die im Englischen fehlende Differenzierung von Leib und Körper: Die veröffentlichten Texte entsprechen mehr der Charakteristik von Weisheitsliteratur und verweisen auf den Bezugsrahmen des „transpersonal-integralen Paradigma". Dieses Paradigma begrüßt die Polyperspektivität ausdrücklich, um mehrdimensionale Zugänge und Zusammenhänge deutlich zu machen. Dabei spielen auch meditative und spirituelle Zustände als Erweiterung des Bewusstseinsspektrums eine entscheidende Rolle (Michaelis/Mikula 2007, 52).

b) Die Einbettung im „*Transpersonalen Paradigma*" und Fundierung in der östlichen Philosophie: In diesem Bezugsrahmen werden „entsprechend einer synthetischen und integralen Sichtweise auch die Grenzen der Logik und die traditionellen Formen der Erkenntnisgewinnung akzeptiert, gleichwohl wissend, dass Intuition und andere Formen der Erkenntnisgewinnung zugelassen werden" (Michaelis/Mikula 2007, 41). Das Erleben der Einheit von Körper und Verstand wird nicht immanent gedeutet, sondern transzendiert und im Sprachspiel östlicher Philosophie begründet. In diesem Rahmen überrascht es nicht, dass Aspekte des „Personalen" zugunsten des „Lebens" suspendiert werden. Diese Suspendierung erinnert an Hegels dreifachen Sinn der Aufhebung: des Verneinens, des Aufbewahrens und der Integration in eine höhere Stufe der Entwicklung. Für jemanden, der ein weltimmanentes Paradigma bevorzugt, wirkt die transpersonal-metaphysische Interpretation der körperleiblichen Erfahrung befremdend.

Die philosophischen Prämissen werden von den Autoren allerdings nicht als etwas „*für-wahr-zu-Haltendes*" vorgetragen. Breema ist letztendlich anwendungsorientiert und verlangt von denen, die es lernen, nur das als wahr zu akzeptieren, was sie für sich selbst verifizieren können (Schreiber 2008, 13). Breema zeigt sich hier als Übungsweg mit ständigem Verweis auf die eigene Erfahrung und das Erleben.

Eine grundlegende philosophische Kritik dieses Paradigmas würde hier zu weit führen.

Schlussbemerkung

Bei einer wohlwollenden Lesart zeigt sich hier ein Grundphänomen, das auch in den verschiedenen existenzphilosophischen Entwürfen sichtbar wird. Das gespürte Leben lässt sich reflexiv nicht einholen, es ist immer schon vorweg. Um das vorreflexive körperleibliche Erleben im Medium der Sprache zu erfassen bietet die Phänomenologie ein alternatives begriffliches Feld, mit einer Brücke zur Transzendenz, ohne diese inhaltlich auszudeuten.

Natürlich geht die Intention der Existenzanalyse als Psychotherapie über die Praxis von Breema-Körperarbeit hinaus, und doch treffen sie sich im Sinne eines vorreflexiven Ausgangs- und personalen Fluchtpunktes wieder: Beim akzeptierten, gespürten und geschmeckten, innerlich bejahten Sich-Einlassen auf das Dasein.

Es ist – existenzanalytisch und breemaspezifisch gesehen – gerade nicht das Vielwissen, welches die Seele sättigt, „sondern das Fühlen und Kosten der Dinge von Innen" (Loyola 1965, 2). Dieses „Schmecken", die Beziehungsaufnahme mit dem einfachen körperleiblichen Sein und Leben in mir ist immer wieder neu …

Augenblick für Augenblick

Literatur

Bauer E (2009) Ich und mein Leib – Versuch der Neuinterpretation der Leib-Seele-Einheit. In: Existenzanalyse 26, 2, 4-12

Brenner A, Zirfas J (2002) Leiblich sein. In: Brenner A, Zirfas J (2002) Lexikon der Lebenskunst. Leipzig: Reclam, 234-240

Dürckheim K G (2005) Hara. Die Erdmitte des Menschen. Frankfurt: Fischer

Frankl V E (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke

Frankl V E (1995) Ärztliche Seelsorge. Frankfurt: Fischer

Frankl V E (2002) Logotherapie und Existenzanalyse. Weinheim: Beltz

Fuchs T (2000) Leib–Raum–Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta

Fuchs T (2009) Leibgedächtnis und Lebensgeschichte. In: Existenzanalyse 26,2 Wien: GLE, 46-52

Heidegger M (2006) Sein und Zeit. Tübingen: Max. Niemeyr Verlag

Heidenreich T, Junghanns-Royack K, Michalak J (2007) Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze: Stand der empirischen Forschung. In: Anderssen-Reuster (2007) Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer, 202-214

Längle A (2007) Lernskriptum zur Existenzanalyse. Die 1. Grundmotivation. Wien: GLE

Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, 13-34

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 23–179

Lehrhaupt L (2007) Schulung der Aufmerksamkeit – Eine Einführung in die Stressbewältigung durch Achtsamkeit nach Kabat-Zinn. In: Anderssen-Reuster (2007) Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer, 142-147

Levine P A (1998) Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen: Synthesis

Loyola I (1965) Die Exerzitien. Übertragen von Hans Urs v. Balthasar. Einsiedeln: Johannes Verlag

Michaelis D, Mikula R (2007) Die Babuschkas tanzen in die Pädagogik hinein. Stuttgart: Ibidem Verlag

Nietzsche F (1994) Also sprach Zarathustra. Köln: Könemann

Reddemann L (2006) Heilsame Berührungen. Müllheim: Auditorium DVD

Rothschild B (2002) Der Körper erinnert sich. Essen: Synthesis

Schreiber J (2008) Breema und die neun Prinzipien der Harmonie. Österreich

Schreiber J, Berezonsky D (2003) Selbst Breema: Übungen für ein harmonisches Leben. München: Richard Pflaum Verlag

Waldenfels B (2000) Das leibliche Selbst. Frankfurt: Suhrkamp

Zahavi D (2007) Phänomenologie für Einsteiger. Paderborn: Wilhelm Fink

Anschrift des Verfassers
Mag. Markus Angermayr
A-4020 Linz, Andreas-Hofer-Straße 3
mail@markusangermayr.at
www.markusangermayr.at

Krank und selber schuld?

Konversionsstörungen bei Kinder und Jugendlichen

Tina Rossmann

Während OrganmedizinerInnen häufig vermitteln, eine Erkrankung wäre „nur“ psychosomatisch, erleben Eltern gerade dies häufig als überaus bedrohlich und viele Mütter und Väter würden eine mehr Klarheit vermittelnde, handfeste organische Diagnose bevorzugen.

Eltern und PatientInnen zeigen häufig starke Berührungsängste mit dem psychiatrisch-psychologisch-psychotherapeutischen Fachgebiet, welches mit vielen Vorurteilen behaftet und für Eltern häufig gleichbedeutend ist mit „wir sind schuld“ oder „unser Kind ist nicht richtig im Kopf“.

Es wird anhand des klinischen Alltags der Referentin an einer Neuropädiatrie die Bedeutung der Kooperation zwischen ÄrztInnen und PsychologInnen/PsychotherapeutInnen aufgezeigt sowie die Schwierigkeit des Umgangs mit „psychosomatischen“ Auffälligkeiten im Sinne von Ausschlussdiagnosen beleuchtet.

Schlüsselwörter: *Diagnosemitteilung, Konversionsstörung bei Kindern, Nachsorge, Therapie*

Diagnosefindung – eine Odyssee?

Körperliche Symptome bei Kindern und Jugendlichen aus dem Bereich der Neurologie (z.B. Störungen der Bewegungs- oder der Sinneswahrnehmung) sind für den Patienten und dessen Eltern stark besorgniserregend und führen in der Regel zu einer unmittelbaren Vorstellung beim Kinderarzt bzw. in der Spitalsambulanz.

Der Arzt führt in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik mehr oder weniger umfassende, orientierende bzw. differenzialdiagnostische Untersuchungen durch, aus denen sich in der Regel keine auffälligen bzw. pathologischen Befunde ergeben. Der Arzt findet somit keine biomedizinischen Hinweise oder Erklärungen für das Auftreten der neurologischen Phänomene und teilt dies der Familie mit. Die häufig im ersten Augenblick spürbare Erleichterung auf beiden Seiten (Arzt, Familie) mündet bei der Familie, vor allem den Eltern meist sehr rasch in Unsicherheit, häufig geknüpft an die Frage: „Was kann es dann sein?“, oder die Formulierung: „Irgendetwas muss es aber doch sein!“

Manche Ärzte tasten sich hier bereits in Richtung psychogene Erklärungsalternativen vor und bieten den Eltern Stress, Belastungen, Sorgen der Kinder als mögliche „Verursacher“ an. Manche Eltern lehnen diese Erklärungen strikt ab, andere erkennen sie teilweise an – die Mehrzahl zweifelt jedoch Stress als zugrundeliegende Ursache für diese Phänomene an.

In dieser Ratlosigkeit und in der Verunsicherung betreffend die Gesundheit des eigenen Kindes fragen Eltern nun nach weiterer medizinischer Abklärung. Vielfach werden nun zusätzliche Untersuchungen und Tests angeordnet, die Ärzten häufig nicht notwendig erscheinen, jedoch im Sinne der Beruhigung der Eltern angeordnet und durchgeführt werden. Positive Befunde bleiben aus. Der Arzt teilt dies den Eltern mit, nun unwillig noch weitere Untersuchungen durchzuführen. Die Familie bleibt ohne echte, spürbare Entlastung, erlebt sich vielfach hilflos bis ausgeliefert und nimmt die zunehmende „Unwilligkeit“ des Arztes bezüglich weiterer Untersuchungen wahr. Oft steigt gleichzeitig der auf die Eltern ausgeübte Druck sich der psychologischen Erklärungsalternative „Stress“ zuzuwenden und eine psychologische Abklärung durchführen zu lassen. Die Irritation auf Seiten der Eltern ist mehr oder weniger groß. Einige Eltern wenden sich tatsächlich an einen Psychologen/Psychotherapeuten, die meisten Eltern gehen jedoch ohne für sie klare Handlungsmöglichkeiten – vor allem wenn die Symptomatik in der Zwischenzeit abgeklungen ist – nach Hause.

Nun tritt die Symptomatik neuerlich auf und nach Angaben der Familie durchaus auch in stressfreien Zeiten (wie z.B. Wochenende, Ferien, Urlaub etc.). Es kommt zur Wiedervorstellung. Für die Familie ist klar: Stress kann nicht die alleinige Ursache für die Symptome sein und sie fordert weitere organische Untersuchungen ein. Häufig gesellen sich zu den Sorgen um das eigene Kind Gedanken zur möglichen Inkompetenz des Arztes hinzu.

Der Arzt, durch das für ihn anstrengende, fordernde und skeptische Verhalten der Eltern nun seinerseits irritiert, lehnt die Durchführung weiterer Untersuchungen ab. Mögliche Begründungen gegenüber Eltern sind vor allem, dass diese nicht notwendig wären, es aus Kostengründen nicht verantwortbar wäre, weitere Untersuchungen dem Kind nicht unbegründet zumutbar wären etc.

Enttäuschung und Hilflosigkeit der Familie führen dazu, den Arzt zu wechseln bzw. spätestens bei der nächsten Episode einen neuen Arzt zu konsultieren, um eine unvoreingenommene Meinung zu erhalten. In vielen Fällen nimmt die Interaktion auch dort einen ungünstigen Verlauf und es erfolgt die Vorstellung in einem Spezialzentrum. Die umfassenden Vorbefunde werden vervollständigt und „abgerundet“, mit noch aufwendigeren apparativen oder auch invasiven Untersuchungen – in der Regel, nicht in allen Fällen – bleiben positive Befunde weiter aus.

Noeker (2008) beschrieb für deutsche Kliniken und Ambulanzen einen analogen prototypischen Ablauf der Arzt-Patienten-Interaktion für somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters. Diese Interaktionsdynamik zeigt sich somit offensichtlich auch in anderen Ländern und scheint somatopsychischen Störungsbildern immanent.

Die häufigsten somatischen Differentialdiagnosen bei Erstvorstellung nach Brunner & Resch (2006, S. 33):

- Myasthenia gravis
- Multiple Sklerose
- Guillain-Barré-Syndrom
- Degenerative Erkrankungen der Basalganglien
- Polyneuropathien
- Myopathien
- Medikamentösbedingte extrapyramidale Symptome
- Zerebraler Insult, zerebelläre Störungen
- Anfallserkrankungen
- Tumoröse Erkrankungen

Es ist psychosomatisch?!

Um das Erleben der Familien in diesem Ablauf zu veranschaulichen, wird im Folgenden ein durch Eltern aus ihrer Erinnerung rekonstruiertes Gespräch anschließend an die Diagnosemitteilung „Es ist psychosomatisch." dargestellt.

Es handelt sich um die Eltern von Marian, einem neun jährigen Mädchen, welches unter rezidivierenden Schwindelanfällen leidet, für deren Erklärung organische Hinweise fehlen.

Die Eltern erinnern, dass nur die Mutter zum Diagnosegespräch ging und als sie nach Hause kam, ihrem Mann mitteilte:

M: „Es ist psychosomatisch."
V: „Was ist es?"
M: „Es ist psychosomatisch. Dr. XX sagt, sie haben nichts gefunden."
V: „Was soll das heißen, sie haben nichts gefunden?"
M: „Na ja, die Ärzte glauben, dass Marian nicht krank ist, sondern alles nur mit Stress zu tun hat."
V: „Ja aber wir haben ihnen doch 100mal gesagt, dass sie das manchmal auch am Wochenende hat – und da hat sie bestimmt keinen Stress gehabt – da gings ihr doch gut!?"
M: „Ja mir musst du das nicht erzählen!"
V: „Und jetzt hören sie auf zu suchen, oder wie?"
M: „Ja, eigentlich schon. Sie meinen, es wäre bei keiner Untersuchung etwas raus gekommen – sie können nichts weiter für uns tun."
V: „Und wie stellen die sich das jetzt vor – sie kann doch so nicht in die Schule gehen!!? Und was ist mit dem Reiten? Wollen sie ihr das jetzt auch verbieten? Die sollen gefälligst weitersuchen, sonst wechseln wir das Krankenhaus!"
M: „An das Reiten hab ich gar nicht gedacht – das habe ich den Dr. XX gar nicht gefragt…"
V: „Na, dass sollen die mir erklären, wie das gehen soll…!?"
M: „Na ja, sie meinen, wir sollten uns besser einen Termin mit der Psychologin ausmachen…"
V: „Ja glauben die jetzt auch noch, dass sie einen Huscha hat und sich das alles nur einbildet – ja vielleicht auch noch, dass sie oder wir selber schuld dran sind!??"

Moderne Medizin?

Aber nicht nur Eltern fällt es schwer, sich auf die Hypothese einer psychischen Störung mit körperlichen Symptomen einzulassen. Auch Ärzten, die heute im Zeitalter der „modernen Medizin" gewohnt sein sollen, biopsychosozial zu denken, fällt es oft schwer, sich auf Familien mit diesen Schwierigkeiten einzulassen. Ärztliche Skepsis mündet manchmal in Aussagen wie:

A: „Ach so, Sie meinen, die bildet sich das alles nur ein?"
A: „Das ist reine Zeitverschwendung, die brauchen ja alle einen Psychiater!"
A: „Und was meinen Sie – zu viel Sex, oder zu wenig?"

Unverständnis, Abwertung und verschiedenste subjektive Erklärungskonzepte treffen hier zusammen und prallen manchmal direkt auf die Skepsis, Unsicherheit, Scheu und Scham der Eltern.

Daraus wird ersichtlich, dass weiter viel Aufklärung und interdisziplinäre Diskussion notwendig ist. Im Alltag erfordert es Offenheit und Wertschätzung füreinander, manchmal tiefes Durchatmen und Geduld!

Parallelität: Neurologie und Psychologie

Ziel ist es, aus den gemeinsamen Erfahrungen mit den Familien und ihren Rückmeldungen zu lernen. Eine der wichtigsten Erkenntnisse ist, dass schon bei erstem Verdacht in Hinblick auf eine Konversionsstörung parallel zur neurologischen Abklärung eine psychologische Diagnostik durchgeführt werden soll. Im günstigsten Fall wird der Kontakt zum psychosozialen Team bereits bei erster Äußerung der Verdachtsdiagnose Konversionsstörung direkt vor Ort in der Klinik angebahnt. Durch die Niederschwelligkeit des Angebotes ist dieses für Eltern leichter nutzbar und es bietet die Möglichkeit des direkten interdisziplinären Austausches.

Zentral ist, stets beide Eltern bzw. die Hauptbezugspersonen der Kinder und Jugendlichen gemeinsam einzubeziehen, vor allem bei Diagnose- oder Therapieanbahnungsgesprächen, da sonst später zu Hause ein (eventuell selbst wenig überzeugter) Elternteil einen anderen (skeptischen, ablehnenden, etc.) Elternteil überzeugen soll bzw. oft viele Fragen offen bleiben.

Psychosomatik als Ausschlussdiagnose?

Zur Förderung der Akzeptanz einer psychogenen Genese der Konversionsphänomene ist es von immenser Bedeutung, diese Diagnose nicht im Sinne einer Ausschlussdiagnose zu verwenden. Einerseits schüren Aussagen wie „Wir haben nichts gefunden – ergo – es ist (nur) psychosomatisch." die Ängste der Eltern bzw. eventuell auch die Zweifel über die ärztliche Kompetenz, andererseits vermitteln Formulierungen wie „es ist nur psychosomatisch" den Eindruck, als wäre das, worunter das Kind leidet nichts Echtes oder nichts Richtiges bzw. nichts Ernstzunehmendes und lösen bei den Familien häufig Schuld- und Schamgefühle aus, die sich in verschiedenen Aussagen zeigen, wie z.B. „Haben wir Schuld daran?" „Haben wir das verbrochen?", „Ist unser Kind verrückt?", „Und wir sind den Ärzten so lange zur Last gefallen.", „Wie sagen wir das den Anderen?" etc. Oder in den Worten des Vaters von Marian – „ja glauben die jetzt auch noch, dass sie einen Huscha hat und sich das alles nur einbildet – ja vielleicht auch noch, dass sie oder wir selber schuld dran sind!?"

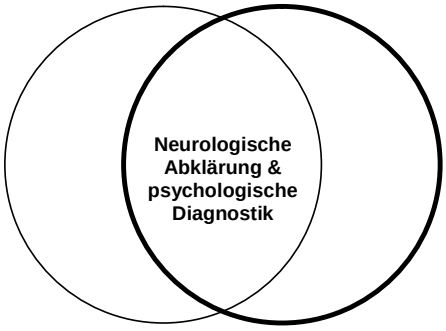
Erleichterung für die Eltern durch

das Überbringen dieser Botschaft ist selten beobachtbar. „Psychosomatik“ ist nichts Greifbares, nichts Handfestes, Stress als Verursachungshypothese für diese Art der körperlichen Symptomatik nur schwer nachvollziehbar bzw. überhaupt vorstellbar, die Behandlungsoptionen weniger klar bis diffus im Vergleich zu organischen Krankheiten und darüber hinaus sind die Berührungsängste mit dem „Psycho-Team“ oft sehr groß und verbunden mit der Angst, „nicht normal“ oder „nicht ganz richtig“ oder „schuld“ zu sein.

Viele Eltern fühlen sich durch solche Aussagen nicht ernst genommen und brechen den Kontakt ab bzw. wechseln den Arzt. Ein häufiges Phänomen ist das „doctor shopping“, geleitet von dem Wunsch nach einer neuen unvoreingenommenen ärztlichen Meinung.

Äußerung des Verdachts auf Konversionsstörung

Wie kann es gelingen? Wie sonst kann man Eltern diese Verdachtsdiagnose vermitteln? Im günstigsten Fall sind unserer Erfahrung entsprechend bei Diagnosevermittlung beide Eltern bzw. Hauptbezugspersonen des Kindes anwesend sowie der behandelnde Arzt und der zuständige Psychologe/Psychotherapeut. Im stationären Setting hat es sich bewährt darüber hinaus auch die zuständige Diplomkrankenschwester bzw. -pfleger dazuzuholen. In Abhängigkeit des Alters des Kindes nimmt dieses ebenfalls teil an der Besprechung. Ansonsten findet die kindliche Aufklärung separat statt.



Eine mögliche Formulierung von Seiten des Arztes (vgl. Noeker, 2008 für somatoforme Störungen) könnte sein: *„Das was Sie und Ihre Tochter/Sohn uns beschrieben haben, was wir (Krankenschwestern, Ärzte) hier bisher beobachten konnten, sowie die Befunde die wir schon haben, sprechen für eine funktionelle Störung. Vielleicht haben Sie diesen Begriff der „funktionellen“ Störung schon einmal gehört? ... Kurz gefasst sind damit Krankheitszeichen gemeint, die uns eine organische Erkrankung vermuten lassen – welche jedoch nicht vorliegt – sich von dieser aber auch durch typische Merkmale unterscheidet. Typisch für eine funktionelle Störung bei Ihrem Kind ist … (z.B. Symptome widersprechen bekannten anatomischen oder physiologischen Mustern, akuter Verlust/Veränderung einer neurologisch gesteuerten Sinnesfunktion, fluktuierender Verlauf, häufig plötzliches Abklingen der Symptome, oft situative Auslöser, typisches Alter, fehlende pathologische Befunde). Funktionelle Störungen die neurologische Krankheiten imitieren, bezeichnet man als Konversionsstörungen. Konversionsstörungen sind sehr, sehr häufig bei Kindern und Jugendlichen und kommen auch bei Erwachsenen vor. Wir haben damit viel Erfahrung hier an der Klinik. Wir möchten aber ganz sicher gehen, dass es so ist, und dazu brauchen wir noch verschiedene weitere Untersuchungen – vor allem … (Aufzählen der notwendigen medizinischen Untersuchungen und die jeweilige Begründung), psychologische und ev. sogar auch kinderpsychiatrische. Dieser Aufwand wird Ihnen vermutlich sehr hoch vorkommen, vielleicht sogar übertrieben – aber er ist unserer Erfahrung nach notwendig, um ganz sicher gehen zu können.“*

Zentrale Botschaften an die Familien

Durch diese Art der Formulierung ist es möglich der Familie verschiedene, zentrale Botschaften zu vermitteln. Es wird dadurch Sorgfalt vermittelt (Kenntnis der Krankengeschichte, Zusammenschau sämtlicher Befunde, umfassende Diagnostik, um zugrunde liegende organische Krankheiten auszuschließen – die zentrale Sorge der Eltern) und ein „Ernst-Genommen-Sein“. Es wird der Familie nahe gebracht, dass sich das gesamte Team zuständig fühlt, sich einbringt – d.h. maximaler Aufwand betrieben wird, alles für das Kind getan wird. Gleichzeitig wird kommuniziert, dass funktionelle Störungen häufig sind und das Team spezifische Erfahrung auf diesem Gebiet hat. Es wird in einfachen Worten erklärt, was eine funktionelle Störung/Konversionsstörung ist und warum sie bei diesem Kind wahrscheinlich ist und welche Zeichen dafür typisch sind. Diese Vermittlung von Erfahrung, Kompetenz und Seriosität soll der Familie helfen, sich in kleinen Schritten auf diese Möglichkeit einzulassen.

Diagnosemitteilung

Darüber hinaus erleichtert das frühe Benennen der Verdachtsdiagnose später die Mitteilung von ausschließlich negativen, d.h. unauffälligen organmedizinischen Befunden – im Sinne eines weiteren Puzzleteils, welcher das Gesamtbild vervollständigt – nicht im Sinne einer Ausschlussdiagnose.

Der Arzt kann der Familie nun z.B. Folgendes mitteilen: *„Wir haben Ihr Kind nun sehr gut kennen gelernt – und es ist schön, Ihnen sagen zu können, dass es völlig gesund ist. Alle medizinischen Untersuchungen belegen das. Ihr Kind erfüllt somit die Merkmale einer Konversionsstörung. Die Symptome (z.B. Schwindel, Kribbeln, Lähmung etc.) sind jedoch sehr unangenehm/schmerzhaft und machen den Alltag Ihres Sohnes/Tochter oft schwierig. Deshalb ist es wichtig, dass wir diese Schwierigkeiten sehr ernst nehmen. Gut ist, dass sie dem Körper nicht schaden, rein medizinisch betrachtet sind sie unbedenklich – d.h. wir müssen uns keine Sorgen machen“* (vgl. Noeker, 2008).

Die Kernbotschaften, die hier vermittelt werden, sind zum Einen, dass das Krankheitsgefühl des Patienten und die sich daraus ergebenden potentiellen Einschränkungen im Alltag ernst genommen werden und zum Anderen wird den Eltern, durch das Herausstreichen einer langfristig guten medizinischen Prognose, Sicherheit gegeben.

Miteinbezug familiärer Krankheitskonzepte

Damit Eltern diese Sicherheit auch wirklich entwickeln können, braucht es eine Offenheit des medizinischen Behandlungsteams gegenüber den möglichen Krankheitskonzepten des Patienten und der Familie, denn diese bilden die Basis für den Umgang mit der Krankheit und ihre Bewältigung und in diesem Sinne für den Verlauf. Diese Krankheitskonzepte entsprechen vielfach „kognitiven Verzerrungen" (vgl. Noeker, 2008). Daher gilt es als wesentlich, die Eltern zu fragen, wie plausibel ihnen die übermittelten Informationen scheinen, welche Vorstellungen sie selbst dazu haben und vor allem welche Sorgen weiter bestehen bleiben (z.B. welche zugrunde liegende Krankheit sie befürchten) – trotz der Versicherung der Gesundheit des Kindes durch den Arzt.

Dies braucht die Wertschätzung der Eltern in ihrer Sorge und die Würdigung ihrer Gedanken, welche sie sich über die Situation ihres Kindes gemacht haben. Nur so ist es möglich, der Familie und ihren Anliegen, Sorgen und Nöten gerecht zu werden und langfristig durch individuelle Adaption mittels weiterer Informationen ein gemeinsames Krankheitskonzept zu entwickeln bzw. durch ev. abschließende zusätzliche Untersuchungen auch den nun formulierten „tiefen" Ängsten der Eltern zu begegnen bzw. diesen, durch Prüfung der Realität etwas entgegenzusetzen. Marians Mutter litt sehr unter der Angst, die Schwindelsymptomatik ihrer Tochter könnte im Zusammenhang mit einem Hirntumor stehen. Sie erklärte, Ärzte hätten bei ihrer Nichte deren Impulsivität und Verhaltensprobleme als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) verkannt und später hätte sich dann herausgestellt, dass die Symptomatik durch einen Gehirntumor bedingt war. Dies entspricht nach Noeker einer kognitiven Verzerrung im Sinne einer Übergeneralisierung: Erfahrungen aus einer spezifischen Situation führen zu weit reichenden, negativen Schlussfolgerungen für die Zukunft (Noeker 2008, 178). Angefragt, welche Untersuchungen hilfreich wären, diese Angst zu beruhigen, erklärte Marians Mutter, dass bei ihrer Nichte eine Magnetresonanztomografie (MRT) den onkologischen Befund erbrachte. In Rücksprache mit Marian, ihrem Vater und den behandelnden Ärzten wurde eine MRT-Untersuchung in einigem zeitlichen Abstand (zur ersten, im Rahmen der umfassenden medizinischen Abklärung bereits durchgeführten MRT-Untersuchung) vereinbart.

Medizinische Behandlungsangebote rücken in den Hintergrund

Für eine nachhaltig erfolgreiche Bewältigung ist es wichtig, Therapieziele realistisch zu formulieren und die Erwartungen der Eltern – z.B. bezüglich der Möglichkeiten medizinischer Behandlung im engeren Sinne zu kennen und gegebenenfalls zu hinterfragen bzw. zu klären, medizinische Behandlungsangebote in den Hintergrund, psychologische Behandlungsangebote in den Vordergrund zu rücken.

Neben der Aufklärung der Eltern bedarf es meines Erachtens einer ebenso umfassenden Aufklärung der Kinder und Jugendlichen durch das Behandlungsteam und sollte nicht ausschließlich den Eltern überantwortet werden. In der Aufklärung der Kinder ist es erfahrungsgemäß essentiell, Erklärungen sehr anschaulich zu gestalten. Gemeint ist damit nicht nur zu erklären, dass unser Körper auf psychischen Stress reagiert – sondern dies auch durch Beispiele aus dem Alltag der Kinder zu illustrieren. Im günstigen Fall können Kinder zu verschiedenen Erlebenszuständen (Freude, Trauer, Angst, Wut, Verlegenheit, Erschrecken etc.) selbst erlebte Körperzustände beschreiben, falls nicht können Beispiele alltagsnah z.B. bei Aufregung vor Schularbeiten: Herzklopfen, schwitzende Hände oder z. B. bei Traurigkeit: Weinen, Müdigkeit, Appetitlosigkeit oder bei Angst: Gänsehaut, Zittern, nicht still sitzen können, Schlaflosigkeit etc. angeboten werden. Vermittelt werden soll, dass diese Reaktionen des Körpers nicht krankhaft sind, sondern sinnvoll – denn sie sind Zeichen dafür, wie sehr uns etwas betrifft, freut, aufregt, ängstigt oder in Verlegenheit bringt etc. So geht unser Körper mit unserem Erleben um.

Gleichzeitig wird mit den Kindern erarbeitet, dass manche Körperreaktionen sehr stark und trotzdem nicht gefährlich sind bzw. kein Hinweis auf eine schwere, zugrunde liegende Krankheit. In vielen Fällen machen wir dazu kleine „Experimente" – z.B. Wettlauf. Vor und nach dem Wettrennen wird alles was am Körper wahrgenommen wird beschrieben – vorher: trockene Haut, Herz klopft ruhig, Ruhepuls wird erfasst… nach dem Wettlauf ebenso – nun zeigen sich Schwitzen der Haut, heftiges Hämmern des Herzens, sehr viel schnellerer Puls, rote Wangen etc. Diese Reaktionen sind den Kindern bekannt, wenngleich auch nicht immer in dieser Art und Weise bewusst. Dadurch wird es möglich, den Kindern zu erklären, dass der Körper immer mit dabei ist – egal was wir tun oder erleben. Da uns diese Reaktionen des Körpers bekannt sind, machen sie uns in der Regel keine Sorgen. Darüber hinaus sind diese Reaktionen für den Körper sinnvoll – seine Art mit Aktivität oder emotionalen Eindrücken umzugehen. Andere Reaktionen des Körpers sind uns weniger bekannt, machen uns daher eher besorgt, aber auch diese sind in der Regel sinnvoll – auch wenn wir nicht immer (gleich) wissen wieso.

Kernaussage aus dieser Aufklärung: Der Körper reagiert auf körperliche Aktivität sowie emotionales Erleben und diese Reaktionen sind gesund bzw. „normal" und sinnvoll – sie zeigen, „der Körper ist immer mit von der Partie". Unterstützt wird diese Arbeit auch durch verschiedenste therapeutische Materialien (z.B."Color how you feel", „Gefühlsmix-Spiel", „Gefühlequartett", „MIM-Würfel"), Bilderbücher (z.B. „Kopf hoch, Fledermaus!" – hervorragend geeignet in der Elternberatung, „Hilfe! Ich bin versteinert!", „Zack bumm" etc.), CD-ROMs (z.B. „Der kleine Professor erforscht den Körper", „Es war einmal der Mensch") etc. in vielen Abwandlungen und Variationen.

Es geht hier um den respektvollen Umgang mit der Symptomatik der Kinder, der Würdigung dieser Phänomene als potentiell sinnvoll. Manchmal ist rasch zu erfassen, womit sie in Zusammenhang stehen können (akute Auslöser), worin ihr Sinn besteht. Oft dauert es, zu einem Verständnis zu kommen.

Diese Phänomene sind wertvoll, denn sie sind Hinweis auf (akute, chronische) Belastungen oder Konflikte und in dieser „Rolle“, in der Aufgabe die sie erfüllen (z.B. Angstreduktion), zu würdigen.

Bei schmerzhafter Symptomatik oder z.B. Kribbeln in den Extremitäten werden mit den Kindern – analog zu anderen Schmerzpatienten der Pädiatrie – Wahrnehmungsübungen durchgeführt. Hier lernen sie, dass man auf diese Einfluss nehmen kann. Fokussiert man auf Schmerzen, kann man ihre subjektive Intensität erhöhen bzw. durch Ablenkung senken. Kinder lernen in Folge Ablenkungsstrategien, d.h. sie lernen ihre Aufmerksamkeit an bestimmte Tätigkeiten zu binden um so die subjektive Intensität der Symptomatik zu verringern.

Günstig sind Ablenkungsstrategien, die ein Handeln der Kinder erfordern, wie Basteln, Malen, Gesellschafts- und Rollenspiele, Spaziergänge, zum Spielplatz gehen, Freunde einladen, Gameboy, Nintendo, PC-Spiele, etc. Ablenkung gelingt auch durch Filme schauen, Hörbücher oder Geschichten erzählen (z.B. Fortsetzungsgeschichten gemeinsam erfinden bzw. sich hier jeweils nach wenigen Sätzen abzuwechseln) bzw. vorlesen. Imaginative Verfahren sind sehr beliebt und werden im Sinne von ressourcenorientierter Vorgehensweise routinemäßig eingesetzt. In der Regel bedarf es jedoch einiger Übung, damit diese als „Ablenkungsstrategie“ verwendet werden können – am ehesten gelingt dies durch einen dialogischen Einsatz, d.h. die Kinder werden im Rahmen der Übung immer wieder angehalten kurz zu erzählen – was sie sehen, entdecken, hören, riechen – bzw. werden Wahrnehmungen intensiviert in dem gezielt nachgefragt wird, z.B. wie sich der Sand unter den Füßen anfühlt (weich, warm, kratzig…).

Andere hilfreiche Verfahren sind z.B. Progressive Muskelrelaxation sowie Biofeedback.

Ambulante Nachsorge

Die nachsorgende, in drei Phasen verlaufende Begleitung der Familie ist uns ein Anliegen und wir versuchen diese möglichst niederschwellig zu halten. In einigen Fällen können wir neben der medizinischen Nachsorge auch die psychologische und/oder psychotherapeutische Behandlung der Familien anbieten. Aufgrund von personellen Ressourcen ist dies jedoch nur begrenzt möglich. Falls es aus Kapazitätsgründen notwendig ist, eine Behandlung bei einem niedergelassenen Kollegen anzubahnen, wird dies – in Absprache mit den Familien – noch während des stationären Aufenthaltes bzw. im Rahmen der ambulanten Nachsorgekontrollen angebahnt.

In Phase 1 der Nachsorge finden die ersten Kontrolltermine interdisziplinär (Arzt und Psychologe) unmittelbar nach Entlassung gemeinsam statt. Dies ist vor allem für Familien, deren subjektives Krankheitskonzept noch deutlich vom Krankheitskonzept des Behandlungsteams abweicht wesentlich.

In Phase 2 läuft die Nachsorge im Wesentlichen über die Psychologie – ärztliche Kontrollen finden nur mehr in großen Abständen statt.

In Phase 3 kommt es ausschließlich dann zu ärztlichen Kontrollen, wenn neue Hinweise, welche die Symptomatik in einem anderen Licht erscheinen lassen bzw. andere handlungsleitende Symptome auftreten. In dieser Phase ist die Psychologin/der Psychologe die Hauptansprechpartnerin für die Familien.

Aber: Gesundheit kann man nicht beweisen.

Die Diagnose einer funktionellen Symptomatik stellt zum gegebenen Zeitpunkt aufgrund verschiedenster Faktoren und bei aktuell fehlenden organischen Befunden die Arbeitshypothese der Wahl dar. Die Gefahr einer falschen Diagnose ist latent vorhanden und schlussendlich kann ein Patient auch „Läuse und Flöhe“ haben, das heißt, neu hinzutretende oder deutlich veränderte Symptome sind jedenfalls ernst zu nehmen und nicht reflexartig der Konversionsstörung zuzuordnen. Es ist zentral die Balance zu finden zwischen notwendigen reevaluierenden medizinischen Maßnahmen bzw. der Gefahr der iatrogenen Fixierung.

Literatur:

Brunner R, Resch F (2006) Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen. In: Resch, F, Schule-Markwort M (Hg) Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Psyche und Soma. Weinheim: BeltzPVU.

Fiedler P (2008) Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. Weinheim: BeltzPVU, 3°

Noeker M (2008) Funktionelle und Somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe

Noeker M, Petermann F (2008) Somatoforme Störungen. Monatsschrift Kinderheilkunde, 156; 1013-1022

Bilderbücher:

Janisch H (2006) Hilfe! Ich bin versteinert! Thüringerberg: Verlag Neues Lernen.

Janisch H (2000) Zack bumm! Wien: Jungbrunnen

Willis J, Ross T (2008) Kopf hoch, Fledermaus! Düsseldorf: Sauerländer

Weitere Therapiematerialien (CD-ROMs, Spiele):

Sternehäll B, Zetterlund M (2001) Der kleine Professor erforscht den Körper. Hamburg: Verlag Friedrich Oetinger

Das GefühlsMix Spiel, Manfregt Vogt Spieleverlag, Kreative Spiele für Psychotherapie und Pädagogik, www.mvsv.de

Gefühlsquartett, MIM-Würfel z.B. AGB-Shop

Anschrift der Verfasserin:
Mag. Tina Rossmann
Univ. Klinik f. Kinder- u. Jugendheilkunde
Abt. f. Allgem. Pädiatrie u. Neonatologie
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
Tel.: 01-40400/3258
www.meduniwien.ac.at
tina.rossmann@meduniwien.ac.at

Bedeutung und Möglichkeiten von Senso- und Psychomotorik in der Kinderpsychotherapie

Roman Biberich

Kinder- und Jugendpsychotherapie läuft weit mehr auf nonverbaler Ebene ab, als in der Arbeit mit Erwachsenen – nicht nur im Zugang, sondern auch im laufenden Prozess. Senso- und psychomotorische Materialien ermöglichen hierbei einerseits eine erweiterte Diagnostik, andererseits bekommt das Kind die Möglichkeit, sich auszudrücken und in seinen Möglichkeiten zu erfahren. Die Bestärkung des Kindes in seinem Sein und Können vergrößert seine Bewegungskompetenz und wirkt sich positiv auf das Selbstkonzept aus.

Schlüsselwörter: *Bewegungskompetenz, Kinderpsychotherapie, Körper, Psychomotorik, Sensomotorik*

Einleitung

Noch viel mehr als Erwachsene drücken Kinder ihre seelischen Nöte und psychischen Probleme auf eine Art und Weise aus, die stark somatisch betont ist. Dazu kann das bekannte Bauchweh und Einnässen genauso zählen, wie destruktiv-aggressives Verhalten und hyperaktive Symptome, aber auch jene Bewegungen, die irrtümlich oft als „patschert“ bezeichnet werden. Um Kindern in ihrer behinderten Entwicklung helfen zu können, ist sowohl der beziehungsaufbauende Zugang als auch die gesundungsunterstützende Begleitung ein/e spielerische/r und damit u. a. auch ein/e körperbetonte/r. Im Folgenden sind der Inhalt von Senso- und Psychomotorik skizziert und ihre Bedeutung für die menschliche Entwicklung und für die Kinder- und Jugendpsychotherapie im Besonderen dargestellt.

Motorik

Für den diagnostischen Blick und für die Elternarbeit ist es unterstützend, über zumindest zwei Differenzierungsmöglichkeiten im motorischen Bereich Bescheid zu wissen. Deswegen sei hier in Kürze darauf hingewiesen, für genaueres Studium sind entsprechende Literaturhinweise gegeben.

Die zwei zu erwähnenden Arten motorischer Aktivität sind Loko- und Statomotorik, sowie Grob- und Feinmotorik.

Mit Lokomotorik werden jene Aktivitäten bezeichnet, die den Körper in Bewegung bringen bzw. bringen möchten (z.B. isometrische Übungen). Es handelt sich um ein Fortbewegen, d. h. Bewegung mit Ortsveränderung des Körpers, wie Klettern, Laufen, Gehen und Springen, oder von Teilbereichen des Körpers (z.B. Kopfbewegung), sowie Bewegungen von Organen (z.B. beim Niesen, Husten).

Die vollzogene Bewegung erweitert und intensiviert das Raumerleben und die Sozialerfahrungen. Eine Störung in der Lokomotorik schränkt das Raumerleben und die Entfaltung des Ich aufgrund eines eingeschränkten Zugangs zur Welt und zum Du ein.

Jene Motorik, die mittels Halte- und Stützreflexen zur Körperhaltung und zur Regulierung von Gleichgewicht während körperlicher Inaktivität (Sitzen, Stehen, Liegen), als auch während der Bewegung (die an sich in die Lokomotrik gehört) beiträgt, wird Statomotorik genannt.

Sind Halte- und Stützreflexe nicht ausreichend ausgebildet, kommt es zu Störungen der Haltungskontrolle, motorischer Funktionen, sowie differenzierter Bewegungsabläufe.

Eine weitere und oft getroffene Unterscheidung ist jene zwischen Grob- und Feinmototrik – beide umfassen stato- und lokomotorische Aktivitäten. So gehört etwa die Fähigkeit, Stufen steigen zu können in den grobmotorischen Bereich, während der Umgang mit Schere als feinmotorisches Können eingestuft wird. Kiphard hat bezüglich einer lebensalterabhängigen Differenzierung solcher Fertigkeiten Pionierarbeit geleistet (Kiphard 1996). In übersichtlicher und ausführlicher Form, sowie mit angeschlossenen Trainingsvorschlägen beschreibt und kategorisiert auch Strassmeier eine Reihe von Fertigkeiten zur Orientierung (Strassmeier 1997).

Der Körper

Wahrnehmung und Ausdruck ist an den Körper – genauer: an das Psychophysikum – gebunden. Unser Körper ist somit nicht nur unser erster Raum, den wir einnehmen und bewohnen, sondern auch Erlebnismittler und Ausdrucksfeld. Der Körper ist das kleinste und intimste Zuhause, mit welchem wir uns ausdrücken und in Erscheinung treten, und mittels dem wir die Möglichkeit haben, uns selbst zu erfahren und mit der Welt in Kontakt zu kommen, in Beziehung zu treten, Erfahrungen zu sammeln. Der bewegte Körper ermöglicht noch stärkeren Ausdruck, noch intensivere Beziehung und noch mehr Erfahrungen (quantitativ und qualitativ).

An jeder Bewegungshandlung ist der gesamte Mensch beteiligt (intellektuell, psychisch und physisch) und drückt sich, mehr oder weniger deutlich, als Person aus. Das Psychophysikum wird existenzanalytisch betrachtet als personale Manifestation des Menschen begriffen. Bewegung ist somit mehr als reines Mittel zum Zweck, etwa um von A nach B zu kommen, eine Kaffeetasse zu ergreifen etc. Durch den Körper gibt der Mensch immer auch zu verstehen, wie es ihm geht – mit sich selbst, sowie mit der konkreten Situation.

Mitbeteiligt an Bewegung sind (in verschiedenem Ausmaß)

- Sinneswahrnehmung, Fühlen, Spüren (das Ansprechbare),
- Verarbeitung (kognitiv, emotional, personal) und Erleben (das Stellungnehmende),
- Handlung bzw. Ausdruck (das Antwortende).

Zwischen diesen Bereichen gibt es Zusammenhänge und Wechselwirkungen, wobei die Ausdrucksformen, je nach Ursprung und Wirkbereich gewichtet, als psychosomatisch und somatopsychisch bekannt sind.

Sensomotorik

Das Psychophysikum ist Träger der Person und Mittler im Kontakt mit der Welt. Um Informationen aufnehmen und den eigenen Ausdruck überprüfend begleiten und ggf. korrigieren zu können, braucht es ein Sensorium:

- Sehen/Visuelle Wahrnehmung (10.000.000 Shannon pro Sekunde)[1]
- Hören/Auditive Wahrnehmung (100.000 Sh/s)
- Riechen/Olfaktorische Wahrnehmung (100.000 Sh/s)
- Schmecken/Gustatorische Wahrnehmung (1.000 Sh/s)
- Tasten/Haptische Wahrnehmung, Berührungs- oder taktiler Sinn (1.000.000 Sh/s)
- Gleichgewichtssinn (vestibulärer Sinn)
- Tiefensensibilität (oder Körperempfindung)
- Temperatursinn
- Schmerzempfindung

Die Informationen, die über diese Sinneskanäle zur Verfügung stehen, sind notwendig, damit wir uns selbst und die Welt wahrnehmen und uns verhalten können. Verringerte oder fehlende Sinneseindrücke führen ab einem bestimmten Grad, abhängig von der je individuellen Persönlichkeitsstruktur, zu Rückständen in der allgemeinen Entwicklung und Intelligenz und/oder des sozialen Verhaltens, wie Deprivationsuntersuchungen zeigen (Dornes 2006; Grossmann 2003). Eine Umgebung, die sich durch eine drastische Einschränkung der sinnlichen Wahrnehmung (Sensorium) auszeichnet, „hungert“ Seh-, Hör-, Riech-, Geschmacks- und Tast-Organe aus, da die „Nahrung“ menschlicher Sinnesorgane aus der Aufnahme von ständigen sich verändernden Eindrücken besteht. So wird Entwicklung allgemein und speziell die Entwicklung von Selbststeuerung behindert, bis nachhaltig gestört. In weiterer Folge können solcherart deprivierte Sinnesorgane besonders empfindlich auf schon geringfügige Veränderungen in der Umwelt reagieren, wodurch sie überproportionale Signale an das Gehirn weiterleiten, was wiederum zu unverhältnismäßigen bzw. verhältnismäßig heftigen Reaktionen (Angst, Freude, Wut) führen kann.

Das Zusammenspiel der Sinnessysteme mit den motorischen Systemen wird als Sensomotorik bezeichnet. Ohne ausreichend sensorischen Informationen kann der Mensch mittels seiner Motorik die anstehenden Aufgaben nicht bewältigen – so werden beispielsweise die Informationen von vier Sinneskanälen benötigt, um die Balance zum jeweiligen Zeitpunkt zu halten: Gleichgewichtssinn, Tastsinn, Körperempfinden und visuelle Wahrnehmung.

Die Be- und Verarbeitung der Sinneseindrücke übernimmt die psychische Dimension (bzw. die Psychodynamik) und, mehr oder weniger steuernd, die personale Dimension.

Psychomotorik

Die Psychomotorik betont das Zusammenspiel des psychischen Erlebens des Menschen (bzw. seiner psychisch-seelisch-emotionalen Entwicklung) und der Motorik und Wahrnehmung (bzw. deren Entwicklung). Dabei werden die Einflüsse der sozialen und materiellen Umwelt auf das Gefüge von Psyche und Motorik mitberücksichtigt.

Es handelt sich um eine bewegungsorientierte Methode zur Behandlung von Auffälligkeiten, Retardierungen und Störungen im psychomotorischen Verhaltens- und Leistungsbereich. Über die Motorik soll eine Harmonisierung und Stabilisierung von Leib und Seele stattfinden (vgl. Kiphard; Schäfer, In: Zimmer 1999, 16).

Die Konzepte der Psychomotorik finden sich, mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, unter den Begriffen „Bewegungspädagogik“, „Bewegungstherapie“, „Motopädagogik“, „Motopädie“, „Mototherapie“, „psychomotorische Therapie“ etc. wieder. Der jeweilige theoretische Unterbau besteht aus verschiedenen psychologischen, pädagogischen, soziologischen und medizinischen Theorieteilen.

Die Bedeutung von Senso- und Psychomotorik im therapeutischen Prozess

Im Gegensatz zum klassisch psychomotorischen Anliegen geht es beim Einsatz von psychomotorischen Materialien in der Kinder- und Jugendpsychotherapie nicht primär um die Behandlung und Beseitigung von Störungen und Defiziten, sondern darum, das Kind in dem zu sehen, was es ausmacht, was es ist, und es darin zu bestärken. Das Anbieten von mehr körper- und weniger gesprächsbetonten Erfahrungen beinhaltet mehrere Aspekte:

Beziehungsaufbau

Das Kind kann erfahren, dass es mit dem, was es kann und nicht kann, was es mag und nicht mag, angenommen und wertgeschätzt wird – es kann Vertrauen aufbauen. Es ist *„eine spezifische Weise des In-Beziehung-Tretens, der Auseinandersetzung von Mensch und Welt“* mit der Aufgabe *„über das Bewegungsbedürfnis und die potentielle Bewegungsfähigkeit Wirklichkeitserfahrung und -gestaltung zu eröffnen“* (Klafki 2005, 15-24). Wenn das Kind den Praxisraum erkundet, erfährt es etwas über das Angebot, über uns, und über sich selbst. Es weiß (oft intuitiv) was es möchte und was nicht, und es weiß in jedem Fall um die ihm entgegengebrachte Haltung.

Fallbeispiel Michael

Michael war bei unserer ersten Begegnung fünf Jahre und zwei Monate. Er klammerte sich hinter seiner Mutter stehend an deren Beine und lugte mit einem Auge vorsichtig zu mir. Der Mutter war das sehr peinlich und sie

[1] Aufnahmekapazität pro Sekunde: Ein Shannon ist die theoretische minimale Anzahl an *Bit*, mit der eine *Information* abgebildet werden kann.

forderte ihren Sohn auf, mich zu begrüßen, denn *„was soll sich denn der Herr Doktor sonst über dich denken!“* Das lockte ihn aber nicht hinter dem Ofen bzw. den Beinen hervor und ich versicherte ihm, dass ich das verstehe und er sich ruhig Zeit lassen könne, schließlich sei das hier alles neu, und auch mich kenne er nicht und begrüßen könne er mich später auch noch. Während die Mutter zu schwitzen begann, erzählte ich ein wenig von mir und den Möglichkeiten, die wir gemeinsam haben können und fragte ihn, ob ihn etwas besonders interessiere. Langsam löste sich Michael von Mutters Beinen, kam hervor in einer Gangart, die an Torkeln erinnerte. Den Kopf leicht gesenkt, sodass der Blick seiner zusammengekniffenen Augen zu mir möglichst bedrohlich aussah, gab er ein raues „Hallo“ von sich. Die von mir entgegen gestreckte Hand ergriff er zaghaft und schlaff an zwei Fingern, blickte dabei an mir vorbei zu den im Raum befindlichen geöffneten Kisten. Er sah Stofftiere, lief darauf in einer nicht geraden Linie zu, stolperte dabei über seine eigenen Füße und überspielte dies mit dem vorwurfsvollen Hinweis auf die „schuldigen“ Fliesen. Er kramte in der Kiste mit nur einer Hand, sein Körper signalisierte Vorsicht, seine Augen Neugier. Er versuchte seiner linken Hand eine Handpuppe überzuziehen und nachdem ihm das nicht gelang, ließ er sie fallen und näherte sich dem Playmobil. Hochinteressiert sah er in die Kiste, kommentierte bewundernd, dass sich da auch ein schwarzer Ritter befindet, griff jedoch nicht zu. Die restliche Stunde explorierte er demonstrativ desinteressiert den Großteil des Inventars und meinte zum Schluss, dass es hier sehr fad sei.

Die nächste Stunde war gekennzeichnet von Versuchen, mit dem Playmobil zu spielen, was ihm nicht gelang, da er mit seinen Fingern diverse Kleinteile (Gürtel, Helm, Speer etc.) nicht von den Figuren nehmen bzw. hinauf geben konnte. Bei jedem misslingenden Versuch blickte er verstohlen und überprüfend zu mir, wie ich wohl reagiere. Meine verständnisvollen Kommentare im Sinne von „das ist schon sehr schwierig, da habe ich auch öfter Probleme“ quittierte er mit Schweigen.

Des Weiteren hatte er große Probleme beim Öffnen von Schraubverschlüssen, und das Aufwischen nach einem umgestoßenen Wasserglas machte die Umgebung nur noch feuchter. Er wehrte Zeichnen und Malen sowie jegliche Spiele und Aktivitäten ab, die Feingefühl verlangten, klassisch psychomotorische Geräte wie Pedalo, Stelzen oder Balanco ignorierte er. Stattdessen konzentrierte er sich immer mehr auf einen Sack voller verschiedener Dinosaurier aus Hartplastik ohne bewegliche Teile.

Er räumte letztlich alles weg außer den Dinosaurier, vor diesen blieb er sitzen, stieß sie mit dem linken Fuß an und blickte immer wieder verstohlen zu mir. Ich fragte ihn, ob er gerne mit Dinosaurier spiele und er nickte zustimmend. Als ich meinte, dass das ziemlich kräftige Tiere seien nahm er heftig nickend einen Triceratops in die Hand und streckte ihn mir entgegen. „Der ist besonders stark, vielleicht der stärkste?“ meinte ich, und Michael schüttelte den Kopf, nahm einen Tyrannosaurus Rex und sagte leise „der hier“. Er wurde nun etwas lebendiger, begann mit den Dinos zu spielen, bezog mich aber nicht mehr mit ein.

In diesem geschilderten Fall ist erkennbar, dass Michael sehr genau erkennt, was er kann und nicht kann. Er reduziert sein Spiel auf jenes Material, dass von ihm geringste Fingerfertigkeit und kaum taktiles Feingefühl erforderte. Ihn genau dort zu ermuntern, zu bekräftigen und somit „abzuholen“ ließ ihn erst so richtig in diesen ersten zwei Stunden ankommen.

Eingangs- und begleitende Diagnostik

Das Bewegungsverhalten des Kindes bereits beim ersten Eintreten kann einiges erzählen (grob- und feinmotorische Kompetenzen, Distanzregelung etc.), ebenso die Reaktionen auf im Raum befindliche Materialien – welche werden gesehen, sind interessant, werden angenommen, angegriffen, erkundet? Welche werden gemieden, nicht gesehen, aus den Augenwinkeln betrachtet?

Aus solcherart Beobachtungen können vorläufige Schlüsse gezogen werden bezüglich gut und weniger gut ausgeprägter Sinneskanäle, Zutrauen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Angst und Experimentierfreudigkeit, Attributionsmuster etc.

Dies gilt auch für den weiteren psychotherapeutischen Verlauf – gibt es Veränderungen im Verhalten und Umgang mit den Materialien?

Fallbeispiel Michael

Meine vorläufige Diagnose nach der ersten Stunde (s.o.), gebildet aus direkten Beobachtungen und der Anamnese mit der Mutter, ließ auf eine Entwicklungsverzögerung im grobmotorischen Bereich um etwa ein halbes Jahr schließen, und im feinmotorischen Bereich etwa ein Jahr. Im Verlauf der weiteren zwei Stunden revidierte ich meine Angabe: grobmotorisch entwicklungsverzögert um ein Jahr, feinmotorisch etwa ein und ein halbes Jahr. Nach 25 Stunden konnte eine deutliche Verbesserung im motorischen Bereich, als auch laut den Berichten der Mutter und des Kindergartens in seinem Sozialverhalten festgestellt werden. Seine Frustrationsgrenze konnte er ausbauen und anfänglich völlig negierte Spiele und Geräte wie bspw. Fußball, Tastmemory und Frisbee wurden zu fixen Bestandteilen jeder Stunde.

Stabilisierung und Unterstützung

Es liegt nicht im psychotherapeutischen Fokus, ein körperliches Defizit oder Unvermögen aufzusuchen und zu beseitigen. Psychotherapeutisch ist es weder Aufgabe, noch ist es zielführend, das Kind planvoll zu jenen Materialien und Bewegungen zu führen, wo Defizite und Vermeidung gesehen werden. Das Kind hat einen für sich guten Grund, warum es bestimmte Aktivitäten meidet.

Vielmehr geht es darum, das Kind in seinem So-Sein zu erfassen und es so zu nehmen – es ist, wie es ist, und das ist gut. Wir gehen in die Welt des Kindes, stellen uns dazu, sind da, halten das Kind in der Situation, halten es aus und unterstützen es dabei, sich selbst auszuhalten und anzunehmen. Es geht um das Aufsuchen von Können, Stärken, Fähig- und Fertigkeiten. Dort, wo sich das Kind wohl fühlt, dort wo das Kind sich beschäftigt, dort bestär-

ken und bestätigen wir. Wir holen das Kind dort ab, wo es steht und gehen den Weg mit, den das Kind einschlägt; Pestalozzi's Feststellung, dass pädagogisches Handeln ohne Berücksichtigung der Individuallage jedes Einzelnen nicht möglich ist, gilt ebenso für psychotherapeutisches Handeln. Dabei geht es nicht darum, das Kind in seinem Nicht-Können zu stabilisieren, sodass es darin zementiert wird, sondern darum, *„ganz bei den Kindern und Jugendlichen zu sein, bei dem, was sie zu ihrer persönlichen Entwicklung benötigen"* (Waibel 2008, 65).

.

Fallbeispiel Michael

Die nächsten Stunden (dritte bis sechste) waren gekennzeichnet von zunehmend aggressiver werdenden Dinokämpfen, wobei er zu Anfang eine unpassend leise Geräuschkulisse beisteuerte. Erst nach und nach brachte er die zugehörigen Kampfgeräusche laut ein. In der sechsten Stunde teilt er mir eine Gruppe Dinos zu, gegen die er abwechselnd kämpfte, dann wiederum half er meinen Dinos gegen eine dritte Gruppe. Wenn ich bei sterbenden Dinos entsprechende Geräusche von mir gab, war er anfangs überrascht, zunehmend konnte er dabei lachen, wurde lockerer und kaschierte weniger seine motorischen Defizite.

In den folgenden Stunden (siebente bis zwölfte) bezog er in seine Dinospiele auch Playmobilelemente ein, und wenn er Teile entfernen oder hinzufügen wollte, bat er mich um Hilfe und seine dabei anfängliche Verlegenheit wich einer Selbstverständlichkeit.

Die Stabilisierung im Da-Sein und So-Sein hat ein Sicherheitsgefühl und eine Erhöhung der Selbstständigkeit und des Wohlbefindens zur Folge, wodurch das prinzipiell im Menschen liegende Weiterentwicklungsstreben, das Sich-Bilden-Können, wieder aufkommen kann.

Fallbeispiel Michael

In den Stunden dreizehn bis 16 suchte er sich zu Anfang je ein neues Spiel, zeigte zunehmend auch Kreativität – so wurde der Deckel einer Kiste zum Grillrost umfunktioniert, die Riesen-Mikadostäbe wurden zu Holzspieße und wir grillten und verspeisten gemeinsam die Stofftiere. Die zweite Hälfte jeder Stunde standen wieder die üblichen Dinokämpfe an.

Echtes Lernen geschieht lustvoll und aus Interesse. Wenn sich jedoch die Person im Kontakt mit anderen unsicher und die anderen als sicher erlebt, dann wird das so interpretiert, dass etwas an einem selber nicht stimmt. Unlustgefühle, Angst und Stress sind die Folge und beschränken die Fähigkeit mitzuschwingen, Teile zu einem Ganzen zusammenzusetzen, zu extrapolieren – also die Fähigkeit am Vorbild zu lernen. Stattdessen bilden sich Unsicherheitsgefühl und Unfähigkeitsüberzeugungen aus – Bauer spricht hier von reduzierter Spiegelaktivität (Bauer 2006, 39f).

Das Psychophysikum als personale Manifestation des Kindes wahrzunehmen, zu bestätigen und zu unterstützen, ist für die Therapie insofern wichtig, da die Ausdrucksmöglichkeiten des Personalen durch den Entwicklungsstand des Psychophysikum begrenzt sind (vgl. Wicki 1990, 14). Die Lebenswelt zu bewohnen ist das Ziel, nicht bloßes Funktionieren.

Mit dieser Haltung und Begegnungsweise begleiten und bestärken wir das Kind beim Erkunden, Erfahren und Erleben des ureigenen Raumes mit seinen Möglichkeiten und Grenzen, und helfen ihm dabei seinen eigenen Körper einzunehmen, sich bei sich selbst besser auszukennen, sich mögen zu lernen und in weiterer Folge angstfrei(er) mit der Welt in Beziehung treten zu können.

Fallbeispiel Michael

In der 17. Stunde griff er unvermittelt zur Sphere (einem ca. zehn cm großen fein- und vielgliedrigen Plastikgebilde, das sich zu einer großen ca. 35 cm durchmessenden Kugelform auseinanderziehen lässt, wozu Feingefühl und -motorik nötig ist) und spielte damit herum, ließ sie dann so fallen, dass sie zu mir rollte und sah mich mit schalkhaftem Blick abwartend an. Mit einem „Hoppla" nahm ich die Sphere auf und warf sie ihm zurück. Diese Abfolge fand noch mehrmals statt bis Michael meinte, es sei schade, dass man damit nicht Fußball spielen könne. Ich zeigte ihm einen Fußball aus Schaumstoff und so war Michael erstmals bei einem motorisch anspruchsvollen Spiel aus freien Stücken angelangt. Dieses Fußballspielen wurde in Folge zu einem fixen Bestandteil unserer Stunden.

Selbstverständlich sehen wir auch die Defizite, aber grundsätzlich gilt, dass nicht wir Therapeuten das Spielmaterial vorgeben, sondern das Kind, es sucht sich *seinen* Weg. Es ist in der Therapie nicht sinnvoll, dem Kind zu zeigen, wie ein bestimmtes Bewegungsmaterial funktioniert, wenn es dieses meidet und nicht von selbst Interesse zeigt. Wenn es sich diesen konkreten Umgang nicht zutraut, dann hat es dafür einen sehr guten Grund, und es kann bei einem anderen Spiel oder Material ankommen können. Sinnvoll ist es jedoch aufgrund entsprechender Beobachtungen eine behutsame Vorauswahl zu treffen (Vorbereitung der Umgebung), etwa bei ängstlichen Kindern bzw. sehr unsicheren Jugendlichen, damit keine Überlastung stattfindet. Ein solches Heranführen an das Material ist hierbei eine wesentliche Aufgabe – aufgrund von Alter, Entwicklungsstand, Anamnese und Diagnostik ist für das eine oder andere Kind eine mehr oder weniger umfassende Vorauswahl zu treffen. Die letztendliche Auswahl trifft das Kind - es sucht sich das, was es braucht; das kann zu verschiedenen Zeiten verschiedenes Material sein, einmal um sich sicher zu fühlen oder zu zeigen, was schon alles gekonnt wird, dann wieder um Neues zu lernen, zu erkunden, zu experimentieren.

Manche vermeiden den Lernbereich, andere suchen ihn. Sind viele Ängste vorhanden bzw. entsteht der Eindruck, dass einige Materialien eher zu Rückzug führen, werden diese vor der nächsten Stunde entfernt, sodass sich das Kind mit mehr Ruhe einfinden und den Raum doch noch explorieren kann.

Fallbeispiel Michael

Nach den ersten zwei Stunden habe ich sämtliche Balancegeräte entfernt und erst nach der 17. Stunde langsam wieder zugezogen. Sensomotorisches

bzw. taktil-kinästhetisches Material (Tast- und Gewichtsmemory, Weizensäckchen, Kaleidoskope, Sphere etc.) habe ich zusammen mit Konstruktionsspielen, Playmobil, Plastik- und Plüschtieren im Raum gelassen.

Kinder, die den Lernbereich vermeiden, brauchen den Focus auf das, was sie können. Erst wenn klar ist, was gekonnt wird, wo die eigenen Grenzen liegen, ist erstmals mutiges Weitergehen möglich. Alles andere wird zur Qual, oder ist Über-Mut, verleitet das Kind, über seine eigenen Grenzen zu gehen. Eine Steigerung im Sinne von Weiterentwicklung nimmt das Kind von selber vor. Geschieht das nicht, hat das Kind einen Grund und diesen gilt es aufzufinden.

Bewegungskompetenz und Selbstkonzept

Die Erfahrungen, die mittels des eigenen Körpers und Körperverhaltens gemacht werden, bestimmen das Ausmaß der Bewegungskompetenz maßgeblich mit – hierbei handelt es sich um die Fähigkeit konkrete Anforderungen durch eigene Bewegung zu lösen bzw. konkrete Situationen bestmöglich zu gestalten.

Dabei ist es nicht entscheidend, wie weit sich bspw. ein Kind vorbeugen kann (Bewegungs*fähigkeit*) oder wie weit und ausdauernd es laufen kann (Bewegungs*leistung*), sondern ob das Kind in der jeweiligen Entwicklungsphase fähig ist, über Bewegung konkrete Herausforderungen mit den bei sich vorhandenen körperlichen Ressourcen zu lösen (Bewegungs*kompetenz*). Es ist nicht wichtig *wie* ein Bleistift gehalten wird, sondern nur, dass es die für das Individuum beste Möglichkeit für die Benützung eines Schreibgerätes darstellt.

Die Ausprägung der Bewegungskompetenz wirkt sich auf die Handlungskompetenz des Individuums im psychosozialen Kontext aus und ist mitbeteiligt an der Ausbildung psychischer Dispositionen bzw. Entwicklung der psychischen Dimension. Wenn Bewegungserlebnisse die Bewegungskompetenz erhöhen, steigert das nicht nur die Eigenwahrnehmung, sondern wirkt sich auf die Eigenaktivität des Kindes positiv aus und regt zum selbstständigen Handeln (Experimentieren) an. Das Selbstvertrauen wächst, das Selbstbildnis wird aufgewertet, der Selbstwert kann folgen; das Selbstkonzept wird gestärkt und die Eigenständigkeit erweitert, Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit gefördert. Die damit verbundene Erhöhung von Sicherheitsgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Problemlösefähigkeit sind elementare Wirkfaktoren für einen adäquaten bzw. gesundheitserhaltenden Umgang mit Stressfaktoren und Belastungssituationen.

Grundsätzlich gilt:

Nur wer an und bei sich sicher ist, kann auch in der Welt sicher sein.

Fallbeispiel Michael

Seine mir entgegengebrachte Begrüßung am jeweiligen Stundenanfang war anfangs geprägt von mürrischen Worten, von seiner Mutter verabschiedete er sich verbal und körperlich aggressiv. Im Laufe der ersten Stunden schwächte sich dieses Verhalten ab, verschwand aber nicht ganz. Die Verabschiedung am Stundenende versuchte er zu vermeiden, auf Aufforderung der Mutter murmelte er unverständliche Worte und wich meinem Blick aus. Erst am Ende der 17. Stunde verabschiedete er sich erstmals mit den Worten: „Bis zum nächsten Mal.“ und blickte mich dabei mit wachen Augen an. Ab diesem Moment betrat er jede Stunde den Praxisraum ohne Murren und ohne gegen seine Mutter aggressiv zu sein, und ebenso jede Stunde beendete er mit dem selbstverständlichen Hinweis: „Bis zum nächsten Mal.“

Die Kinder erhalten beim Einsatz von psychomotorischen Materialien in der Psychotherapie den Raum, die Zeit und somit die Möglichkeit für selbstgesuchte und so wenig wie möglich von außen gesteuerte Bewegungserlebnisse, welche die Entwicklung der Eigenwahrnehmung („ich bin da“) und der eigenen Handlungs- und Bewegungskompetenz soweit unterstützen, dass sie selbstständig ihre emotionalen Schwierigkeiten und Probleme ausdrücken und sich der eigenen Wirksamkeit und Handlungsmöglichkeit („ich kann“) bewusst werden können, sodass in der weiteren psychotherapeutischen Arbeit ein Bewusstsein für das Eigene und daran geknüpfter positiver Bewertung etabliert und verankert werden kann – „ich bin gut in dem, wie ich bin und was ich kann“.

Literatur

Bauer J (2006) Warum ich fühle, was du fühlst. München: Heyne Verlag

Dornes M (2006) Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Grossmann K&K (2003) Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Clett-Cotta

Kiphard E (1996) Wie weit ist ein Kind entwickelt? Dortmund: Verlag Modernes Lernen

Klafki W (2005) Bewegungskompetenz als Bildungsdimension. In: Laging R, Prohl R (Hg) Bewegungskompetenz als Bildungsdimension. Hamburg: Czwalina Verlag, 15-24

Strassmeier W (1997) Frühförderung konkret: 260 lebenspraktische Übungen für entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder. München: Ernst Reinhardt Verlag

Waibel E M (2008) Die Entwicklung der Person durch offenen Unterricht. In: Aregger K, Waibel E M (2008) Entwicklung der Person durch offenen Unterricht. Das Kind im Mittelpunkt: Nachhaltiges Lernen durch Persönlichkeitserziehung. Augsburg: Brigg Pädagogik Verlag, 43-76

Wicki B (1990) Das Kind als Person. In: Längle A (Hg) Das Kind als Person. Entwicklung und Erziehung aus existenzanalytischer Sicht. Wien: GLE-Verlag, 14-26

Zimmer R (1999) Handbuch der Psychomotorik – Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern. Freiburg: Herder

Anschrift des Verfassers:
Mag. Dr. phil. Roman Biberich
A-1220 Wien, Spandlgasse 36
biberich@roman-biberich.at

Das Fette Selbst

Gedanken zur Behandlung der Anorexia Nervosa aus der Sicht einer Individualpsychologin

Ruth Weissensteiner

„Wenn ich mich in den Spiegel schaue, sehe ich nur Fett, und es ekelt mir.“ Dies sind Worte einer an Magersucht leidenden Jugendlichen, die mich angeregt hat über die symbolische Bedeutung des Fetts nachzudenken.

Das „Fette Selbst“ könnte man als Reservoir der negativen Gefühle verstehen. Von der Magersucht Betroffene leiden unter einer schweren Unzufriedenheit mit sich selbst. Bei einem defekten Selbstkonzept, mangelnder somato-psychischer Differenzierung und Symbolisierungsfähigkeit wird der Körper zur Metapher des Selbst. Es wird an ihm gearbeitet ohne Unterlass, er wird zum Lebenswerk, zur Berufung und zur Pseudoidentität. Es ist als ein Bemühen zu verstehen das Fett, den Makel und den Ekel, die fundamentale Unzulänglichkeit, auszuhungern oder zu verbergen. Das Fette Selbst, Container der negativen Affekte und Traumatisierungen, wird verleugnet, nicht integriert und damit auch nicht zur Selbstreflexion zur Verfügung gestellt. Wenn die Psyche zum Soma wird, dann ist die Magersucht die Qual des verkörperten Selbst.

Schlüsselwörter: *Emotionen, Individualpsychologie, Magersucht, Selbstkonzept, Symbolisierungsfähigkeit*

Einleitung

„Wenn ich mich in den Spiegel schaue, sehe ich nur Fett, und es ekelt mir.“ Das sind die Worte eines 16jährigen Mädchens. Sie leidet an Magersucht. Immer wieder überlege ich mir, ist es dieses Fett, das der Entwicklung entgegen wirkt?

Grundsätzlich widert der bloße Gedanke an Fett an. Fett ruft Gefühle der Ablehnung, Zurückweisung, Ausgrenzung hervor und löst den Wunsch aus, das zu eliminieren, das anekelt. Andrerseits sind Anwiderung und Ekel moralisch aufgeladene Emotionen, das gegenteilige Spektrum von Reinheit. In der Vorsorgemedizin wiederum steht Fett als hohes Gesundheitsrisiko am Pranger. Es findet eine regelrechte Dämonisierung des Fettes statt. In unserer Gesellschaft wird Fettleibigkeit als Verlust von Selbstkontrolle und Versagen stigmatisiert.

Die Symptome einer Magersucht beruhen auf einem defekten Selbstkonzept. Defizite im Selbstkonzept und in der Gesamtentwicklung drücken sich in einer Ungenauigkeit der Wahrnehmung körperlicher Empfindungen aus, in der Konfusion der emotionalen Zustände und in einer mangelnden Symbolisierungsfähigkeit. Sprach- und Begriffsentwicklung sind defizitär (Bruch 1998a). Die Betroffenen leiden unter einer schweren Unzufriedenheit mit sich selbst. Unter allen Umständen soll die Angst vor der eigenen Unzulänglichkeit verborgen bleiben. Aus mangelnder Symbolisierungsfähigkeit wird der Körper zum Symbol dieser Unzufriedenheit. Es wird an ihm gearbeitet ohne Unterlass, er wird zum Lebenswerk. Das Lebensziel ist, ihn mittels exzessiver Disziplin und übermäßiger Kontrolle zu stilisieren. Das unaufhörliche Streben nach Dünnsein, nach Perfektion lässt sich als ein Bemühen verstehen, den Makel, den Ekel, die fundamentale Unzulänglichkeit zu verbergen. Es gelingt nur eine Pseudo-Problemlösung.

Das Fett wird zum Reservoir der negativen Gefühle in meinem Verständnis. Ich nenne es „das fette Selbst“, das fette Selbst, als Container der Gefühle, die nicht existent sein sollen und am besten abgespalten werden, dann können sie nicht vergiften. Sie werden nicht der Reflexion zugeführt, die Entwicklung ist gebremst. Auf der Strecke bleibt der Körper, als Ort und Kern des individuellen eigenen Seins. Hinter einer perfekten Körperform verbleibt das unterentwickelte Selbst eingekerkert (Bruch 1998b).

Am Beginn der Pubertät, einer Zeit der Suche nach Identität, der ersten Schritte der Ablösung, einer Zeit der Verunsicherung und Neuorientierung, können die Mädchen unmöglich der Botschaft entrinnen, dass ihr Körper als Objekt gehandelt wird, ein Objekt, das niemals perfekt ist. Liebenswert sind sie nur in einem schlanken Körper. Die Essstörung wird zur Überlebensstrategie bei mangelnder Beziehungsfähigkeit, geringen Konfliktbewältigungsstrategien und nicht auseichender Selbstregulationsfähigkeit: an der Oberfläche Eitelkeit und Besessenheit von der Körperform, innen eine tiefe Ratlosigkeit und quälende Not, die verleugnet werden muss.

Martina, ein 15jähriges anorektisches Mädchen, hat ihr verzweifeltes Ringen um Verständnis des Selbsthasses und des Zwanges, ihren Körper und seine Form zu kontrollieren, folgendermaßen ausgedrückt: „Es ekelt mir vor meinem Körper. Ich hasse ihn. Wenn sie mich zwingen zuzunehmen, werde ich meinen Körper noch mehr hassen.“ Es ist ihr einziger Gedankeninhalt, der sie im Moment gefangen hält. Sie lebt in einer unkorrigierbaren Vorstellung, fett zu sein. Sie versucht mir verständlich zu machen, dass dies eine körperlich Erfahrung ist, die ganz schrecklich ist. Sie hat Fett, ist von Fett durchdrungen, und dieses Fett verdirbt sie. Es muss kontrolliert und eliminiert werden. Es geht nur mehr darum dieses Fett loszuwerden. Ihr wahrer körperlicher und seelischer Zustand, ihre tiefe Unzufriedenheit, Unglück und Hoffnungslosigkeit

werden dabei verleugnet. Sie nennt alles womit sie unzufrieden ist, fett. Nichts kann sie trösten, ihr Linderung bringen, in dieser ungemein, alles fordernden Schlacht gegen das Fett.

Ich möchte hier einige Worte sagen über die erste Beziehungserfahrung die wir machen und über die Theorie der präsymbolischen Kommunikation von Bion. Anschließend über den Mangel an Symbolisierungsfähigkeit und wie der Körper die Aufgabe der Symbolisierung dann übernimmt.

Die erste Beziehungserfahrung im Kinde, die zur Bildung der psychischen Struktur beiträgt

Unser Zusammenleben ist geprägt von vielen Ritualen, die mit dem Essen verbunden sind. Der Umgang mit dem Essen ist daher besonders geeignet intrapsychische und interpersonelle Konflikte auszudrücken.

Die erste menschliche Nahrung, die Milch, hat eine besondere Stellung in der Geschichte der Entwicklung des Individuums. Sie ist frühestes Kommunikationsmedium, zuständig für die Aufrechterhaltung der Homöostase in der frühen Säuglingszeit und zugleich für die Verbindung zwischen Mutter und Kind. Die erste „Psychisierung" des Menschen geschieht entlang des Essens bzw. entlang einer nährenden Kommunikation (Böhme-Bloem 2002). Die Vorstellung, dass es beim ersten Gedanken darum geht, eine Entbehrung zu überbrücken, wurde von Bion in einem Beitrag zur präsymbolischen Kommunikation zwischen Kind und Mutter ausformuliert.

Die Vorläufer der Gedanken sind die emotionalen Erfahrungen. Ihre unbekannte Gestalt und Eigenschaft gilt es zu entdecken. Das Erfassen und Zuordnen sowie Benennen von Gefühlszuständen im Selbst und im Anderen ist als Voraussetzung für die Entstehung und Entwicklung des Denkprozesses zu betrachten. Entsprechend lädt das Kind die als bedrohlich erlebten körperlichen Erregungen, die Bion „Beta-Elemente" nennt, auf die Mutter ab, entleert sich sozusagen in die Mutter. (Ich bezeichne mit Mutter die primäre Bezugsperson.) Bion hat die mütterliche Funktion als eine Art psychosomatischen Verdauungsvorgang beschrieben. Sie wird nun gleichsam veranlasst, diese Unlustgefühle als „Behälter" aufzunehmen, „zu verdauen" und sie – mit Bedeutung gesättigt – zurückzugeben, nun „Alpha-Elemente." Die Alphafunktion ist ein Transformationsprozess von Beta-Elementen in Alpha-Elementen, von Unverdaulichem zu Verdaulichem (Bion 1992).

Gelingt dies der Mutter, vermag sie die projektive Identifizierung als Kommunikation zu begreifen, stellt sich beim Kind eine emotionale Erfahrung ein, die nun als Behälter dienen kann, der das Erlebte bewahrt und für weitere Erfahrung zur Verfügung stellt. Nicht Bennenbares wird zu Bennenbarem. Gefühle werden verstanden und Gedanken bekommen Bedeutung und Kohärenz. Die Alpha-Funktion ist also für den Apparat zum Denken der Gedanken konstitutiv. Sie befähigt zu unterscheiden, was physisch und was psychisch ist. Grenzen werden gebildet zwischen Innen und Außen, Selbst und Nicht-Selbst. Damit diese Form des primitiven Austausches zustande kommt, wird allerdings eine Disposition zur intuitiven Erwartungshaltung, der träumerischen Gelöstheit, auf Seiten der Mutter vorausgesetzt (Bion 1992).

Den mentalen Zustand der Mutter, der bestehen muss, um als „Container" fungieren zu können, nennt Bion Zustand der „mütterlichen Reverie" oder „stillendes Verstehen". Er ist ein Teil der Alpha-Funktion der Mutter und beschreibt die Fähigkeit, sich für das Unbekannte in größtmöglicher Offenheit zu interessieren, einen psychischen Zustand von Aufnahmebereitschaft gegenüber allen Emotionen des Kindes, gleichgültig, ob gut oder böse. Der Moment des Noch-nicht-Wissens ist darin enthalten. Das Kind, das ein Bedürfnis hat, in irgendeiner Not ist, findet eine Mutter, die diese Bedürfnislage in sich aufnehmen und das in sie Projizierte in sich bewahren kann, sich dadurch verändern lässt, dass sie die Not fühlt und mit einer adäquaten Reaktion beantwortet. Sie wird dadurch vom Baby als ein Objekt erlebt, das seine Gefühlszustände „containen" kann. Reintrojiziert wird dann nicht nur ein erträglich gemachtes Gefühl, sondern ein Objekt, das fähig ist zur Introjektion und zur gleichsam träumerischen Bearbeitung des Introjizierten. Bion nennt es „a thinking breast", eine denkende Brust, die den Aufbau eines entsprechenden Objektes im Ich des Kindes fördert.

Containment ist ein aktiver Prozess des In-sich-Aufnehmens, In-sich-Bewahrens, Verstehens und Benennens und damit der Transformation. Es ist kein passives Geschehen, kein bloßes Halten, sondern eine dynamische, prozesshafte Beziehung.

Das Kind spürt so ein Gehaltenwerden im psychischen Raum des Objektes und in der Interaktion mit dem Objekt – Containment. Im Zuge der Introjektion dieser gelungenen Container-Contained-Beziehung wird die Alpha-Funktion vom Kind „mit der Muttermilch" aufgenommen. Man könnte somit sagen: Es verleibt sich die „denkende Brust" ein und damit die Fähigkeit zur Produktion von eigenen Alpha-Elementen, also selbst zu träumen und zu denken.

Wenn dem Säugling dies verwehrt wird, die Mutter sich durch widrige Umstände der projektiven Identifizierung verschließt, der Container also undurchdringlich ist, dann wird der Containing-Prozess verhindert. Die Psyche ist dann gezwungen, sich der angestauten Beta-Elemente anderweitig zu entledigen. Beta-Elemente sind weder bewusst noch unbewusst zu machen. Sie sind keine identifizierbaren Erfahrungen, werden aber sehr körpernah erlebt, von Unbehagen bis Katastrophengefühl.

Durch den dynamischen Prozess der Entgiftung und Entschärfung von Seiten der Mutter, der Regulation durch die Mutter, kann das Kind seine Emotionen und die dadurch bedingten Frustrationen aushalten. Ohne diese Vorausleistung verlören sich die Gedanken in einer inneren Welt, die keinen Halt bie-

ten würde. Es wird lernen, dass es in der Lage ist, schmerzliche Gefühle auszuhalten und als das „Fehlen von etwas Benötigtem und Erwartetem“ zu erkennen und zu benennen. Am Anfang ist es also die Mutter, die dem Kind das Wort bereitstellt und auf diese Weise Affekte mit Sprache verbindet. Es ist die früheste, aber auch später noch allgegenwärtige und basale Kommunikationsform und Keimzelle der Beziehungsfähigkeit. Sinn und Bedeutung entstehen hier, ein allmählich angebahnter, in genügend abgestuften Schritten vollzogener Prozess der Strukturierung des Säuglings, damit das Affektsystem, ungestört von sensomotorischen Empfindungen, auf ein seelisch erlebbares Niveau gelangen kann (Stern 1995).

Essen und der Umgang mit dem Essen, der nährenden Beziehung, sind daher aufs engste verwoben mit der Entwicklung des Seelenlebens.

Dissoziation als Affektregulation

Die Bindungsforschung bestätigt, dass Störungen dieser frühen Phase der Identitätsbildung, in der die wahren Bedürfnisse des Kindes vernachlässigt werden, zu schweren Verunsicherungen des Kleinkindes und entsprechend undifferenzierten und rigiden Kompensationsversuchen führen können. Die Primärbeziehung beeinflusst die Entwicklung des neuronalen Systems des Kindes und seine Stressbewältigungsmechanismen. Verlust oder Dysfunktion dieser Beziehung bedeutet, dass es später nur eine schwache Modulation und unzufrieden stellende Koordination der physiologischen Funktionen, der Affekte und des Verhaltens gibt und oft eine eingeschränkte Beziehungsfähigkeit.

Es wird daher für ein verunsichertes Kind oder einen Jugendlichen ungleich schwerer sein, sich in der Komplexität unserer postmodernen Kultur zurechtzufinden, den omnipräsenten Idolen gerecht zu werden, die von den Plakatwänden ihre perfekte Körperform lächelnd präsentieren. Alle persönlichen Erfahrungen, die Jugendlichen im Rahmen ihrer Adoleszenzentwicklung zuteil werden, können bei vulnerablen Individuen diese Verunsicherung verstärken, da sie geringere Stressbewältigungsmechanismen und weniger Selbstregulationskompetenz entwickelt haben.

Durch dissoziative Mechanismen der Selbstentfremdung können aktuell bedrohliche und unerträgliche Erfahrungen vom bisherigen Erfahrungsschatz ferngehalten werden. Dadurch kann die Kohärenz des Selbst aufrechterhalten werden. Über dissoziative Mechanismen gelingt eine Affektregulation trotz anhaltender Irritation, jedoch ohne Problemlösung (Resch 2000) – ein Copingmechanismus bei dem die „unverdaulichen“ bedrohlichen Erfahrungen abgespalten werden, um den Schein der Beziehung und des Selbstwertes aufrecht zu erhalten.

Das fette Selbst

Ich möchte zurück zu meinem Thema des fetten Selbst kommen. Oft gewinne ich den Eindruck, dass der Wunsch abzunehmen, eine idealisierte Körperform zu erreichen, ein verzweifelter Versuch ist, dieses fette Selbst auszuhungern – über den Mechanismus der Dissoziation die negativen Gefühle loszuwerden. Erstarrt, mit dem einzigen Gedankeninhalt, wie kann ich dünner sein und dem Essen widerstehen, gibt es keinen Raum zu reflektieren darüber hinaus. Immer wieder stellt sich dieser Weg als Sackgasse heraus. Auch wenn ein enormer Gewichtsverlust stattgefunden hatte, mir ein ausgemergelter Körper mit hervorstehenden Knochen gegenüber stand, war es nie genug. Infolge der Körperwahrnehmungsstörung schien noch immer Fett vorhanden. Dieses Fett symbolisiert den abgewerteten, gehassten, Ekel erregenden Anteil des Selbst. Die negativen Gefühle werden reduziert zu: „Ich bin fett.“ Der perfekte und schlanke, von Fett gereinigte Körper, wird zur Antwort auf alle Beziehungsprobleme und Minderwertigkeitsgefühle.

Eingangs habe ich die Worte eines 15jährigen Mädchens, die in drei Monaten eine Viertel ihres Körpergewichtes abgenommen hat, zitiert. Sie ist erfolgreich in ihrem Leben, Klassenbeste und auch die disziplinierte Gewichtsabnahme ist einer ihrer „größten“ Erfolge, nur in Beziehungen bleibt sie isoliert oder verschmolzen. Mit einem unglaublichen Willen und Disziplin zum Nichtessen ist sie zur Königin unseres kleinen Universums auf der Station geworden. Die geringste Nahrung erregt Ablehnung und Ekel. In ihrer Wahrnehmung sieht sie fett aus, wird deswegen von anderen gehasst und ihr Körper verdient, nur gehasst zu werden. Er ist durchdrungen von Gefühlen, die nicht gefühlt werden dürfen oder können, fürchterlich schmerzhafte Gefühle. Sie werden nicht als Teil des Selbst wahrgenommen, fühlen sich fremd an, nicht zu sich gehörig und wenn sie sich regen, müssen sie unterdrückt und am Besten gar nicht zugelassen werden. Die perfekte Anorektikerin ist dünn, diszipliniert, rein und autark. Hungern reinigt. Der Beziehungshunger muss mit aller Gewalt verleugnet werden.

Die Essstörung wird somit zur Pseudo-Identität, das Selbst, als reflexive Struktur, schwindet und die Anorexie hat das Sagen. Die skelettartige Dünnheit wird zur Lösung des Problems von „Ich und den Anderen“. Ausgemergelt sein macht androgyn, hält ungewollte Eindringlinge ab, verschafft Distanz und ist gleichzeitig sehr appelativ. Die Perfektionierung des Körpers wird zum Fokus des verzweifelten Versuches der Selbstfindung. Die beharrliche Bedeutungssuche in einem schwindenden Selbst wird durch den Körper ausgedrückt. Er *verkörpert* symbolisch die unbewältigten psychischen Konflikte und Defizite, die auf Grund der gering ausgebildeten Fähigkeit sich durch Sprache mitzuteilen nicht anders ausgedrückt werden können. Dieser Körper, der nie entsprechen kann, an dem unaufhörlich gearbeitet werden muss, wird zutiefst abgelehnt.

Symbolisierungsfähigkeit

Die Fähigkeit zur Symbolisierung entwickelt sich in Beziehungen, in der Interaktion mit bedeutsamen Anderen. Das internalisierte gute Objekt, seine Repräsentanz, ermöglicht es erst, die Trennung zum Primärobjekt zuzulassen. Damit ist der Weg zur symboli-

schen Interaktion eröffnet. Sprache ist ein Prototyp für die Fähigkeit, die eine symbolische Interaktion ermöglicht. Die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit ist also eng an genügend gute Objekte geknüpft.

Das Symbol steht einerseits für etwas Abwesendes, dessen Anwesenheit nun mental, symbolisch, wiederhergestellt wird, andrerseits für eine erste Ahnung der Möglichkeit von etwas getrennt zu sein. Nicht nur das Getrenntsein vom Objekt ist Voraussetzung für die Fähigkeit zur Symbolbildung, sondern auch die Anwesenheit einer Mutter (Bezugsperson) und ihrer Symbolisierungsfähigkeit, da diese zu Beginn diese Aufgabe für das Kind übernimmt, bevor es das, nach Internalisierung dieser Fähigkeit, nach und nach selbst übernehmen kann. Das Niveau der Symbolisierung zeigt daher Grad und Ausmaß der Fähigkeit zur Verwendung von Zeichen, die in der Lage sind, Trennung und Abwesenheit zu überbrücken.

Der Körper nimmt eine Zwischenstellung ein zwischen Selbst und Objekt (Hirsch 2002). Ist die Primärbeziehung, das Objekt, ungenügend oder traumatisierend, kann auf den Körper zurückgegriffen werden. Dadurch übernimmt er die Aufgabe der Symbolisierung, Containerfunktion, wenn kein anderer zur Verfügung steht. So kann man sich vorstellen, dass der Körper da Symbolisierungsfunktion übernehmen muss, wo das Containment versagt hat, die Sprache versiegt ist. Der Körper übernimmt die Regulierung der Beziehung. Die Beziehung ist veranschaulicht durch eine Pseudo-Autonomie, durch die Essensverweigerung ein Pseudo-Sieg über Versorgungswünsche, aber keine Trennung.

Wenn die Fähigkeit, Unangenehmes in einer symbolischen Art und Weise zu meistern, so gering ausgebildet ist, fehlt eine reflexive psychische Struktur, die sich selbst zum Objekt der Wahrnehmung nehmen kann und der damit verknüpfte seelische Binnenraum. Es gibt keinerlei Raum über die mögliche Bedeutung der Symptomatik zu reflektieren. Es ist nicht möglich einen Schritt zurückzutreten und über die Beziehung zu den Anderen nachzudenken. Eine primitive Form des Denkens findet statt, die Mutter wird gleichgestellt mit Nahrung, aber nicht in ihrer Funktion der Nährenden und Versorgenden, aber auch Entgiftenden internalisiert. Ein verinnerlichtes eindringendes, aufdringliches Objekt ist das Resultat. Mit aller Vehemenz wird ein „In-sich-aufnehmen“ abgewehrt. Eigentlich eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, wenn das Kind die Mutter nicht dazu verwenden kann seine Ängste zu überwinden, sondern die Mutter verwendet um sie zu verleugnen. Die Mutter wird damit zum Schild und nicht zum Container. Die Konsequenz daraus ist die Abwehr des „In-sich-aufnehmen“ und mangelnde Symbolisierungsfähigkeit. Das Kind bleibt in einer primitiven und regressiven Beziehung mit seiner internalisierten Mutter verschmolzen. Es findet keine Trennung statt. Je mehr versucht wird in phantasierten Attacken aus der gemeinsamen Haut auszubrechen, desto größer wird die Angst und jeglicher Gedanken daran muss sofort verbannt werden. Dies gelingt durch ein permanentes Beschäftigtsein mit dem eigenen Körper. Er wird attackiert sowohl in realer als auch tückischer Art und Weise. Nur damit sind die unerträglichen Gefühle und körperlichen Veränderungen unter Kontrolle zu halten (Lawrence 2008).

Die große Angst vor Veränderung und Trennung wird zum Kerker des Selbst. Wenn die Kontrollmechanismen brüchig werden, die eigens festgesetzten Grenzen drohen sich aufzulösen entsteht das Gefühl „zu einem Fettsack zu explodieren“ und von negativen, aggressiven, Gefühlen überschwemmt zu werden. Fett ist unaushaltbar und überwältigend. Es kann nicht contained werden. Es gefährdet die Integrität des Körpers. Die Bedrohlichkeit macht sprachlos, es fehlt an Strategien der Bewältigung. Das Fett selbst, Container der negativen Gefühle und Traumatisierungen, wird verleugnet, dissoziert oder nach außen projiziert und damit auch nicht der Selbstreflexion zur Verfügung gestellt. Der Körper wird zum Feind aber auch zum einzigen Gedankeninhalt. Dünn sein ist die Lösung zur Unerträglichkeit, die Antwort zu dem Geflecht von Unsicherheit das Leben und die Identität betreffend. Lind Stift (2005) nennt es in einer im „Standard“ erschienenen Erzählung: „Das Nein zum Ich“.

Der Körper wird zur Metapher des Selbst, überspitzt formuliert: Wenn die Psyche zum Soma wird, dann ist die Magersucht die Qual des verkörperten Selbst. Es entsteht die paradoxe Situation, dass die Schlankheit als Weg zur Befreiung, zum Weg der Knechtung wird (Lester 1997).

Literatur

Bion W R (1992) Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Böhme-Bloem C (2002) Ess-Störung als Ausdruck gestörter Identität und mangelnder Symbolbildung. In: Hirsch M (2002) Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute. Gießen: Psychosozial-Verlag

Bruch H (1998a) Das verhungerte Selbst. Gespräche mit Magersüchtigen. Frankfurt/M.: Fischer

Bruch H (1998b) Der goldene Käfig. Frankfurt/M.: Fischer

Hirsch M (Hg) (2002) Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute. Gießen: Psychosozial-Verlag

Lawrence M (2008) The anorexic mind. The Tavistock Clinic series. London: Karnac books

Lester R (1997) The (Dis)embodied Self in Anorexia Nervosa. In: Soc. Sci. Med. 44, 4

Resch F (2000) Selbstentfremdung: Entwicklungsstörung oder Selbstfürsorge? Zur Bedeutung von Dissoziation und Depersonalisation. Beiräge zur Inividualpsychologie. Delmenhorster Fortbildungstage, unveröffentichtes Manuskript

Stern D (1995) The Motherhood Constellation: a unified view parent-infant psychotherapy. New York: Basic Books

Stift L (2005) Das Nein zum Ich. In : Album, Zeitung Standard, 26.5.2005, Wien

Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. Ruth Weissensteiner
Psychotherapeutin (Individualpsychologie)
FÄ f. Kinder- u. Jugendheilk. u. -psychiatrie
OÄ der Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Landesklinikum Mödling/Hinterbrühl
A-1040 Wien, Kolschitzkygasse 14-18/3/7
rweissensteiner@msn.com
ruth.weissensteiner@moedling.lknoe.at

Focusing in der Beratung und Psychotherapie

Eine Arbeit mit der präreflexiven Stellungnahme

Ingo Zirks

Focusing ist eine körpertherapeutische Methode, die von E. Gendlin entwickelt wurde. Sie wird u.a. in der Beratung, Psychotherapie, Psychoonkologie und im Coaching angewandt. Sie lässt sich in ihrer Durchführung leicht mit dem existenzanalytischen Konzept der PEA in Verbindung bringen. Das, was sich zeigt und noch unaussprechbar ist, ist dennoch leibnah und phänomenologisch zu beschreiben. Die Arbeit mit der präreflexiven Stellungnahme und das Bergen der primären Emotion sind Teil des Prozesses. Im Workshop wurden Theorie und Methode dargestellt und durch Fallbeispiele und in der Selbsterfahrung erfahrbar gemacht.

Schlüsselwörter: *Focusing, PEA, Phänomenologie, Primäre Emotion*

1. Gendlin und die Entwicklung des Focusing

Eugene Gendlin (geb. 1926) berichtet von seinem Vater folgende Geschichte: Die Familie Gendlin lebte Anfang des letzten Jahrhunderts in Wien. Sie entkamen der Verfolgung und der Vernichtung durch das Naziregime weil der Vater jenem Gefühl folgte, das einem Kompass glich, um die Familie durch die Tod bringenden Gestapokontrollen aus Österreich und Deutschland herauszuführen. Ihm war eine „quasi sichere“ Route empfohlen worden und trotzdem hat er sich für eine untypische und komplizierter scheinende Route über Holland entschieden (Persönliche Mitteilung von D. Müller, 2007, Focusing Trainer). Dieses „Gefühl“, das zur Handlungsanleitung für die Entscheidungen des Vaters geworden war, wird in seltsamer Weise zum Forschungsthema von Gendlin (dieser Zusammenhang wird von Gendlin jedoch zurückgewiesen) (Feuerstein 2000).

Gendlin studierte zunächst Philosophie. Sein zentrales Thema war die Beziehung zwischen dem Erleben und der Symbolisierung von Erleben und führte ihn Anfang der fünfziger Jahre zur Forschungsgruppe um Carl R. Rogers, dem Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie (zunächst an der University of Wisconsin, später an der University of Chicago) (Feuerstein 2000).

Rogers übertrug Gendlin 1958 die Stelle des Forschungsdirektors am Wisconsin Psychiatric Institute. Ihn überzeugte Gendlins Konzept des „unmittelbaren Erlebens (experiencing)“. Damit ist gemeint, dass er Erleben nicht als in sich abgeschlossene Erlebnisse oder Erfahrungen versteht, sondern als einen fortwährenden Prozess des Fühlens und des Spürens (Wiltschko 2003, 99). So wurde dieser prozessorientierte Ansatz in die Methode der Gesprächspsychotherapie als zentraler Baustein integriert und diese damit erweitert.

Gendlin arbeitete in den folgenden Jahren seine Theorie des Erlebens weiter aus, sowohl in philosophischen Fragestellungen (experiential philosophy) als auch in ihrer theoretischen und praktischen Relevanz für die Psychotherapie (experiential psychotherapy). Im Rahmen empirischer Psychotherapieforschung an der University of Chicago ging Gendlin seit den sechziger Jahren der Frage nach, welche Variablen für den (Miss-) Erfolg von Therapien maßgeblich sind. Sein Ergebnis: Entscheidend für das Gelingen einer Therapie ist weder die Methode noch der Inhalt der Therapie, sondern die *Art der Bezugnahme auf das eigene Erleben auf Seiten der Klientin oder des Klienten*. Fehlt diese spezifisch direkte Bezugnahme, in deren Prozess die erlebte, gespürte Bedeutung (Felt Sense) eines Themas symbolisiert (und dadurch klärbar) wird, so bleibt der therapeutische Prozess stecken.

Gendlins weitere theoretische und praktische Beschäftigung mit konstruktiven Prozessen der Persönlichkeitsveränderung resultierte in einer inzwischen differenziert ausgearbeiteten und empirisch überprüften Methode, dem Focusing. Diese essentielle Form der Selbstbezugnahme wurde durch Gendlin lehrbar und erlernbar gemacht. Besonders schön ist die Aufnahme einer englischsprachigen Hörbuch CD, die Gendlin selber gesprochen hat. Seine Art zu sprechen, die alles im Prozess offen hält, wird hier nachvollziehbar (Gendlin 2001).

1993 wurde das Focusing schon einmal auf einem GLE International Kongress dargestellt (Firus 1993). Hier sollen Theorie und Methode neu gefasst und konkret nachvollziehbar gemacht werden. (Aus Gründen der sprachlichen Gerechtigkeit wird für den Therapeuten die männliche und bei den Klientinnen die weibliche Form gewählt. Es könnte aber genauso gut umgekehrt sein.)

2. Gendlins Basiskonzepte des Focusing

Körperempfinden

Gendlin (1998) benutzt bewusst nicht den Begriff des *Leibes*, „da es sich immer um den konkreten und ganz gewöhnlichen Körper handelt, z.B. um den, der jetzt hier im Sessel sitzt und dieses Buch liest“ (Stumm et al. 2003, 199). Er benutzt deshalb den Begriff „des Körpers, wie er von innen gespürt wird“ (Gendlin 1998). Der Körper ist der Ort des Focusing. Konkret ist v.a. der Körper von Hals, Brust und Bauchraum gemeint. Es zeigt sich ein komplexes Körperempfinden *in Bezug auf einen Sachverhalt oder ein Thema*. Gendlin meint, dass es der Körper ist, der die gesamte Situation zusammenfasst und mit angemessenen Handlungen reagiert. Der menschliche Körper lebt in jeder Situation augenblicklich und direkt. Der konkrete Körper ist

situational; er ist von der Situation getrennt nicht denkbar (Stumm et al. 2003). So *ist* der Körper die Situation und die Situation *ist* der Körper. Sie sind ineinander *enthalten* und *kreieren* sich wechselseitig. Der Körper hat ein *Wissen* über das, was vergangen ist und über die aktuelle Situation. Er kann auch den nächsten Schritt, der dran ist, *implizieren* (ebd.).

Felt Sense

Der Felt Sense ist keine Körperempfindung, aber teilt sich durch die Körperempfindung mit. Er ist demnach nicht auf die Körperempfindung reduzierbar.

Der Felt Sense unterscheide sich von der Emotion, auch wenn Emotionen meist beteiligt seien. Emotionen seien meist eindeutig, immer gleich und vergleichbar. Der Felt Sense sei schwer zu beschreiben, vieldeutig und immer unterschiedlich von Mal zu Mal. Emotionen könnten sich steigern, während der Felt Sense leise sei. Es bedürfe der gelenkten Aufmerksamkeit, um ihn zu spüren. „Focusing nenne ich die Zeit, in der man mit etwas ist, das man körperlich spürt, ohne schon zu wissen, was es ist .“ (Gendlin, Wiltschko 1999)

Focusing

So bezeichnet Focusing a) den inneren Prozess der Bezugnahme auf das unmittelbare Erleben und b) auch die Methode, mit der die zentralen Schritte dieses Prozesses gezielt zu erlernen sind.

Focusing ist „das Entstehenlassen (und zugleich Kreieren) eines Felt Sense und das Mit-ihm-Sein, das mit ihm Verweilen, das Wohnen in ihm. Dieses Dableiben bei dem Noch-Unklaren, dem Schon-Gespürten-aber-noch-nicht-Gewussten entspringt eine gefühlte Vorwärtsbewegung, die durch Sprache weiter fortgesetzt werden kann“ (Wiltschko 2008, 22).

Felt Shift

Wird eine solche Vorwärtsbewegung innerhalb des Focusingprozesses erfahren, ist dies mit einer spürbaren Veränderung verbunden. Ein fokussiertes Thema stellt sich plötzlich anders da als vorher. Meist stellt sich ein Gefühl von Erleichterung ein, oft sichtbar durch ein tieferes Einatmen. Diese Veränderung nennt Gendlin (1998) einen „Felt Shift“.

Freiraum

Ein weiterer wichtiger Begriff ist der des Freiraums. Der Abstand zwischen der erlebenden Person und dem Erlebten ist der Raum, der der Person die Desidentifikation von dem Thema oder Problem ermöglicht. „Das wahrnehmende Subjekt erlebt sich selbst als anwesend, es ist da, es hat Platz, nimmt Raum ein – und gibt auch dem, was es erlebt, Raum.“ (Wiltschko 2003, 130) Die Person kann in Beziehung zu dem Erlebten gehen. Sie ist nicht das Problem, sondern sie hat ein Problem, mit dem sie sich auseinandersetzen kann.

Grundhaltungen des Therapeuten

Aufgabe des Therapeuten im Focusing ist es, die Klientinnen-Therapeuten-Beziehung so zu gestalten, dass der Klientin diese innere Bezugnahme erleichtert wird. Es sind damit die Beziehungsvariablen gemeint, die eine vertrauensvolle und sichere therapeutische Atmosphäre ermöglichen. Diese sind die von Rogers formulierten Grundhaltungen des Therapeuten wie Echtheit, unbedingte Wertschätzung der Klientin und das empathische Verstehen (Keil 2003). Sind diese Bedingungen gegeben, so entsteht ein Beziehungsraum, in dem sich die Klientin mit den erlebten, körperlich gespürten Bedeutungen ihrer Themen auseinandersetzen kann – konstruktiv vorwärts schreitend. Therapeutische Methoden können als unterschiedliche Wege gesehen werden, geformte Symbolisierungen (Kognitionen/Sprache, Emotionen, Imaginationen, Handlungen …) am unmittelbaren Erleben zu überprüfen, aufzulösen oder neu zu bilden. Die oder der Therapeut wird so zum Experten für die Prozess- bzw. Beziehungsgestaltung.

3. Sechs Schritte im Focusing

Im Folgenden werden die sechs Schritte im Focusing dargestellt (Gendlin 1998) und mit der Personalen Existenzanalyse PEA (Längle 1993) in Beziehung gesetzt. Solch eine Darstellung, wie ich sie im Folgenden skizziere, muss statisch wirken. Gemeint ist ein gerichtet angelegtes, aber in Hin- und Herbewegungen frei gestaltetes, prozesshaftes Geschehen, das sich mehrfach dialogisch entfaltet: Zunächst zwischen Klientin und Therapeut, als auch zwischen der Person der Klientin und dem, was sich zeigt und zu dem sie in Beziehung tritt.

Voraussetzungen

Mit der Klientin wird eine Fragestellung erörtert und auf eine Kernaussage reduziert, die dann in einem Prozess fokussiert wird. Alternativ kann auch eine unspezifische Fragestellung sinnvoll sein, weil dadurch ein Suchprozess ausgelöst wird. Hinter einer Aussage wie: „Alles in meinem Leben gelingt“ steht die Frage: „Ist alles in Ordnung?“ Da die Erfahrung zeigt, dass der Körper leichter auf eine Aussage hin antworten kann, werden Fragestellungen zugespitzt formuliert und im Weiteren fokussiert.

Erster Schritt: Entspannen und die Aufmerksamkeit nach innen richten

Zunächst geht es darum zu spüren, was gerade im Körper los ist, ohne es zu bewerten. Wenn Freiraum im Resonanz-Raum Körper gespürt wird, wird in diesen Freiraum z.B. der Satz gesagt: „Alles in meinem Leben gelingt.“

Wenn sich etwas zeigt, soll nicht eingedrungen werden, sondern wir treten innerlich einen Schritt zurück und sagen zu uns: „Ja, das ist das. Ich kann es hier fühlen.“

Es geht darum, einen kleinen Freiraum zu lassen zwischen dem Etwas und dem Fokussierenden.

Zweiter Schritt: Felt Sense kommen lassen

Wenn sich mehr als ein „Etwas“ zeigt, welches ein Thema oder ein Problem symbolisiert, muss die Fokussierende nach ihrem Gespür entscheiden, welches dran kommen soll. Alle Aspekte des Problems werden gleichzeitig gespürt. Das komplexe Gefühl, das entsteht, wirken lassen (nicht denken).

Dritter Schritt: Den Felt Sense beschreiben – einen „Griff“ finden

Es stellt sich die Frage: Welcher Art ist der unklare Felt Sense? Dann lässt

die Fokussierende ein Wort, einen Satz, ein Bild aus dem Felt Sense entstehen. Es wird gefragt: „Wie ist es?“ „Eng, schmutzig, Angst einflößend, blockiert, schwer, nervös“ und/oder „warm, weich, hell“ kann die Antwort sein. Auch komplexe zunächst sinnlos erscheinende Formulierungen wie: „Es fühlt sich an wie eine rostige Kette, die durch nassen Sand gezogen wird.“

Vierter Schritt: Vergleichen

Dann folgt das Hin- und Hergehen zwischen dem Felt Sense und dem Wort, Bild oder Ton. Es wird geprüft, ob diese gut passen.

Die Fokussierende achtet auf das kleine, körperliche Gefühl, das anzeigt, dass „es stimmt“. Dabei kann sich der Felt Sense ändern und die Beschreibung dessen somit auch (Prozess).

Fünfter Schritt: Fragen

Die fokussierende Person fragt sich: „Woran liegt es, dass dieses Problem dieses bestimmte Gefühl hervorbringt? Was hat das Bild/Ton/Satz mit meiner Frage zu tun?“ Es folgt oft eine Idee, eine Antwort. Wenn dann eine körperliche Veränderung einhergeht, ein tiefes Durchatmen verbunden mit einem „Ah ja, jetzt verstehe ich“, hat ein Body Shift stattgefunden.

Sechster Schritt: Annehmen und Schützen

Alles, was kommt, wird freundlich entgegengenommen. Die Fokussierende lässt es auf sich wirken, auch wenn es zunächst nur eine kleine innere Bewegung, eine kaum spürbare Erleichterung war. Von hier aus wird bei Bedarf weiter fokussiert.

4. Focusing aus der Sicht der PEA

Person als Fähigkeit zum Eindruck

Was im „Felt Sense“ in seiner ganzen Komplexität zusammengefasst wird, erscheint mir in der Existenzanalyse durch die Beeindruckbarkeit der Person beschrieben, wobei im Sinne der PEA dieser Eindruck als primäre Emotion geborgen werden kann.

Die personale Fähigkeit, in Selbstdistanz gehen zu können, ermöglicht die Disidentifikation mit dem, was einen beim ersten Hinspüren ergreift (Bilder, Eindrücke, Themen, Körpersensationen). Das ermöglicht die offene Wahrnehmung und erste Kontaktaufnahme mit dem, was *in Bezug auf ein Thema* erscheint. Die Selbstdistanzierung schafft einen inneren Raum. Die Klientin spürt gerichtet (intentional) auf den Leib, auf das hin, was sich zeigen will. Der Körper ist in seinen Befindlichkeiten der Resonanzboden für die Qualität, die eine Fragestellung für einen hat. In der Wertwahrnehmung dieser Selbstzuwendung liegt ein Bezug zur Erfahrung des Grundwertes und des Selbstwertes der 2. und 3. Grundmotivation (Längle 2008). Was sich zunächst im Eindruck zeigt, ist die primäre Emotion mit dem ersten Impuls, wie sie in der Personalen Existenzanalyse (PEA) als PEA 1, als erster Prozess-Schritt des Personvollzugs, beschrieben wird. Er ist „präreflexiv“ und erscheint „prä-logisch“. Er ist oft zunächst noch ein kognitiv unverstandenes Phänomen.

Heben des Eindrucks

In der PEA nähern wir uns diesem Phänomen mit typischen Fragen (Wie fühlt es sich an? Wie ist es für mich? Wie erlebe ich es?) zum Heben und Bergen der Primären Emotion, in einem zweiten Schritt (Was würde ich am liebsten spontan tun?) zum Fassen des Primären Impulses und in einem dritten Schritt (Was sagt es mir? Wie spricht es zu mir?) zum Erfassen des Phänomenalen Gehalts. In einem dialogischen Prozess eröffnet sich dabei der innere Raum der Selbstdistanzierung, indem unter dem Einfluss des situativ Beeindruckenden ein erstes inneres Sprechen und Hören der Person freigelegt wird.

Im Focusing verweilen wir-schauend und umschreibend, wobei die gefundene Begrifflichkeit auf der prä-reflexiven Ebene bleibt und nicht kognitiv durchdacht wird. Wir durchdringen diese Etwas nicht.

Wir versuchen im Focusing erstmal eine passende, phänomenologisch genaue Begrifflichkeit für das Gefühlte oder Gespürte zu finden.

„Passt diese Umschreibung (eng, schmutzig,...) wirklich?“ Dabei kann sich das, was sich zeigt, wieder verändern, so dass wir uns erneut fragend und auf eine Stimmigkeit horchend nähern.

Verstehen als Integration des Eindrucks

In der PEA wird im weiteren Voranschreiten des Prozesses gefragt, ob wir das, was sich zeigt, verstehen im unmittelbaren und im biographischen Kontext.

Vergleichbar fragen wir im Focusing, was der Zusammenhang zwischen der Beschreibung dessen, was sich zeigt, und dem eigentlichen Thema sein könnte. Haben wir einen vermuteten Zusammenhang ausgesprochen, erleben wir über den Körper - und nicht primär kognitiv - eine Ruhe und Klarheit: „es passt“. Das sich im Focusing beschriebene anschließende Verstehen vollzieht sich: „Ah, jetzt verstehe ich etwas!“

Darüber kommt es zur Selbstannahme und „Integration des primären Gefühls“ (Firus 1993). Die auch für die EA typische Haltung der Offenheit und des nicht wertenden Schauens sorgt für das Bergen des Erlebten und des Neu-Erfahrenen in einer annehmenden Atmosphäre, in der sich Weiteres zeigen kann. Hier wäre im Verständnis der Existenzanalyse auf der Basis des Integrierten Gefühls der Übergang zu PEA 2, der Stellungnahme, als ein Ergreifen der personalen Freiheit in einer Entscheidung.

5. Konkrete Übungen aus dem Workshop

Obwohl das Focusing sich besonders für die Einzelarbeit anbietet, in der ein geschützter Raum und eine personale Beziehung sich besser entwickeln kann, gibt es auch Anwendungen in der Gruppe, für die das Focusing als fruchtbar erscheint. Auch mit Hinblick auf das Gruppensetting in Klinken und zukünftig mit Sparzwängen konfrontierten Gesundheitssystemen, ist diese Methode gut einsetzbar. Der Psychotherapeut ist für den Schutz der einzelnen Mitglieder verantwortlich und weiß, die Gruppendynamiken einzuschätzen und zu lenken. Das Focusing kann explizit als Methode eingesetzt werden oder wird implizit durch den Therapeuten in der Gesprächsführung angewandt. Explizit wird mit den Mitgliedern der Gruppe zeitgleich gearbeitet, in dem jedes Gruppenmitglied gleichzeitig den Anweisungen des Therapeuten folgend

fokussiert oder in Paarübungen miteinander fokussiert oder begleitet. Es existiert auch die Einzelarbeit in der Gruppe, in der der Therapeut mit einem Gruppenmitglied arbeitet, die anderen mit unter einbezieht oder sogar stellvertretend arbeiteten lässt, wenn die einzelne überfordert oder blockiert ist (ebd.). Im aktuellen Workshop wurde zunächst mit der ganzen Gruppe gleichzeitig gearbeitet und im Weiteren zu einer Paarübung übergegangen. Durch die primär focusing-orientierte Exploration und Bergung des Erlebens einzelner Gruppenmitglieder wurde bei ihnen ein Felt Shift initiiert, ohne das dieses methodisch ausgewiesen wurde.

Den Körper von innen wahrnehmen (Körperreise)

Vor allem ungeschulte Klientinnen brauchen zunächst Unterstützung und Anweisung, um ihren Körper und seine Resonanz wahrnehmen zu können. Dazu wird der Klientin eine Achtsamkeitsübung (in Abwandlung) angeboten, wie sie u.a. auch von Kabat-Zinn durchgeführt wird (Kabat-Zinn 2000 bzw. 2008). Eine tiefe Entspannung ist nicht angestrebt. Die Klientin wird gebeten, sich so bequem wie möglich hinzusetzen. Beide Füße sollen auf dem Boden sein. Wenn es geht, können die Augen geschlossen werden. Oder sie lässt einfach ihren Blick sinken und richten ihn matt vor sich auf einen Punkt.

„Damit Sie sich besser wahrnehmen können, fangen wir bei den Füßen an. Die sind am weitesten von Ihrem Innenraum entfernt. Spüren Sie bitte zu Ihren Füßen hin. Vielleicht mal die Zehen bewegen, so dass Ihr Körper merkt: Ah, da spüre ich die Füße.“ Mit ihrer freundlichen Aufmerksamkeit wandert die Klientin so, angeleitet von dem Berater, von den Füßen bis zum Scheitel. Am Anfang der Focusing Sitzungen wird die Achtsamkeit explizit auf viele Teile des Körpers gelenkt. Mit fortschreitender Übung kann diese Übung verkürzt und evt. auch darauf verzichtet werden. Im Weitern wird die Aufmerksamkeit auf den Atemraum gelenkt.

„Sie bemerken, wie Ihre Brust sich bewegt mit der Atmung, wie der Atem reingeht und rausgeht und reingeht. Da wird jetzt ein Atemraum spürbar, wo die Luft reingeht und rausgeht. Dieser Atemraum darf sich nun in Ihrer Vorstellung nach unten hin erweitern zum Bauch hin und bis zum Becken, so dass Ihr Innenraum spürbar wird. Folgen Sie immer Ihrem Atem. Dieser Innenraum fühlt sich sicherlich nicht überall gleich an. Aber das ist egal. Das ist ihr Innenraum. Wenn Sie ihren Innenraum jetzt malen würden, wie würde er aussehen? Welches Format würden sie wählen? Welche Farben? Wie würde der Innenraum aussehen? Oder gibt es dazu ein Wort oder einen Satz, der Ihnen einfällt. Und wenn, dann bleiben Sie einen guten Augenblick dabei. Wir können diesem Gefühl jetzt nicht weiter folgen. Wir werden wieder darauf zurückkommen. Sagen Sie das zu diesem Etwas, das sie erlebt haben, zu dem, was sich gezeigt hat. Beenden Sie jetzt diese Übung, in dem Sie sich bei Ihrem Körper bedanken. Und sich Zeit dafür lassen.“ (Konkrete Übung in den Übungsmaterialien von D. Müller, Focusing-Institut Karlsruhe).

Partnerinnenübung

Der Gruppe wurde eine Übung angeboten, die den Felt Sense erlebbar machen sollte. F fokussiert und B ist der Begleiter. Anweisung zur Übung:

1. Die Fokussierende F spürt zunächst nach, wo und wie sie eine Hand am Rücken haben möchte. „Gibt es eine Stelle, wo es gut sein könnte, eine Hand zu spüren?“ Der Begleiter B folgt der Anweisung. Die F überprüft die Position, die Ausrichtung, den Druck und korrigiert die Position der Hand, bis sie hundertprozentig stimmt.
2. Die Frage an F lautet: „Gibt es etwas, das die Hand/die Körperstelle ausdrückt? Was könnte dies sein?“ B wiederholt daraufhin die genauen Worte von F.
3. Der Begleiter fragt: „Gibt es eine Reaktion im Brust-Bauchraum auf den Satz:„Ich als Hand gebe dir ... (Worte aus 2.)“ Begleiter fragt danach, ob es so passt.

Die Fokussierende spürt dann nach, ob es im Körper eine Reaktion auf die Hand gibt. „Wo im Körper wird das spürbar? Wie?“. Die Fokussierende versucht das, was die Hand im Körper bewirkt, in Worte zu fassen – etwa eingebettet in eine Formulierung wie: „Ich als Hand gebe dir...Halt.“, „Ich als Hand mache...dich aufmerksam.“ Der Begleiter wiederholt diese Worte und die Fokussierende spürt noch einmal nach, ob die Worte so passen. (Konkrete Übung in den Übungsmaterialien von D. Müller, Focusing- Institut Karlsruhe).

Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Begleitung solcher Prozesse einer längeren Einweisung in die Methode und Selbsterfahrung bedarf, um sie verantwortlich durchführen zu können.

Darstellung eines konkreten Fallbeispiels

In die ambulante Praxis kommt seit einem halben Jahr ein circa 50 jähriger Architekt, der mehrere somatische Erkrankungen zu ertragen hat. Er hat eine entstellende Hautkrankheit von seinem Vater geerbt. Später haben sich Gicht, Diabetes mellitus und eine Pollenallergie entwickelt. Er hat sich in seinem Single-Leben eingerichtet, hat jedoch auch Freunde und Hobbys. Eine Sehnsucht nach einer Beziehung verneint er. Wegen seiner Hauterkrankung habe er sich nicht anderen „zugemutet“. Kurz hintereinander waren 2004 seine Mutter und sein Vater, der zudem dement war, verstorben. Nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme, die ihm wegen seiner vielfältigen psychosomatischen Probleme empfohlen worden war, war ihm eine ambulante Psychotherapie nahe gelegt worden. Er bezeichnete sich als einen rationalen, mit beiden Beinen im Leben stehenden Menschen. Er schien zunächst eher misstrauisch an die Psychotherapie heranzugehen. Sein Leidensdruck bezüglich seiner vielfältigen psychosomatischen Erkrankungen war von schweren Albträumen, Schuldgefühlen und einer tiefen Trauer über den Tod seiner Eltern verstärkt worden. Nach circa zehn Stunden lösten sich die Schlafstörungen auf und die Trauer ließ in ihrer Bodenlosigkeit und Unfassbarkeit nach. Sie wich einer Trauer über den Verlust der beiden Menschen, die er in seine Biografie integrieren konnte.

Im folgenden Therapieabschnitt wollte er „den Hebel“ zur Bewältigung seiner psychosomatischen Krankheiten finden und ansetzen. Auch wenn ein „Hebel“ nicht versprochen werden konnte, wurde doch ein besserer Umgang mit seinem Körper und dessen Signale in Aussicht gestellt. Dazu wurde ihm das Focusing angeboten, wobei tunlichst Heilsversprechungen vermieden wurden. Nach zwei Stunden, in denen ihm das Focusing erklärt und geleitete Achtsamkeitsübungen mit ihm gemacht wurden, begann er zusammen mit dem Therapeuten den inneren Freiraum zu schaffen (Focusing-Schritt 1). Er erschrak über einen inneren Schulterpanzer, der sich nicht bewegen lies und eindeutig beachtet werden wollte. Zum eigentlichen Focusing stieß der Patient nicht vor, weil der eindeutig gespürte (Schutz-) Panzer wirklich massiv war. Nach dieser Stunde musste die Therapie wegen eines Gichtanfalls, einer folgenden Grippe und später einsetzenden Hexenschusses für 6 Wochen unterbrochen werden. Es lag die Frage in der Luft, ob er sich verabschieden wollte, da er doch durch das Erlebte sehr verwirrt gewesen ist. Als er zur nächsten Therapiestunde kam, stellte sich heraus, dass er tatsächlich sehr enttäuscht gewesen war, da er glaubte, mit Beginn der Therapie und den ersten Erfolgen sich von den psychosomatischen Beschwerden befreien zu können. Dieser Rückfall hatte ihn schwer getroffen und auch sein Vertrauen in den Therapeuten bzw. seine Methode erschüttert. Die therapeutische Beziehung war aber stabil genug, um durch dieses Tal hindurchzutragen. Der Therapeut regte an, seine Zweifel, ob das Focusing wirklich gut für ihn sei, in die Arbeit, in den Dialog mit seinem Körper einzubringen.

Es wurde vorgeschlagen, dass er den Körper selber fragt. Er fand den Satz: „Focusing tut mir gut“, um seine Resonanz daraufhin zu prüfen.

Der erste Schritt *Freiraum schaffen* gelang ihm schnell. Nach einigen Minuten des Schweigens und intensiven Hinfühlens, in der sich die Atmosphäre sich immer mehr verdichtete, sah er einen grün melierten Theatervorhang vor sich (Focusing-Schritt 2: Felt Sense in Form eines Bildes). „Kein roter Samtvorhang“, wie er verwundert meinte, wie man sie immer in Theatern sähe. Ein grün melierter Vorhang (Focusing-Schritt 3: Beschreibung). Er war der einzige Zuschauer. Er saß dort und er wusste: „Es ist gut.“ Der Vorhang würde sich öffnen und egal was dahinter sei, es sei gut. Dann veränderte sich der Vorhang und er erblickte eine weite spätsommerliche Landschaft in Rottönen (eine weitere Symbolisierung). Nein, keine herbstliche Landschaft, sondern spätsommerliche Landschaft, wie er mich verbesserte. Er beschrieb die Landschaft (Focusing-Schritt 3). Darauf hin zeigte sich eine tiefe Zufriedenheit in seinem Gesicht. Er atmete tief durch. Ja, so war es richtig. (Focusing-Schritte 4 + 5: Felt Shift). Es zeichnete sich ein neues Verstehen ab.

Im Nachgespräch war seine Frage ohne Zweifel für ihn beantwortet. Die körperliche Resonanz bzw. die im Inneren seines Körpers gespürte Antwort war stimmig. Das Focusing war sowohl die richtige Methode, welche für ihn ein Gewinn darstellen würde, egal, was er zunächst dabei erleben würde. Das Erlebte löste eine innere Gelassenheit und Zufriedenheit aus. Dieser Prozess wird noch einmal im Dialog verbalisiert, verdichtet und damit wertgeschätzt (Focusing-Schritt 6).

6. Abschlussbemerkung

Der im Focusing erlebbare Prozess lässt sich in der Schritten der PEA 1 und dem Beginn von PEA 2 zwischen dem Heben der Primären Emotion bis zu ihrer Verarbeitung als Integrierte Emotion als phänomenale Analyse und authentische Restrukturierung verorten. Das Focusing lässt sich an dieser Stelle gut einsetzen, die explizit das Heben des primären Emotion, das Bergen der verlorenen Werte und das Kommen-Lassen der dahinter verborgenen Motivationen vorsieht (Längle 1993), jedoch u. U. zu schnell auf eine kognitive Ebene zurückkehrt. Das Focusing ist hier eine nachvollziehbare (und gut lehrbare) Methode, die das Miteinbeziehen des Leibes in der personalen und präreflexiven Stellungnahme aufgreift, ohne diese schnell in determinierte Begrifflichkeiten zu binden.

Im Unterschied zur PEA liegt aus der Focusing-Perspektive schon alles in dem Etwas, was gespürt wird. Was sich in der PEA auf eine konkrete Fragestellung hin zunächst zeigt, ist der Eindruck, der mit der PEA 1 vertieft wird. Der Eindruck beinhaltet die primäre Emotion, den Impuls und den phänomenologischen Gehalt, die dann zusammen mit dem Therapeuten untersucht werden. Kolbe verweist (1993, 62) darauf, dass „Patienten nicht selten ein Erleben emotional sehr spontan als ursprüngliche Wertberührung angeben. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, das diese Wertberührung weniger dem eigenen Wollen, sondern vielmehr einer Angst entspricht“. Deshalb müsse im Zuge der Biografiearbeit die unbewusste Einstellung bewusst gemacht werden, „um dann 1. die eigentlich stimmige Stellungnahme zu bergen und 2. nach den Gründen zu fragen, warum die eigentliche Stellungnahme so schwer zu finden oder durchzuhalten ist“ (Kolbe 1993 63). Diese empathische, sicherlich notwendige „Detektivarbeit“ könnte zunächst ein „Misstrauen“ gegenüber dem transportieren, was sich zeigt und nicht überprüft wurde. Was hier richtig gespürt wird, ist die Komplexität einer primären Emotion, die auch biografisch fixierte Einstellungen etc. beinhaltet. Es scheint mir, dass sich im Focusing stärker als in der Existenzanalyse das Vertrauen vermittelt, dass das wirklich Wichtige sich auch durch eine länger andauernde präreflexive Prozessführung zeigen wird. Letztlich ist es jedoch ein Prozess des Verstehens, der beiden Verfahren gemein ist. Existenzanalytisch gesprochen: Die Person ist frei, sich durch das von innen Gespürte zu zeigen. Darauf können wir vertrauen, auch wenn wir es nicht immer zu einem bestimmten Zeitpunkt hervorzaubern können. Denn die Person ist auch so frei, sich zurückzuhalten.

Das Focusing leitet eindeutig an, im schwebenden und suchenden Prozess der Annäherung an das, was vorsprachlich in der Körperempfindung *in Bezug auf eine Fragestellung* beinhaltet ist, zu verweilen. Die Komplexität einer ganzheitlichen Antwort auf eine Fragestellung bleibt so erhalten, d.h.

wichtige Informationen gehen im Therapieprozess nicht verloren. Jeder Begriff ist in unserer Sprache schon determiniert. Wenn z.B. das Verhalten der Mutter einer Klientin als „mütterlich“ begrifflich gefasst wird, dann wird ein bestimmtes Bild transportiert, das scheinbar von allen geteilt und verstanden wird. Durch die fortgesetzte Arbeit mit dem Felt Sense bleibt die Komplexität der durch die Klientin subjektiv erfahrenen Mütterlichkeit erhalten.

Im doppelten Sinne geschieht hier das „Bergen des Eindrucks“. Er wird einerseits hervorgehoben, somit sichtbar und verstehbar gemacht. Gleichzeitig wiederum wird er auch schützend gehalten, so dass sich der Prozess der Beschreibung, der eher eine „Umschreibung“ denn eine „Durchdringung“ ist, sich über einen längeren Zeitraum dem komplexen Inhalt nähern kann. Durch diese Methode wird eine schnelle Festlegung verhindert. Das Schon-Zuvor-Gewusste verliert an Bedeutung. Die Epoché wird dadurch deutlich erleichtert. Auch als Therapeut oder Berater bin ich vor der Last an Bildern und im Vorhinein determinierten Begriffen, die ich habe, geschützt. Das Potential des Focusing zeigt sich in den wirklich überraschenden Wendungen, die die Klientinnen erleben. Das vorläufige Ergebnis trägt in sich eine hohe Akzeptanz, weil es selbstevident ist, wie aus dem Fallbeispiel zu nachzuvollziehen ist.

Auch in der focusing-orientierten Psychotherapie bleibt letztlich die Frage: Wie will die Klientin damit umgehen, was sie im Focusingprozess erfahren hat? In der Anthropologie der EA ist es die Person, die sich auch gegen eine durch den Körper vermittelte Einsicht entscheiden kann. Hier setzt die PEA mit der personal verantworteten Stellungnahme (PEA 2) an und trägt sie weiter bis in die Erarbeitung eines „adäquaten Ausdrucks als handelnde Antwort“ (PEA 3) (Längle 1993, 73).

Zu Recht zählt Längle (1993) das Focusing als eine zu der PEA passende Methode auf, welche sich auch in der eigenen Praxis des Autors in der Praxis eindeutig bewährt hat.

Literatur

Feuerstein J (2000) Erfülltes Leben – Eugene T. Gendlin und die Entwicklung des Focusing. In: Focusing im Prozess – Ein Lesebuch. Feuerstein H-J, Müller D & Weiser Cornell A (Hrsg.) Köln: GwG Verlag

Firus Ch (1993) Personale Existenzanalyse und Focusing. In: Tagungsbericht der GLE, 2/1993,145-149

Gendlin E (2001) Focusing. Hörbuch CD. Highroads Media

Gendlin E (1998) Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme. Reinbek/Hamburg: Rohwolt Taschenbuch Verlag

Gendlin E (1989) Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag

Gendlin E, Wiltschko J (1999) Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Praxis. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag

Kabat-Zinn J (2000) Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit. [Audiobook] Freiamt: Arbor-Verlag

Kabat-Zinn J (2008) Gesund durch Meditation. Frankfurt/M.: Fischer Verlag

Keil S (2003) In: Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens. Wien: Facultas

Kolbe C (1993) Zur Entwicklung der Personalen Existenzanalyse. In: Praxis der Personalen Existenzanalyse, Tagungsbericht der GLE, 1993, 9, 2, 39-51

Längle A (1993) Schematische Darstellung der einzelnen Schritte der PEA. In: Tagungsbericht der GLE, 2/1993, 77-84

Längle A (1993) „Die Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Tagungsbericht der GLE, 2/1993, 9-37

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 23–179

Stumm G, Wiltschko J, Keil W (2003) Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag

Wiltschko J (Hg.) (2008) Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens. Wien: Facultas

Anschrift des Verfassers:
Dipl.-Psych. Ingo Zirks
Reuterstr. 31
D-12047 Berlin
ingo.zirks@gmx.de

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-International (GLE-Int.)
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-Österreich (GLE-Ö)
GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in Deutschland e. V. (GLE-D)
INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE SCHWEIZ (IGEAP-CH)

Chefredaktion: Dr. Silvia Längle
Redaktion: Dr. Astrid Görtz, Mag. Christine Koch, Ian Lindner (engl. Übers.), Dr. Fernando Lleras, Martha Sulz
Redaktion: Eduard-Sueß-Gasse 10; A - 1150 Wien
Tel.: 0043/1/9859566 Fax 0043/1/9824845; e-mail: gle@existenzanalyse.org
Layout und Satz: Sabine Wutschek
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

„EXISTENZANALYSE“ ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) und erscheint 2x jährlich.
Die GLE ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart, der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin, der Martin-Heidegger Gesellschaft e.V. und des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ).
Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten anerkannt.
Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder.

© by Intern. Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

Leibliche Begegnung als Zugang in der Beratung

Sigrid Happ

Beziehungsfähigkeit gilt als grundlegendes Moment für den in die Welt gestellten Menschen. Dies lässt die gedankliche Weiterführung zur Frage der Dialogfähigkeit zu bzw. die Wendung in die umgekehrte Denkrichtung: Lassen sich über einen direkten Dialog heilende Prozesse im Menschen anstoßen?

Vor dem Hintergrund des dialogphilosophischen Menschenbildes M. Bubers, demnach der Mensch als von Grund auf dialogisches Wesen gesehen wird, lässt sich ein bewegungstherapeutischer Ansatz skizzieren, der das Buber'sche „Zwischen" im Sinne von Zwischenleiblichkeit versteht. In diesem Vortrag wird der Frage nachgegangen, inwiefern gerade ein nicht-sprachlicher, unmittelbar-leiblicher Zugang den Prozess eröffnen, unterstützen, wenn nicht sogar erleichtern kann. Exemplarisch sollen einfache Übungen mit Variationsmöglichkeiten vorgestellt und die Anwendung in der therapeutischen Praxis reflektiert werden.

***Schlüsselwörter**: Beratung, Dialog, leib-bezogener Zugang, Zwischenleiblichkeit*

1. Einleitung: Leib-Sein

Unser Leib-Sein ist ein Widersprüchliches.

Zur Erläuterung dieser Aussage hinsichtlich unseres je individuellen Verhältnisses zum eigenen Körper stelle ich kurz einige Ausführungen des Philosophen Gernot Böhme voran, der eine „Leibphilosophie" entworfen hat:

Unser Sein in der Welt ist, unumgehbar, ein leibliches, leiblich treten wir anderen gegenüber in Erscheinung und werden für sie sichtbar. Der Leib existiert, gehört existentiell in den Vollzug des In-der-Welt-Seins hinein, und ist nicht so ein „Körperding", das wir irgendwie haben. Das Leiblich-Sein des Menschen in der Welt ist ein doppeltes und stellt uns vor ein grundsätzliches Dilemma: Der Leib ist nicht von uns hervorgebracht und auch nicht einfach unserem Verhalten immanent. Vielmehr repräsentiert er weithin unverfügbare Natur, die wir selbst sind – mit der wir zu tun haben und durch die wir betroffen sind.

„In der betroffenen Selbstgegebenheit liegt zweierlei. Einerseits sind wir uns selbst gegeben, wir finden uns vor, und andererseits sind wir von dem und in dem, was wir vorfinden, betroffen: Es geht um uns selbst, wir sind involviert." (Böhme 2006, 83) Insofern stellt sich unser Leib-Sein uns als Aufgabe.

Böhme wendet sich deutlich gegen ein Funktionalisieren des Körpers, wie es in Arbeit, beim Sport oder auch in modernem Körperkult geschieht. Um unserer „Aufgabe" gerecht zu werden, differenziert er grob in drei Bereiche: Wir sollen unsere naturhaften Bedürfnisse befriedigen wie Sorge für Ernährung, Gesunderhaltung, unsere „mangelnde Kontrolle" über die Natur-Vorgänge wie Müdigkeit, Schmerz, Alterung, Tod akzeptieren sowie uns gegenüber unseren Gegebenheiten wie Geschlecht, Aussehen, Behinderung positionieren. Durch die Identifizierung mit dem eigenen Körper sollen und können wir ihn zum eigenen Leib machen und ein Einvernehmen finden.

Böhme stellt im Weiteren heraus, dass unter der Prämisse, Leiberfahrungen als Seinserfahrungen anzuerkennen, wir einen Zugang zu uns selbst gewinnen können. Über negative Leiberfahrungen wie Schmerz, Ekel oder Scham werden wir auf uns selbst zurückgeworfen und bekommen dadurch die Gewissheit der eigenen Existenz vermittelt. Der Schmerz dient dann einer ursprünglichen Selbstvergewisserung und kann in Schritte einer persönlichen Entwicklung gewendet werden. Auch positive Leiberfahrungen gelingen nur durch eine aktive Einstellung: Nur durch bewusste Zuwendung nehmen wir Leibempfindungen wahr, auch körperliches Wohl- und Lustempfinden stellt sich nur ein, wenn wir uns der Aktualität bewusst überlassen.

Dadurch, dass wir nicht einfach leiblich sind, sondern dazu ein Verhältnis haben (müssen), können wir an unserem Leib bzw. unserer leiblichen Existenz leiden, aber auch wachsen: Hierin sehe ich die wesentliche Grundlage für die Integration eines leiblichen Zugangs in der Beratung.

Zum weiteren Vorgehen in dem Vortrag: Mithilfe der Dialogphilosophie Martin Bubers möchte ich die Möglichkeiten zwischenmenschlicher Begegnung auf leiblicher Ebene herausarbeiten, indem ich das Dialogische in der nonverbalen Kommunikation herausstelle, und einen Querverweis auf sportpädagogische Theorie einfügen. Über eine praktische Übung schaffe ich daran anschließend einen Übergang zur existenzanalytischen Beratung und dem hierbei möglichen Einsatz leib-orientierter Übungen.

2. Ausgangspunkt: Der Dialog bei Martin Buber

Martin Buber befasst sich in seinem Werk nicht im Besonderen mit der Leiblichkeit menschlichen Seins. Allerdings ist ihm grundlegend ein philosophisch-anthropologisches Person-Verständnis zuzuschreiben, dem zufolge der Mensch als Person in seinem Sein und seinem Erleben untrennbar als Einheit zu verstehen ist.

Die Dialogphilosophie geht von der Annahme aus, dass der Mensch eine dialogische Existenz sei. Buber spricht in diesem Zusammenhang von dem „Apriori der Beziehung" (Buber 1992, 31) und hebt damit hervor, dass Leben sich nur in der Gemeinschaft, nur in der Wechselwirkung mit einem Du entfalten kann. Das Du ist für ihn dabei eine

echte, eigenständige Wirklichkeit – eben ein Gegenüber, ein Anderer – , die nicht auf das Ich rückführbar ist. Die Entwicklung des Menschen zum Menschen vollzieht sich wesentlich am anderen Menschen. Die Formulierung Bubers (ebd., 32): „Der Mensch wird am Du zum Ich“ kennzeichnet die Kernaussage des dialogischen Grundverhalts.

Im Mittelpunkt des dialogischen Denkens steht die Frage nach der Verwirklichung echter Zwischenmenschlichkeit. Diese ist dadurch charakterisiert, dass sich Menschen nicht aspekthaft gebrauchen, vergegenständlichen, sondern einander ungeteilt als Personen vergegenwärtigen. Einen Dialog kennzeichnet Buber als echt, „wo jeder der Teilnehmer den oder die anderen in ihrem Dasein und Sosein wirklich meint und sich ihnen in der Intention zuwendet, dass lebendige Gegenseitigkeit sich zwischen ihm und ihnen stifte“ (ebd., 166). „Es komme darauf an, dass Menschen sich einander mitteilen als das was sie sind, und darauf, dass der eine zwischen sich und den andern keinen Schein sich einschleichen lasse.“ (ebd., 280)

Die dialogische Beziehung zwischen Mensch und Mensch aktualisiert sich mal um mal in einer so verstandenen *Begegnung*, die sich in einer Sphäre des „Zwischen“ ereignet. Begegnung ist als das zwischenmenschliche Ereignis zu verstehen, bei dem je zugleich der eine Mensch des anderen wesentlich gewahr wird. Zwei grundsätzlich gleichberechtigte Wirklichkeiten zweier Personen treffen aufeinander in einem notwendig wechselseitigen Prozess: Sie werden einander zum Du.

3. Exkurs: Die sportpädagogische Perspektive

Das o.a. Leib-Verständnis und das skizzierte Menschenbild haben in der Sportpädagogik und der Bewegungswissenschaft in dialogischen Bewegungskonzepten einen Niederschlag gefunden. Hier wird davon ausgegangen, dass jedes Bewegen intentional ist, d.h. als Handeln in der Welt und in Bezug zur Welt zu verstehen ist und damit über die konkrete Aktion hinausweist. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass dem Sich-Bewegen eine wesentliche Bedeutung für den Menschen im Lebensvollzug sowie in der individuellen Entwicklung zukommt. So entwickelt Funke-Wieneke (2004) Vorstellungen zum sozialen Lernen sowie zur Persönlichkeitsentwicklung und Entwicklungsförderung im Rahmen erzieherischer Prozesse aus einer leiborientierten Perspektive. Interessant für unsere Fragestellung ist dabei seine Unterscheidung in vier „Funktionen“ bzw. Dimensionen des Sich-Bewegens mit dem Blick darauf, welche Bedeutung dem sich bewegenden Körper/Leib im Dialog mit Welt zukommt (vgl. Funke-Wieneke 2004, 96 ff.):

Die *instrumentelle* Funktion meint den Einsatz des Körpers als „Instrument“ z.B. in der Alltagsmotorik (gehen, putzen, ein Auto lenken, …) oder der Sportmotorik (spezielle Sporttechniken), bei denen über eine konkrete Tätigkeit ein bestimmter Zweck erreicht werden soll.

Die *sensible* Funktion umfasst die Wahrnehmung und bezieht sich sowohl auf das Spüren nach innen (kinästhetische Wahrnehmung, Körpererfahrung und Erleben) wie auf die Wahrnehmung nach außen, von Personen und Umwelt (Resonanz).

Die *soziale* Funktion oder auch Beziehungsfunktion bezeichnet den Aspekt, dass in jeder Bewegung immer zugleich eine Interaktion mit der Außenwelt vollzogen wird (wie die „leibliche Einheit“ in einem Ruder-Achter oder das Team-Spiel im Ball-Sport).

Die *symbolische* Funktion umschreibt die jeweils mitschwingende Art und Weise, die Gestimmtheit der Person, die sich in kleinen Bewegungen, Gesten, in der Körperhaltung und -spannung ausdrückt. D.h. das körperlich Sichtbare weist immer über sich hinaus.

Ganz gleich, ob wir etwas tun oder nicht tun, uns bewegen oder still sind, immer sind wir über unseren Leib in Beziehung nach außen und innen, wirken in die Außenwelt hinaus und spüren unser inneres Bewegt-Sein. Diese beschriebenen vier Dimensionen wirken dabei in all unser Bewegen hinein, treten aber nicht immer in gleicher Bedeutsamkeit hervor, sondern variieren in ihrer Relevanz je nach den situativen Gegebenheiten. Bemerkenswert für unseren Bereich der Beratung erscheint mir an dieser Aufschlüsselung, den Blick dafür zu öffnen, auf welche Weisen der Mensch zur Um- bzw. Mitwelt in Dialog treten kann. Hier zeigen sich m.E. durchaus Parallelen zu Längles Person-Verständnis (s. unten).

4. Übung in Praxis

Für die Arbeit im pädagogischen und beraterischen Bereich lassen sich die bis hierhin dargestellten Gesichtspunkte zum Zwischenmenschlichen und zum Bewegungsverständnis zusammenführen zu einem Ansatz, der sich als „zwischenleibliche Begegnung“ kennzeichnen lässt. Darin wird einerseits die Bedeutung des Sich-Bewegens für die Person und andererseits die Bedeutung von Begegnung als „Entwicklungsanstoß“ aufgegriffen. So lassen sich mit Partnerübungen, eben auf der Grundlage einer auf Dialog angelegten partnerschaftlichen Situation, auf einfache Weise unmittelbare Erfahrungen vermitteln:
Themen wie:

- Halt und Sicherheit,
- Vertrauen und Verantwortung,
- Rhythmus und Balance (innere und äußere),
- Kontakt und Beziehung - mit sich und mit anderen (Kommunikation),
- Nähe und Distanz – Grenzen spüren und setzen

… können konkret spürbar werden und gehen mit der jeweiligen emotionalen Verfasstheit einher. Daraus ergeben sich in der Regel zahlreiche Gesprächsanlässe.

Hierzu möchte ich zu einer Übung einladen, so dass an diesem Beispiel die Möglichkeit eines solchen leiblichen Dialoges erfahrbar werden kann. Die Übung erfolgt im Stehen mit einer Partnerin/ einem Partner.

1) **‘Spiegeln’:** *Zwei Personen stehen einander gegenüber, die Handflächen sind einander zugewandt, aber ohne Berührung. Nun sollen beide gemeinsam ihre Arme so bewegen, als würden sich ihre Hände stets spiegeln.*

Aufforderungen/Fragen während der Bewegungsaufgabe:

- „Gelingt es, mit dem Boden gut in Kontakt zu bleiben?“
- „Versuchen Sie, sich dabei auf Ihre eigene Atmung zu konzentrieren!“
- „Wie nehmen Sie Ihr Gegenüber wahr? Sind Sie in einer angenehmen Distanz?“
- „Fühlen Sie sich wohl/unwohl mit Ihrem Gegenüber?“

Nach Ende der Übung: „Wie haben Sie die Übung für sich gestaltet – hatten Sie eher eine Neigung zum Führen oder zum Folgen, oder war es ausgewogen?“

2) **‘Handfechten’:** *Wie oben, parallele Fußstellung. Beide versuchen, sich gegenseitig aus dem Gleichgewicht zu bringen, also zu einem Ausgleichschritt zu provozieren. Erlaubt ist nur Kontakt der Handflächen, schieben, plötzlich locker lassen, fintieren, …aber kein Greifen.*

Aufforderungen/Fragen während der Bewegungsaufgabe:

a) „Konzentrieren Sie sich ganz auf den eigenen Stand!“:
   - „Versuchen sie, mit dem Körper weich nachzugeben!“
   - „Haben Sie noch guten Kontakt zum Boden?“
   - „Konzentrieren Sie sich besonders auf Ihr Körperzentrum!“

b) „Konzentrieren Sie sich ganz auf die andere Person“:
   - „Seien Sie sehr energisch gegenüber Ihrer Partnerin/ Ihrem Partner!“
   - „Versuchen Sie, die Schwachstellen bei Ihrem Gegenüber herauszufinden!“
   - „Versuchen Sie, deutlich die Aktionen Ihres Gegenüber wahrzunehmen!“

Nach Ende der Übung: „Welche Akzentuierung entsprach Ihnen eher, war leichter umzusetzen?“ „Was fiel Ihnen bei der anderen Akzentuierung schwer?“

Mithilfe solcher Partneraufgaben ist es möglich – im Herausforderungsgrad durch den Andern – Erfahrungen und Erkenntnisse über sich selbst zu gewinnen, und zugleich geschieht eine Öffnung dem andern gegenüber: „Gemeinsam miteinander sein und sich gegenseitig zeigen“. Der Weg, sich offen in die Begegnung zu wagen, sich ohne Sicherungsmöglichkeiten auf Unbekanntes einzulassen, sich dem Ungewissen im zwischenmenschlichen Miteinander „preiszugeben“, eröffnet die Chance, sich und den anderen im Gegenüber-sein neu zu erleben und zu erkennen. In diesem Sinne betrachte ich es als Möglichkeit, über leiborientierte, partnerbezogene Übungen die Entwicklung von Offenheit für Begegnung und Beziehungsbereitschaft zu unterstützen.

5. Leiborientierte Zugänge in der Beratung

Bis hierher habe ich mich nicht auf die Existenzanalyse und auch nicht auf das Einzelsetting in der Beratung bezogen, sehe aber gute Möglichkeiten eines solchen leiborientierten Zugangs in der Beratung und Therapie. Im Folgenden greife ich Überlegungen Längles für diese Fragestellung auf:

Auch Längle (2008) stellt, u.a. im Rückgriff auf Buber, im Zusammenhang mit dem Person-Verständnis in der EA das Dialogische heraus: Der Mensch stehe andauernd im Dialog mit dem Außen (Mitmenschen bzw. Mitwelt) sowie im Dialog nach innen, mit sich selbst. Längle sieht das Beziehungsgeschehen nicht nur in Bezug auf die Mitwelt, wie Buber es herausstellt, sondern ebenso im Verhältnis zu sich selbst. Zudem stehe, ähnlich wie bei Böhme, der Mensch in doppelter Hinsicht zu sich in Beziehung:

„Neben dem primären Faktum des Menschseins – in der Welt zu sein – ist ein zweites: sich darin selbst gegeben zu sein.“ (Längle 2008, 92 f.) … „So ist seine Realität eigentlich eine doppelte: eine, die als *Andersheit* erlebt wird, und eine, die als *Eigenes* empfunden wird, als zu einem selbst gehörend. Beides hat der Mensch ‘sich gegenüber’, empfindet die eine als die *äußere*, die andere als die *innere*, nähere Realität.“ (ebd., 93) Diese werde als *Eigenes* erlebt, weil sie unmittelbar trage: der Körper, die Psyche, Lust und Angst, Persönlichkeitseigenschaften … Zu beiden Welten stehe der Mensch unablässig und zeitlebens in Beziehung. „In der Bezugnahme auf sich selbst trifft sich der Mensch in seiner *Intimität* an. In der Bezugnahme auf die Welt trifft er auf das *andere* von sich, auf seinen ‘Partner’, durch dessen Begegnung er zu sich findet.“ (ebd., 94)

Aber was lässt sich aus dem bisher Gesagten für das ***Einzelgespräch*** schlussfolgern?

Aus dem dargelegten Person-Verständnis der Existenzanalyse möchte ich Möglichkeiten für einen leib-orientierten Zugang auch in der Einzelarbeit ableiten. Partner-Übungen (wie im obigen Beispiel) lassen sich meines Erachtens in der Beratung kaum umsetzen, da die Beraterin/der Berater sich nicht direkt in der Übung mit der Klientin/dem Klienten beteiligen sollte. Vielmehr geht es um die Dialogfähigkeit der Klientin/des Klienten sich selbst gegenüber, um eine Kontaktaufnahme *zu* und das Sammeln von Erfahrungen *mit* sich selbst. Auch hierbei, und das erscheint mir wichtig, hat der Bezug zur Außenwelt ebenso einen bedeutenden Stellenwert, um auf das Innen dialogisch wirken zu können. Im Falle solcher Einzelübungen findet die Außenwelt mithilfe mentaler, imaginativer Übungsanteile Berücksichtigung.

Zusammenfassend möchte ich aus den bis hierher dargelegten theoretischen Überlegungen die Frage nach den Möglichkeiten des Heilens aus der Begegnung/dem Dialog positiv beantworten. Meine Erfahrungen zeigen mir, dass leib-bezogene Übungen auf drei Ebenen bzw. Zielrichtungen den beraterischen Prozess begleiten können:

- Halt vermittelnd, stützend, **begleitend:** Stabilisieren und Üben,
- **Zugang schaffend**, Psychodynamisches erschließend, Erkenntnisgewinn fördernd: Öffnen nach innen und außen,
- **Visionen eröffnend**: Über ‘neue’ Körper-Sensationen Vorstellungen dahingehend entwickeln, wie das Lebensgefühl werden könnte.

Dabei können die Übungen, je nach Thema bzw. Schwerpunkt in den Grundmotivationen, einfach variiert und hinsichtlich der Bewegung und der Aufmerksamkeitslenkung akzentuiert werden, mit unterschiedlichen Bewegungsqualitäten besetzt und dadurch auf bestimmte Bewegungserfahrungen hin

fokussiert werden.

Insgesamt gebe ich dem leiborientierten Zugang den Stellenwert einer substitutiven Methode, allerdings einer, die sehr unmittelbar die Person betrifft und berührt, die das Fühlen anspricht und also den Klienten ganz unmittelbar Zugang zu sich selbst verschaffen kann.

6. Anregungen für die Anwendung in der Praxis

a) Platzierung im Verlauf einer Gesprächsstunde:

Bisher habe ich Erfahrungen mit drei unterschiedlichen Ausrichtungen eines körperbezogenen Akzentes gesammelt:

1. *Zum Ankommen* („zu sich kommen"):
   - Kontaktaufnahme nach außen (Sitzmöbel, Bodenkontakt …),
   - Atemübung zur Konzentration (still werden und inne halten),
   - Reise durch den Körper (Kontaktaufnahme innen).
2. *Als Zugang* (sich spüren):
   - Körperbezogene Imagination (das Erleben/Emotionale ansprechend),
   - Themenbezogene Aufgaben (Themen wie Vertrauen, Balance, Raum),
   - Erfahrungsorientierte Aufgaben (wie Spüren von Unsicherheit, Angst, Grenzen).
3. *Zur Stabilisierung* (üben, am Ende der Sitzung):
   - Qi-gong-Übungen,
   - Atem-Übungen,
   - mentale Übungen.

b) Hinweise zum konkreten Vorgehen

1. *Einleitung:*
   - was kommt auf die Klientin/den Klienten zu
   - was erwartet die Klientin/der Klient,
   - Bedeutung des mentalen Sich-Hineinbegebens,
   - Hinweis auf die Möglichkeit, die Übung jederzeit beenden zu können.
2. *Durchführung:*
   - Hinweisen auf Erfahrungsmöglichkeit/unterschiedliche Spüraufgaben,
   - Fragen im Hinblick auf das Fühlen und Befinden,
   - Beenden mit allmählichem Ausklang.
3. *Fragen zur Reflektion/Auswertung:*
   - Wie ist es Ihnen ergangen?
   - Was ist Ihnen aufgefallen?
   - Was war angenehm, was nicht?
   - Therapie: Kennen Sie solch ein Gefühl aus anderen Situationen?
4. *Eventuell Folgeübung:*
   - mehr stabilisierend oder herausfordernd?!

c) ein konkretes Beispiel :

Mit diesem Abschluss möchte ich veranschaulichen, wie durch kleine Variationen der Bewegung und der Aufmerksamkeit bzw. Vorstellungskraft unterschiedliche Aspekte im Spüren akzentuiert und an den Grundmotivationen orientiert werden können. Die folgende Übung ist dem Qi gong, Sequenz „Acht Brokate", entnommen.

'Himmel abstützen': *Im Stehen (mit gutem Bodenkontakt, aufgerichtetem Körper und Kopf, locker-leichter Körperspannung) werden die Arme bis über den Kopf gehoben, so dass beide Handflächen „zum Himmel" gewandt sind („einatmen"); es folgt ein leichtes Strecken/Stützen bei gleichzeitiger Verbundenheit von den Fußsohlen bis zu den Handflächen („ausatmen"); abschließend die Arme lösen und wieder sinken lassen („ein- und ausatmen").*

Stabilisierung/Halt:

- in die Kraft gehen, Stabilität spüren (wie eine Säule zwischen Himmel und Erde)
- Halt durch Erdung, guten Kontakt zum Grund, gesammelte Bewegung

Bewegung: guter Bodenkontakt, Hände/Arme vor dem Körper heben (und senken), Stützen mit deutlicher Körperspannung, Schulterblätter nach unten ziehen

Kontaktaufnahme/Fühlen:

- Arme heben wie durch Wasser/ Schweben lassen leicht wie ein Luftballon oder ein Blatt im Wind, Leichtigkeit in der Bewegung: zu sich in Beziehung kommen
- Unterschiede spüren (Spannung: stark - leicht; Brustkorb geöffnet/ weit - gelöst/ sinkend)
- Spüren der Verbundenheit von Himmel und Erde, Handflächen und Fußsohlen

Bewegung: Arme seitwärts heben, Hände über dem Kopf verschränken, Spüren der Dehnung, nach innen spüren und Spannung lösen, dann erst Arme sinken lassen

Zentrierung/Ich-Struktur:

- Das Körperzentrum durchgehend spüren (tiefe, untere Bauchatmung)
- Die Körperachsen wahrnehmen (Körper-Längsachse und Arm-Querachse): sich in der Ausdehnung wahrnehmen und als Einheit spüren
- am Ende Hände auf den Unterbauch legen, Atem spüren: ganz und mit sich in Kontakt sein

Bewegung: Arme verschränkt vor dem Körper heben, seitwärts sinken lassen

Literatur

Böhme G (2006) Leib-Sein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Kusterdingen: Die Graue Edition

Buber M (1992) Das Dialogische Prinzip. Gerlingen: Lambert Schneider, 6°

Funke-Wieneke J (2004): Bewegungs- und Sportpädagogik. Wissenschaftstheoretische Grundlagen – zentrale Aspekte – entwicklungspädagogische Konzeption. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren

Haeffner G (1989) Philosophische Anthropologie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2°

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 23–179

Anschrift der Verfasserin
Sigrid Happ
D - 20251 Hamburg
Eppendorfer Landstr. 164
sigrid@happ.org

Der Mensch im Spannungsfeld zwischen Leistung und Sinnfindung

Zugänge der Existenzanalyse im Leistungssport

Andrea Engleder

Leistungssport stellt eine starke Herausforderung für Körper, Psyche und Geist dar. Wenn die Erlebniswelten in Übereinstimmung sind, werden sportliche Höchstleistungen möglich. Ohne Körper keine Bewegung, ohne Psyche keine Antriebskraft und emotionale Orientierung, ohne Geist keine Entscheidung, über eigene Grenzen gehen zu wollen. Der existenzanalytische Zugang ermöglicht fokussiertes Arbeiten an den zentralen Anliegen der SportlerInnen, die in diesem Artikel exemplarisch aufgezeigt werden.

Schlüsselwörter: *Identität, Körper, Sport, Werte*

1. Einleitung

Die sportpsychologische Arbeit im Umfeld des Leistungssports beinhaltet sowohl die psychologische Leistungsdiagnostik als auch die Beratung und Betreuung der AthletInnen, deren TrainerInnen, Eltern und FunktionärInnen. Die Schwerpunkte in der psychologischen Beratung umfassen das mentale Training, Persönlichkeitsentwicklung der AthletInnen und TrainerInnen, Kommunikation, insbesondere in Sportspielmannschaften, Krisenmanagement und die Behandlung von klinischen Störungsbildern, wie Essstörungen, Depressionen und Angststörungen im Sport. In Österreich ist das Österreichische Bundesnetzwerk Sportpsychologie (ÖBS) erster Ansprechpartner für die sportpsychologische Betreuung im Spitzensport und koordiniert sämtliche sportpsychologische Projekte, die aus Bundesfördermitteln finanziert werden. Drei sportpsychologische Bundeskompetenzzentren in Wien, Salzburg und Innsbruck sind mit der Beratung, Betreuung, Testung, Evaluation und Dokumentation beauftragt.

1.1. Rahmenbedingungen im Sport für den/die SportpsychologIn

Die Rahmenbedingungen der sportpsychologischen bzw. sportpsychotherapeutischen Arbeit im Setting Sport unterscheiden sich stark von jenen in einer Praxis, Klinik oder Beratungseinrichtung:

Eine kontinuierliche Betreuung ist nicht immer möglich, da die AthletInnen über das Jahr sehr unregelmäßig für die Beratung verfügbar sind, weil ihre Zeit sehr stark durch Trainingseinheiten, Trainingslager und Wettkämpfe, eventuell auch durch Sponsorentermine, von außen vorgegeben ist. Die Beratungseinheiten mit dem/der SportpsychologIn oder PsychotherapeutIn müssen häufig sehr flexibel gestaltet werden: Bei EinzelsportlerInnen erfolgt eine intensivere Betreuung eher in trainings- und wettkampffreien Zeiten. In trainings- und wettkampfintensiven Zeiten gibt es weniger persönlichen Kontakt und mehr E-Mail-Kontakt.

Des weiteren findet die sportpsychologische Betreuung häufig auch ausschließlich während Trainingslagern und Wettkämpfen statt, meist, wenn es um die Betreuung von Sportspielmannschaften geht, da nur zu diesem Zeitpunkt alle Kaderspieler an einem Ort verfügbar sind. Diese Form der psychologischen Betreuung findet oft vor oder zwischen dem Training, unter Umständen auch bis spät in die Nacht statt, wenn der Trainings- und Wettkampfplan schwer andere Zeiten zulässt. Ein Betreuungstag kann sich somit auch über 16 Stunden erstrecken, wobei der Einsatz des/der SportpsychologIn sowohl während der Trainingsbeobachtung, als auch in den direkten Betreuungskontakten stattfindet.

Auch der Raum für die Beratung ist je nach gegebenen Möglichkeiten oft sehr unterschiedlich, wie z.B. Garderobe, Trainingshalle, Hotelzimmer, Hotellobby, Wiese, im günstigen Fall ein Pressezimmer, Sozialraum oder die eigenen Räumlichkeiten der Beratungsstelle des ÖBS.

1.2. Rahmenbedingungen im Sport für die AthletInnen

In welch einer Welt bewegt sich ein/eine AthletIn?

LeistungssportlerInnen beginnen ihre Laufbahn in ihrer jeweiligen Sportart oft in sehr jungen Jahren. Körperbau und Bewegungsabläufe, die in jungen Jahren entwickelt werden, haben größeres Potential, zum optimalen Leistungsaufbau zu führen. Dies bedeutet einerseits eine enge Zeitstruktur im Schulalltag: Morgens Training, ab Mittag Schule, Abends Training, spät am Abend Hausübungen für den nächsten Schultag.

Die TrainingskollegInnen und TrainerInnen entwickeln sich meist zu den wichtigsten Bezugspersonen für den/die AthletIn.

Das Körperbild wird sehr stark durch diese Struktur beeinflusst, da der Körper schon in jüngsten Jahren von anderen mitgeformt und bewertet wird. TrainerIn, Schieds- und PreisrichterInnen, Vorbilder, Eltern, Fans geben vor, was gut, schön und erstrebenswert ist. Der Körper wird in diesen Jahren von den jungen SportlerInnen weiter und weiter perfektioniert, um über eine ausgezeichnete Bewertung des Körpers bzw. dessen Leistung den eigenen Selbstwert, der ja in anderen Bereichen wenig entwickelt werden kann, zu stärken. Die Gefahr einer Störung (z.B. Essstörung), ist dann gegeben, wenn das Selbstwertgefühl nur mehr über den Körper bzw. die Leistung definiert wird. Hier setzt in der Beratung ganz stark die Entwicklung und Stärkung des authentischen, personzentrierten Selbst-

wertes an, um psychischen Beeinträchtigungen und externen Forderungen entgegenwirken zu können.

2. Raum, Schutz und Halt im Sport

Gute Räume für sich zu finden, ist für AthletInnen oft schwierig, da sie wenig Rückzugsmöglichkeiten haben, sei es durch das ständige Unterwegssein und die wechselnden Hotelzimmer, oder durch Mangel an Privatsphäre, etwa wenn TrainerInnen selbstverständlich durch Duschräume gehen. Besonders exponiert sind jene AthletInnen, die stark in der Öffentlichkeit stehen, bei denen jedes Verhalten durch die Medien dokumentiert und kommentiert wird, und denen fast jede Rückzugsmöglichkeit fehlt. Die Aufklärung und Legitimation zum eigenen Schutz der Intimsphäre und das Erarbeiten konkreter innerer und äußerer Rückzugsräume ist daher eine wichtige Aufgabe des/der SportpsychologIn.

Halt kann im Sport vor allem die klare Struktur des Trainingsalltags geben, die Beziehungen in der jeweiligen Trainingsgruppe und auch Ziele, die sich der/die AtheltIn im Sport setzt. Ein häufiges Thema, mit dem der/die SportpsychologIn in seiner Arbeit konfrontiert ist, ist die Frage des Vertrauens des/der AthletIn in die Vertrauensbeziehung zum/zur SportpsychologIn. In wie weit kann der/die AthletIn dem/der SportpsychologIn vertrauen ohne Angst haben zu müssen, dass Informationen an den/die TrainerIn oder den Verband weitergegeben werden, wenn diese die Auftraggeber sind? Der ethisch vertretbare Umgang mit diesem Spannungsfeld stellt eine Herausforderung für den/die SportpsychologIn dar.

Ein häufiger Arbeitsauftrag an die Sportpsychologie ist der Umgang mit Wettkampfangst und den damit verbundenen Versagensängsten. Existenzanalytisch kann es darum gehen, was dem/der AthletIn in diesen Situationen dennoch Halt gibt und ihn/sie dabei unterstützt, dass es kein MUSS im Gewinnen gibt. Es gilt, mit den jungen Menschen daran zu arbeiten, dass der eigene Wert bzw. die eigene Identität nicht nur vom Sport bestimmt werden, und dass der Eigenwert des Trainings und der Gemeinschaft neben dem Nutzwert der Leistung und dem Erfolgsstreben erlebt und kultiviert werden können.

Sehr unterstützend und haltgebend wirkt im Wettkampf auch ein gutes Coaching von Seiten des/der TrainerIn.

Dennoch wird es im Sport immer Unsicherheitsfaktoren geben, die Angst machen können, sei es eine objektive Verletzungsgefahr, unbekannte Gegner, Orientierungslosigkeit, eine neue Trainingsgruppe, Versagensängste oder ein/eine neue TrainerIn. Hier kann die Einwilligung des/der AthletIn in das Restrisiko und ein Vertrauen in die Teammitglieder unterstützend wirken.

Ein Fallbeispiel:

Elvira geriet fälschlicherweise unter Dopingverdacht und fiel daraufhin in ein tiefes Loch der Verzweiflung und Haltlosigkeit, da sie nicht mehr wusste, wem sie glauben konnte. „Die Menschen, die vorher noch Freunde waren, begegnen einem misstrauisch.“ „Wem kann ich noch vertrauen?“ „Waren die Nahrungsergänzungsmittel verunreinigt?“ „Wie geht es mit mir weiter, auch wenn ich davon überzeugt bin, nichts Unrechtes getan zu haben?“ Der Blick wurde nun darauf gerichtet, was in dieser Situation dennoch Halt geben könnte, um wieder Boden unter den Füßen zu bekommen. Es zeigte sich, dass sie in dieser sehr schwierigen Phase ihrer Sportkarriere insbesondere die Familie, den Partner, den Trainer und zukünftige Ausbildungsziele als haltgebend erlebt hat.

3. Mögen im Sport

Dabei handelt es sich um Fragen der AthletInnen: „Wie ist es für mich als AthletIn, dass ich ein Leben als LeistungssportlerIn führe?“ „Hat das Leben für mich in dieser Form Qualität?“ „Mag ich den Sport noch?“ „Und erfüllt er mich?“

Häufig tritt bei NachwuchssportlerInnen ab einem gewissen Punkt eine Tendenz zur Funktionalität ein, wenn sie die Beziehung zu sich selbst verloren haben, den Wert nicht mehr aus der sportlichen Betätigung ziehen, und nur mehr dem Sport nachgehen, aus Angst, bei Beendigung der Karriere die Beziehung zum/zur TrainerIn und den TrainingskollegInnen zu verlieren, oder die eigenen Eltern zu enttäuschen.

3.1. Schwierigkeiten im Sport, um gut mit mir in Beziehung sein zu können

AthletInnen im Spitzensport haben häufig wenig Zeit für sich, da sie einer sehr strengen Zeitstruktur von Training, Wettkampf und Repräsentationsterminen ausgesetzt sind. Häufig ist der innere Dialog mit sich selbst sehr abwertend, denn man hat gelernt, dass Fehler sowohl von innen als auch von außen bestraft werden. Durch zu wenig Schlaf und Ruhe, ungesunde Essverhaltensweisen und fehlenden Abstand zu sportlichen Tätigkeiten kommt es zu einer mangelnden Sorgsamkeit im Umgang mit sich selbst. Und schließlich bleiben wichtige Beziehungen zu Partner, Freunden und Familie aufgrund des stark strukturierten Lebens auf der Strecke. Dies hat zur Folge, dass AthletInnen einer erhöhten Vulnerabilität für Depression ausgesetzt sind und diese Themen immer wieder stark in der sportpsychologischen Betreuung aufscheinen.

Ein Fallbeispiel:

Simone hat einen Selbstmordversuch und einen stationären Aufenthalt in der Psychiatrie hinter sich. Sie kommt in die sportpsychologische Beratung, da sie keinen Plan hat, wie es mit ihr weitergehen soll.

Sie ist mit Begeisterung Leistungssportlerin und der Sport hat ihr lange Zeit als Ressource gedient, wo sie viel Erfüllung gefunden hat. Jetzt ist sie auf der Suche nach ihrem Sinn im Leben, denn durch den Wegfall des Sports durch Saisonende und Abschluss der Pflichtschule fehlt ihr jede Perspektive, wie es weitergehen könnte und was sie eigentlich jetzt möchte. Die Intervention erfolgte durch ein gemeinsames sorgsames Hinschauen, wodurch sie berührt wird, was sie außerhalb des Sports bewegt und interessiert und was davon speziell das Ihre sein könnte. Durch einen Abbruch der Sportkarriere fand sie wieder mehr Zeit für sich und konnte so für sich wieder neue Kraft und eine Perspektive schöpfen. Mit die-

ser Neuorientierung konnte und wollte sie wieder in den Leistungssport zurückkehren, da sie spürte, dass der Sport, sofern sie gut auf ihre Grenzen und Ressourcen achtete, ihr sehr viel bedeutete und zu ihr gehörte.

3.2. Werte im Sport

Insbesondere in der Betreuung von NachwuchsathletInnen fällt auf, dass es häufig in der Pubertät zu Werteänderungen der Jugendlichen kommt, in deren Folge es zu einem Leistungsabfall kommt und der/die TrainerIn sich mit letzter Hoffnung an den/die SportpsychologIn wendet.

Für den/die AthletIn nimmt der Sport zentrale, manchmal sogar eine überwertige Stellung ein:

„Ohne Sport ist mein Leben nichts wert." „ Wenn du es zu etwas bringen willst, musst du alles dem Sport unterordnen." „Das gehört zum Leistungssport dazu…" „Dir fehlt es an der richtigen Einstellung." oder „Du musst alles dem Leistungssport unterordnen, für anderes hast du dann auch noch nach deiner Sportkarriere Zeit."

Je absoluter der Wert, desto massiver die Krise, wenn Werte im Sport plötzlich aufgrund des Alters, einer Verletzung oder überraschendem Karriereende wegfallen.

4. Individualität als AthletIn

Die Individualität als AthletIn beinhaltet Fragen nach: Darf ich im Sport so sein wie ich bin? Oder muss ich den Vorgaben der anderen entsprechen? Der Sport an sich kann für die Person sehr selbstwertstärkend sein, wenn der/die AthletIn gut darauf hört, was ihm/ihr gut tut, sich mit dem, was er/sie im Sport macht und schafft, ernst nimmt und wertschätzend mit sich umgeht und keinen strengen inneren Dialog führt, der ihn/sie in dem, was er/sie ist oder tut, abwertet.

4.1. Überschreitung von Grenzen

Grenzüberschreitungen sind ein sehr häufig zu beobachtender Bestandteil des Sports. Sei es, dass TrainerInnen durch die Duschen gehen, erotische Darstellungen in Kalendern für Sponsoren, Gewichtskontrolle vor den anderen im Team, das Verbot von diversen Nahrungsmitteln, die Medien und nicht zuletzt die Erwartungen an die AthletInnen, sich exzessiv zu verausgaben, sprich über das eigene körperliche Maß zu trainieren und wettzukämpfen und das Risiko einer Sportverletzung in Kauf zu nehmen.

Hier setzt die existenzanalytische Arbeit besonders an der Stärkung des eigenen Schutzes an, um einen guten sorgsamen Umgang des/der AthletIn mit sich selbst zu fördern.

Auch hier im Rahmen der Frage nach der Individualität des Menschen kommt dem Körper im Leistungssport in Bezug auf den Selbstwert eine wichtige Rolle zu. Der Körper, der Höchstleistungen bringt und an die Grenze seiner Perfektionierung kommt, stärkt den Selbstwert des/der AthletIn durch die Anerkennung und Bewunderung der anderen, auch weil er möglicherweise einzigartig in seiner Leistungsfähigkeit ist und somit zum, oft überfrachteten, Träger des Selbstwerts wird.

4.2. Wertschätzung im Sport

Wertschätzung ist ein Thema, das auch im Sport einen sehr hohen Stellenwert hat und nicht immer in der erwünschten Art und Weise vorhanden ist. Die fehlende Wertschätzung untereinander zeigt sich häufig in alltäglichen Situationen wie absichtlicher Unpünktlichkeit, um dem/der TrainerIn zu zeigen, „Ich nehme dich in deiner Forderung nicht ernst und setze dies als Zeichen meines Protestes". Falsch verstandene Wertschätzung, wie das übermäßige Loben trotz schlechter Leistung durch TrainerInnen wird von den AthletInnen rasch durchschaut, sie fühlen sich nicht wirklich gesehen und aufrichtig wertgeschätzt und reagieren ärgerlich oder verletzt. Das wohl am häufigsten gezeigte TrainerInnenverhalten einer fehlenden Wertschätzung liegt in Aussagen wie „Wenn du dich nicht so verhältst wie ich will, dann arbeite ich nicht mehr mit dir". Unter diesem Druck bleibt bei NachwuchsathletInnen das Eigene irgendwann auf der Strecke.

4.3. Konkurrenz oder Rivalität?

Das Um und Auf aller Aktivität im Leistungssport ist das Vergleichen und Konkurrieren mit dem Gegner oder der Gegnerin. Der/Die AthletIn kann sich sehr gut mit dem/der GegnerIn messen, wenn sein/ihr Selbstwert nicht bedroht ist. Die Realität sieht oft anders aus, da AthletInnen häufig zu Rivalität getrimmt werden: „Man hat zu kämpfen und den anderen zu vernichten" und „…wenn du es nicht schaffst, dann warten noch zahlreiche andere AthletInnen, die deinen Platz einnehmen können".

Im Sport sind alle Beteiligten einer sehr komplexen Form der Konkurrenz ausgesetzt, wo ein flexibles Sich-Einstellen auf das Gegenüber sehr stark erforderlich ist: „In der Bundesliga stehe ich dem anderen Bundesligisten gegenüber, oft heißblütig unterstützt durch die Fans im Hintergrund, eine Woche später muss ich mit dem Bundesliga-Gegner im Rahmen des Nationalteams ein Team bilden und gut kooperieren." Das ist eine Herausforderung, der sich die Sportpsychologie immer wieder im Rahmen der Teamentwicklung stellen muss. Eine weitere für den/die AthletIn belastende Situation ist es, wenn der/die AthletIn im Rahmen eines Wettkampfes dem/der besten FreundIn gegenübersteht und dies vielleicht sogar in einem Finale. Hier ist es für den/die AthletIn wichtig, eine Unterscheidung zwischen Freund und Wettkampfgegner zu erlernen, die für ihn/sie keine subjektive Bedrohung für die Freundschaft bedeuten muss.

4.4. Gefühle des Ärgers im Sport

Gefühle haben einen zentralen Stellenwert im Sport, sei es bei den AthletInnen selbst oder bei ihren Fans. Im Sport sind die Facetten der Emotionen reich gesetzt: von Ärger und Verzweiflung bis zu grenzenloser Freude und Glückseligkeit, und dies häufig nur bei einem einzigen Event und innerhalb kürzester Zeit. Neben dem Gefühl der Freude wird im Sport fast ebenso häufig das Gefühl des Ärgers erlebt: Ärger über die knapp verpasste Platzierung, Ärger über die nicht erreichten eigenen Ziele, Ärger über unfaire Schiedsrichterentscheidungen oder unfaires Verhalten des/der GegnerIn oder TrainerIn, Ärger über Verletzungen und ganz besonders der Ärger über sich selbst, dass etwas nicht gelungen ist und der/die

AthletIn sich daher selbst abwertet.

Ein Fallbeispiel:

Petra kommt in die sportpsychologische Beratungsstelle, da sie es derzeit nicht schafft, sich Ziele zu setzen und ein für sie wichtiger Wettkampf in ein paar Monaten stattfindet. Sie berichtet auch über eine nicht behandelte Depression in der Vergangenheit. In der weiteren Arbeit zeigt sich ein stark eingeschränktes Selbstwertgefühl, sie fühle sich den anderen gegenüber wie eine kleine graue Maus, die sich im Mauseloch versteckt und sich nicht heraustraut, aus Angst, den Ansprüchen der anderen nicht genügen zu können. Der enge Erfahrungsraum des Selbstwerts ist wie ein Korsett um sie geschnürt und sie bezieht ihn hauptsächlich aus ausgezeichneten sportlichen Erfolgen, wodurch sie die Anerkennung von den anderen erhält. Die Intervention beinhaltete ein Hinspüren zu sich selbst, Kennenlernen, Wahrnehmen und Integration der „Maus". Die junge Frau erkannte, dass die Maus ein Teil ihrer Geschichte und ihrer Person war, das sie so sein darf, wie sie ist, und dabei ein Entwicklungspotential hat.

4.5. Coach the Coach

Nicht nur der/die AthletIn steht im Zentrum der sportpsychologischen Aufmerksamkeit, sondern auch die ihn/sie betreuenden Personen, insbesondere die TrainerInnen. In sogenannten „Coach the Coach Betreuungen" wird auf individuelle Belastungen und Drucksituationen, denen TrainerInnen ausgesetzt sind, eingegangen. Ein wichtiger Fokus in der Arbeit mit TrainerInnen ist es auch, sie dabei zu unterstützen, ihre zu betreuenden AthletInnen bei der Entwicklung zu mündigen, selbstverantwortlichen AthletInnen zu fördern. Abhängigkeiten und Machtansprüche von TrainerInnen gegenüber AthletInnen führen letztendlich zu einer Leistungsminderung, da die eigenen Stärken und Ressourcen nie zur Gänze ausgeschöpft werden, sondern immer unter einem Deckmantel der Angst und Unselbstständigkeit gedämpft werden.

Die Akzeptanz der sportpsychologischen Unterstützung für TrainerInnen zeigt sich in zahlreichen Rückmeldungen. Besonderen Profit ziehen TrainerInnen dabei aus der Möglichkeit, mit einer außenstehenden Person die Situation zu reflektieren, eine eigene Positionierung im Sportumfeld zu finden, Selbstwertstärkung durch Persönlichkeitsentwicklung und eine verbesserte Kommunikation mit den AthletInnen zu erzielen.

5. Rahmenbedingungen in der sportpsychologischen Arbeit

Im heutigen Leistungssport ist eine sportpsychologische Betreuung nicht mehr wegzudenken. Obwohl schon sehr stark akzeptiert und etabliert, treten der Sportpsychologie immer wieder Haltungen entgegen, die meinen: „Es ist egal, ob es dem Sportler gut geht, Hauptsache er bringt seine Leistung!" Solche „Aufträge" verfehlen das Verständnis von „moderner" sportpsychologischer Betreuung und reduzieren die Sportpsychologie auf eine manipulative Tätigkeit und missverstehen sie im besten Fall als Feuerwehr-Funktion. Für eine effektive und zielgerichtete sportpsychologische Betreuung ist es unabdingbar, eine langfristige kontinuierliche sportpsychologische Begleitung mit den jeweiligen Teams oder EinzelathletInnen zu planen.

5.1. Die Rolle des/der SportpsychologIn

Die Rolles des/der SportpsychologIn wird als eine immer wichtigere im Leistungssport angesehen und die Anzahl der Teams und EinzelathletInnen, die auf die Ressource Sportpsychologie zur Leistungsoptimierung zurückgreifen, wächst von Jahr zu Jahr.

Dies war und ist nicht immer so gewesen. In der Arbeit als SportpsychologIn warten zumal auch einige Fallen. Sei es der Versuch der Instrumentalisierung von TrainerInnenseite: „Mach mir den Sportler so, dass er funktioniert", oder von AthletInnenseite: „Kannst du nicht mit dem Trainer reden, wir trauen uns nicht…!" Als besonders wichtig hat sich in der sportpsychologischen Arbeit gezeigt, dass es eine klare Abgrenzung und Definition des Arbeitsauftrags braucht, um effizient zu arbeiten, sei es in der Einzelberatung, Teamberatung oder TrainerInnenberatung.

5.2. Sport als Ressource – Existenzanalyse im Leistungssport: Eine Zusammenfassung

Mit einem existenzanalytischen Blick ist der Sport auch als eine starke Ressource für den Menschen zu sehen:

- Auf der 1. GM ist der Sport ein haltgebender Faktor und kann ein guter Entfaltungsraum für den Menschen sein.
- Auf der 2. GM leistet der Sport auch Beziehungsarbeit. Für Höchstleistungen muss der/die AthletIn auch mit sich, den eigenen Beweggründen, Emotionen und Blockaden in Beziehung kommen und sich mit Körper, Psyche und Geist intensiv auseinandersetzen.
- Auf der 3. GM kann die Ausübung einer sportlichen Aktivität identitätsstiftend sein und dem Menschen Perspektiven und Grenzen aufzeigen.
- Auf der 4. GM kann der Sport schlussendlich auch entwicklungsfördernd und erfüllend sein.

Zusammenfassend sei gesagt, der Sport ist dann im existenzanalytischen Sinn gut, wenn ich das Gefühl habe, ich kann auch aussteigen und mir wird dadurch nicht das Wesentliche meiner Person und meines Lebens weggenommen. Mit dieser Einstellung kann der/die AthletIn gut im Sport aufgehen.

Anschrift der Verfasserin:
Mag. Andrea Engleder
Österreichisches Bundesnetzwerk Sportpsychologie Kompetenzzentrum
A-1150 Wien, Auf der Schmelz 6a
Andrea.engleder@sportpsychologie.at
www.sportpsychologie.at
Mobil: 0660/127 0 172

Person und Stimme

Die funktionelle Dysphonie als personal-existenzielles Geschehen

Karin Parschalk

Funktionelle Störungen der Stimme werden in der Fachliteratur als komplexe biopsychosoziale Geschehen beschrieben, welche in Zusammenhang mit körperlichen, psychischen sowie psychosozialen Prozessen stehen. Im wissenschaftlichen Diskurs zur funktionellen Dysphonie blieb die existenzanalytische Theorie bisher weitgehend unberücksichtigt. Im Rahmen meiner Dissertation am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien wurden Menschen mit funktioneller Dysphonie erstmals mit existenzanalytischen Testinstrumenten (ESK, ELQ) quantitativ-empirisch untersucht und basierend auf den gewonnenen signifikanten Studienergebnissen (α=5%) als „personal-existenzielles" Geschehen postuliert. Im Vortrag wird der neu entwickelte personal-existenzielle Theoriezugang vorgestellt, welcher funktionelle Dysphonien zugleich als Ausdruck und/oder Ursache noetischer Defizite beschreibt, sowie ein kurzer Einblick in dessen Relevanz für die sprachheilpädagogische Praxis gegeben.

Schlüsselwörter: *Funktionelle Dysphonie – Personal-existenzielle Sinnerfüllung – Existenzielle Lebensqualität*

Einleitung

Die Stimme aus rein physiologischer Sicht ist nichts Anderes als das Ergebnis des Zusammenspiels verschiedener Teile des menschlichen Organismus. Grob unterschieden sind das: die Atmung, die als Windkessel dient, der Kehlkopf, in dem der Ton erzeugt wird, der Raum oberhalb des Kehlkopfes, das Ansatzrohr und zugleich der Ort, in dem der Klang geformt wird und die Sprachlaute entstehen. Komplexer betrachtet wird allerdings schnell deutlich, dass Stimme mehr ist als bloße Funktion. Sie stellt ein wichtiges Mittel in der zwischenmenschlichen Kommunikation dar. Mit ihrer Hilfe können Kontakt, Nähe und Beziehung hergestellt, aufrechterhalten, aber auch vermieden und blockiert werden. Damit ist sie ein wichtiges Kontaktorgan. Die Stimme ist aber auch emotionales Ausdrucksorgan. In ihr werden Gefühle ausgedrückt bzw. können Gefühle anderer wahrgenommen werden. So nimmt etwa unter Stressbedingungen, bei Zorn oder Nervosität die mittlere Grundfrequenz der Stimme zu, die Stimmhöhe steigt an und der Klang der Stimme verändert sich. Über den Kehlkopf teilt sich der Mensch mit, er drückt sich aus und wirkt an seiner Umwelt. Mit Hilfe der Stimme sind wir in der Lage unsere Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse verbal zu äußern, diese um- bzw. durchzusetzen und uns Raum in unserem Dasein zu nehmen, somit kann Stimme auch als Instrument zur sozialen Durchsetzung verstanden werden. Darüber hinaus stellt die Stimme aber auch einen spezifischen, einzigartigen Teil der Person dar, nämlich das was von ihr zum Klingen kommt und von ihr hörbar wird. Durch die Einzigartigkeit ihrer Klangfarbe begründet sie die Individualität, die Authentizität der Person (vgl. Feuerstein 2003; Waibel 2002).

Zusammengefasst wird also deutlich, dass Stimme ein komplexes biopsychosoziales Geschehen darstellt, welches immer auch in Zusammenhang mit der Person, dem Stimmträger steht und dass Störungen der Stimme, im konkreten Fall funktionelle Störungen der Stimme, welche eine häufige Form der Stimmstörung darstellen, die durch Heiserkeit, eingeschränkte stimmliche Leistungsfähigkeit und subjektive Missempfindungen wie Räusperzwang, Schleimbildung gekennzeichnet sind, ohne dass primär organische krankhafte Veränderungen, der an der Stimmbildung beteiligten Strukturen erkennbar sind, komplexe Auswirkungen auf die emotionale, psychische, psychosoziale Befindlichkeit, die psychosomatische Gesamtsituation, den persönlichen, zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich bis hin zur psychosozialen Desintegration haben können und umgekehrt (vgl. Böhme 2003; Seifert & Kollbrunner 2005; Wendler & Seidner 2005; Witulski 2006). Blickt man aus „personal-existenzieller" Perspektive auf die Stimme, so erscheint die vierfache Zustimmung zu den vier „personal-existenziellen Grundmotivationen", also ein „Ja zur Welt" (1. GM), ein „Ja zum Leben" (2. GM), ein „Ja zu sich" (3. GM) und ein „Ja zum Sinn" bzw. „Ja zum Werden (zur Veränderung, zur Tat)" (4. GM) (Längle 2000, 9;) auch im Hinblick auf Stimme interessant.

Stimme im Zusammenhang mit den vier Grundmotivationen nach Längle

Stimme und erste Grundmotivation

Wie bereits eingangs erwähnt dient die Stimme als Instrument zur sozialen Durchsetzung und ermöglicht damit aus existenzanalytischer Sicht dem Einzelnen, sich Raum zum Dasein zu nehmen. „Raum" stellt eine personale Grundvoraussetzung des Menschen dar (Tutsch et al. 2000, 5) und deutet damit bereits auf einen Zusammenhang zur ersten Grundmotivation hin. Die Stimme ist jedoch nicht nur Mittel zur Schaffung von Raum, sie bedarf zum problemlosen Gebrauch ihrerseits ebenso des „Raums", im Speziellen des Atem-, Stimm-, Resonanz- und Artikulationsraums. Zudem scheinen zwei weitere personale Grundvoraussetzungen in diesem Zusammenhang bedeutend. Es sind dies „Halt" sowie „Mut und Vertrauen". Im Bezug auf Stimme braucht es Halt im Wesentlichen in Form von richtiger Körperhaltung, eutoner Körperspannung, fester Bodenhaftung, stabiler Becken-, Atem-, Ton und Zwerchfellstütze und es braucht Mut und Vertrauen zu sich selbst, zum eigenen Körper und besonders zur eigenen Stimme und deren Funktion.

Stimme und zweite Grundmotivation

„Nähe", „Beziehung", „Zuwen-

dung“ und „Kontakt“ sind die personalen Grundvoraussetzungen der zweiten Grundmotivation, derer es im Wesentlichen bedarf, um den Wert des Lebens erfahren zu können (Längle 2000, 9, Tutsch et al. 2000, 5). Als Kontaktorgan, Kommunikations- und Ausdrucksmittel nimmt die Stimme eine wichtige Funktion im Bereich dieser Grundvoraussetzungen ein, da diese nicht zuletzt mit ihrer Hilfe hergestellt und aufrechterhalten aber auch blockiert bzw. vermieden werden können. Zum problemlosen Gebrauch der Stimme scheint es aber zugleich auch der „Nähe“, „Beziehung“, „Zuwendung“ und des „Kontakts“ zum eigenen Körper bzw. zur Stimme durch die Person selbst zu bedürfen, um deren Qualität, Einzigartigkeit und Wert für sich selbst als auch für andere erleben bzw. erfahren zu können.

Stimme und dritte Grundmotivation

Da die Stimme einen spezifischen, einzigartigen Teil der Person darstellt und in der Einzigartigkeit ihrer Klangfarbe die Individualität, die Authentizität der Person begründet, liegt die Vermutung eines weiteren Zusammenhangs zur dritten Grundmotivation nahe. Um sich selbst (das eigene Erleben, Fühlen, Denken, Wollen und Handeln) in seiner Individualität erkennen, annehmen und abgrenzen zu können, bedarf es den personalen Grundvoraussetzungen „Achtung“, „Anerkennung“ und „Wertschätzung“ der eigenen Person, ihrer Einzigartigkeit und Unverwechselbarkeit durch andere, aber auch durch sich selbst (Längle 1999b, 18 ff.; Tutsch et al. 2000, 5). Im speziellen Hinblick auf Stimme scheinen dabei die „Anerkennung“, „Achtung“ sowie „Wertschätzung“ des eigenen Körpers, der eigenen Stimme, diesem unverwechselbaren, einzigartigen Teil der Identität des Menschen, sowohl durch die eigene Person als auch durch andere, für den problemlosen Gebrauch der Stimme grundlegend.

Stimme und vierte Grundmotivation

„Offenheit gegenüber der Gegebenheiten des Daseins“ bzw. „Sich-berühren-Lassen von den Gegebenheiten des Daseins“, sind die existenziellen Grundvoraussetzungen der vierten Grundmotivation, derer es bedarf, um die momentane Situation geistig erfassen zu können bzw. das Wesentliche zu finden sowie verwirklichen zu können (Tutsch et al. 2000, 5; Längle 2005, 45). Im speziellen Hinblick auf Stimme scheint es der „Offenheit gegenüber den stimmlichen bzw. körperlichen Gegebenheiten des Daseins“, eines „Sich-berühren-Lassens von der Stimme“ zu bedürfen, um diese erfassen bzw. das Wesentliche zur Veränderung der stimmlichen Situation finden und verwirklichen zu können, um den „Sinn der Stimme“ für sich selbst erkennen zu können.

Personal-existenzielle Sinnerfüllung und funktionelle Störungen der Stimme

In der Theorie der Existenzanalyse spricht man von existenziell sinnerfüllter Person, wenn die eben genannten Grundvoraussetzungen erfüllt sind bzw. der Mensch den vier „personal-existenziellen“ Grundmotivationen zu „*stimmen*“ kann, während bei Mangelerscheinungen, Störungen bzw. Einschränkungen ein „personal-existenzielles Sinnerfüllungsdefizit“ in Erscheinung tritt, welches sich abhängig von der jeweils beeinträchtigten Dimension in unterschiedlichen biopsychosozialen Aspekten äußern kann (vgl. Längle 1999, 2000). Das Interessante daran ist, dass diese biopsychosozialen Aspekte jenen ähnlich sind, wie sie auch bei Menschen mit funktionellen Stimmstörungen beschrieben werden, was folglich zu der zentralen Hypothese führte, dass ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen funktioneller Dysphonie und Einschränkungen im Bereich der „personal-existenziellen Sinnerfüllung“ besteht, was im Rahmen meiner Dissertation (Parschalk 2007) am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien näher untersucht und bestätigt werden konnte. Darin wurde deutlich, dass funktionelle Dysphonien im Sinne der Existenzanalyse in untrennbarem Zusammenhang mit den „noetischen“ Dimensionen stehen und damit zugleich als Ausdruck und/oder Ursache „personal-existenzieller“ Defizite verstanden werden können, was eine neue „personal-existenzielle“, sprachheilpädagogische Theorie funktioneller Dysphonie begründet.

Werden aufgrund der statistisch bewiesenen Beeinträchtigungen im Bereich der „personal-existenziellen Sinnerfüllung“ bei Menschen mit funktioneller Dysphonie folglich Überlegungen darüber notwendig, wie denn sprachheilpädagogische Praxis ausgestaltet werden kann oder vielmehr soll, um den diskutierten Defiziten von Menschen mit funktioneller Dysphonie adäquat zu begegnen, so scheint dies auch die Auseinandersetzung mit der Frage zu erfordern, ob bzw. inwieweit Methoden, welche bisher erfolgreich in der sprachheilpädagogischen Praxis von Menschen mit funktioneller Dysphonie eingesetzt wurden und werden, auf die diskutierten Beeinträchtigungen bei Menschen mit funktioneller Dysphonie wirken.

Bezieht man solche Überlegungen auf die existenzanalytische Anthropologie der „Geistigkeit von Psyche und Soma“, auf die gewonnenen signifikanten Studienergebnisse, wonach Stimme mit den „noetischen“ Dimensionen in Zusammenhang steht bzw. die funktionelle Dysphonie Ausdruck und/oder Ursache „personal-existenzieller“ Defizite ist und stützt man sich zudem auf Studien (Steinert 2001, Längle et al. 2000, Längle, Probst 1997), welche empirisch belegen, dass „personal-existenzielle Defizite“ veränderbar sind, so scheint die folgende Grundthese zulässig, dass sprachheilpädagogische Interventionen, welche zwar primär am „Leiblichen“ bzw. „Funktionellen“ ansetzen, zugleich Impulse setzen, welche das „Seelische“ und „Geistige“ berühren bzw. verändern können bzw. ihrerseits wiederum auf das „Leibliche“ bzw. „Funktionelle“ zurückwirken. Die einzelnen Thesen zu einer solch „personal-existenziellen“ Wirkungsweise des sprachheilpädagogischen Methodenspektrums sind im Detail meiner Dissertation (Parschalk 2007, 189 ff.) und einer Publikation in Logos Interdisziplinär (Parschalk 2009, 26-33) zu entnehmen.

Sprachheilpädagogische Praxisgestaltung unter personal-existenziellen Gesichtspunkten

Geht man von der „personal-existenziellen“ Einflussnahme sprachheil-

pädagogischer Praxis aus, so ermöglicht bzw. erfordert dies im Detail neue Gesichtspunkte für die Praxisgestaltung sowie eine neue Form theoriegeleiteter Handlungsfähigkeit für den in der Therapie funktioneller Dysphonien tätigen Sprachheilpädagogen. Der neue Theoriezugang birgt die Möglichkeit, das komplexe sprachheilpädagogische Methodenspektrum nach „personal-existenzieller“ Wirkungsweise zu ordnen und folglich jene Maßnahmen auszuwählen bzw. einzusetzen, welche die individuell beeinträchtigte „personal-existenzielle Grundmotivation“ beim Dysphoniker zu stärken vermögen. So können etwa um die erste personale Grundmotivation anzuregen, zu fördern bzw. zu unterstützen, Übungen zur Wahrnehmung, Weitung und Dehnung von Körper-, Atem-, Resonanz- und Artikulationsräumen, zum Wecken von „Mut“ und „Vertrauen“ in die Stimme und den eigenen Körper gezielt zum Einsatz kommen.

Psychische Aspekte (z. B. erhöhte Nervosität, Depressivität und/oder Ängstlichkeit, mangelnde Selbstsicherheit, Selbstwertstörungen, psychosomatische Beschwerden, herabgesetzte psychophysische Leistungsfähigkeit, Erschöpfungszustände) und/oder psychosoziale Aspekte (z. B. psychosozialen Stress, mangelnde soziale Kompetenz, soziale Ängstlichkeit, sozialen Rückzug, Konfliktscheue, Beziehungsarmut) von funktioneller Dysphonie werden vor dem neuen Theoriehintergrund für den Sprachheilpädagogen „personal-existenziell“ erklärbar und damit fassbar (erhöhte Ängstlichkeit kann beispielsweise in Zusammenhang mit Mängeln im Bereich der ersten personalen Grundmotivation stehen). Dies lässt den „personal-existenziellen“ Wert, sowohl der kongruenten, empathischen und akzeptierenden sprachheilpädagogischen Haltung als auch der eingesetzten sprachheilpädagogischen Methoden für den Therapeuten deutlich erkennbar werden und ermöglicht zugleich ein gezielteres therapeutisches Vorgehen. So kann etwa erhöhte Ängstlichkeit beim Dysphoniker als Ausdruck eines Mangels im Bereich der ersten personalen Grundmotivation verstanden werden und eine Auswahl jener sprachheilpädagogischen Maßnahmen (z.B. Atemarbeit, Körperwahrnehmung, Tonusregulierung) getroffen werden, welche diese anzuregen, zu stärken bzw. zu unterstützen vermögen.

Die empirischen Erkenntnisse machen zugleich aber auch deutlich, dass beim Ausbleiben des Erfolgs sprachheilpädagogischer Interventionen, in 40 bis 35 Prozent (Wendler & Seidner 2005, 155) beziehungsweise 40 bis 20 Prozent (Böhme 2003, 255) der Fälle, massive Defizite im Bereich der Grundmotivationen bei Menschen mit funktioneller Dysphonie bestehen könnten, welche folglich Psychotherapie indizieren. Aufgabe des Sprachheilpädagogen wäre es in einem solchen Fall Menschen mit funktioneller Dysphonie in der Erkennung körperlich-seelisch-geistiger Zusammenhänge, der Erfassung des Werts sprachheilpädagogischer sowie gegebenenfalls psychotherapeutischer Behandlung als auch der Entscheidungsfindung bezüglich Psychotherapie zu sensibilisieren, anzuregen sowie zu unterstützen.

Literatur

Böhme G (2003) Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Band 1: Klinik. München: Urban & Fischer

Feuerstein U (2003) Stimmig sein. Die Selbstregulation der Stimme in Gesang und Stimmtherapie. Jungfermann: Paderborn

Längle, A. (1995): Logotherapie und Existenzanalyse – eine begriffliche Standortbestimmung. In: Existenzanalyse 12/1, 6-15

Längle A (1998) Lebenssinn und Psychofrust. Zur existenziellen Indikation von Psychotherapie. In: Riedel L (Hg), Sinn und Unsinn der Psychotherapie. Rheinfelden: Mendola, 105-123

Längle A (1999a) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). Existenzanalyse, 1, 18-25

Längle A (1999b) Was bewegt den Menschen? Die existenzielle Motvation der Person. Existenzanalyse, 3, 18-29

Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hg), Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas Universitätsverlag, 9-31

Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenzskala. Göttingen: Beltz Test Gmbh

Längle A, Probst M (Hg) (1997) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas Universitäts Verlag

Parschalk K (2007) Die funktionelle Dysphonie als personal-existenzielles Geschehen. Eine sprachheilpädagogisch-empirische Studie unter Bezugnahme auf die Theorie der Existenzanalyse. Dissertation, Universität Wien

Parschalk K (2008) Die funktionelle Stimmstörung als “personal-existenzielles Geschehen”. Eine quantitativ-empirische Studie aus existenzanalytischer Perspektive. Existenzanalyse, 1, 75-77

Parschalk K (2009) Die personal-existenzielle Theorie der funktionellen Dysphonie – Ein empirisch gesicherter sprachheilpädagogischer Theoriezugang unter Bezugnahme auf existenzanalytische Konzepte. Logos Interdisziplinär 17, 26-33

Steinert K (2001) Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. Existenzanalyse, 1, 31-34

Seifert E, Kollbrunner J (2005) Stress and disorders in non-organic voice disorders. Swiss Med Wkly, 135, 387-397

Tutsch L, Drexler H, Wurst E, Luss K, Orgler C (2000) Ist Sinn noch aktuell? Existenzanalyse, 3, 4-16

Waibel J (2002) Ich stimme. Das Stimmhaus Konzept. Für die Balance von Stimme und Persönlichkeit. Köln: Edition Humanistische Psychologie

Wendler J, Seidner W (2005) Klinik. In: Wendler J, Seidner W, Eysholdt U: Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie. Stuttgart: Thieme, 139-191

Witulski H (2006) Das Phänomen Stimme in Beratung und Supervision. Interdisziplinär, 14, 4-16

Für einen vollständigen Literaturnachweis sei aus Gründen des Umfangs auf meine Dissertation verwiesen. Diese kann über die Bibliothek der GLE entliehen werden.

Anschrift der Verfasserin:
Dr. Karin Parschalk
Sonder- und Heilpädagogin, Logopädin
A-2620 Neunkirchen, Hauptplatz 10
D-80538 München, Oettingenstraße 2
karinparschalk@hotmail.com

Leiblichkeit und Schamerleben

Wiebke Dankowski

Obgleich die Scham ein Konstitutivum der Person ist und jeder Mensch die Erfahrung von Beschämung macht, wird Scham meist tabuisiert, weil sich in ihr unsere Verletzlichkeit zeigt. Die Scham ist jedoch zuallererst eine Schutzfunktion für die Intimität und Würde der Person. Wenn die Scham verletzt wird, drückt sich dies unmittelbar körperlich aus. Der Schamaffekt wird als bedrohlich erlebt und durch verschiedene Copingreaktionen maskiert. Gerade unsere Körperlichkeit verbindet sich mit Schamgefühlen, die verdeckt werden. Die Scham als Schutzfunktion wieder wahrzunehmen bewahrt vor entpersonalisierender Schamlosigkeit.

Schlüsselwörter: *Copingreaktionen, Intimität, Leib, Scham, Würde*

1. Einleitung

Das Thema „Scham“ beschäftigt mich schon lange, und fast ebenso lange hat es gedauert, bis ich dann in Beschäftigung mit der Existenzanalyse einen erhellenden Zugang fand, um mir dies komplexe Phänomen zu erklären. In der Kindheit habe ich manch Schamvolles und Beschämendes erlebt, was mich sensibel für dieses Thema machte. Da gab es z. B. dunkle Ecken in der Familiengeschichte, in die nicht gerne hineingeleuchtet wurde. Da gab es – wie in so vielen Familien meiner Generation – die Verstrickung der Eltern in die Geschehnisse der Nazi-Zeit, deren scham- und schuldbehaftete Seite schmerzlich war. Da gab es Unzulänglichkeiten und als solche empfundene Defizite, die mit großer Anstrengung und Leistungsbereitschaft überspielt wurden. Für meinen Vater z. B., der ein gutaussehender und in seiner Jugend sehr sportlicher Mann war, ist es die längste Zeit ein wichtiges Anliegen gewesen, daß man ihm seine körperliche Behinderung, verursacht durch eine spätere Kinderlähmung, tunlichst nicht anmerkte. Bloß keine Schwäche zeigen, nicht für behindert gehalten werden, lieber doppelten Einsatz bringen! Die Anerkennung, die man ihm dafür entgegenbrachte, habe ich schon früh als doppelbödig empfunden.

Kein Kind wird ohne beschämende Erlebnisse groß. Ich natürlich auch nicht. Die Räume von Familie, von Schule, von Freundeskreis bieten ja dazu hinreichend Gelegenheit. Da werden auch immer wieder Grenzen verletzt, da meint man, vor anderen zu versagen, da werden unzutreffende Beurteilungen ausgesprochen, da fühlt man sich nicht im Einklang mit sich selbst, da wird man schuldig und leidet darunter, und in allem ist immer wieder die Scham berührt, manchmal so, daß man sich des Schämens schämt.

Denn die Scham hat es, glaube ich, in unserer Zeit besonders schwer, zu ihrem Recht zu kommen. Das liegt schon in der Art, wie sie sich äußert. Wo der Schamaffekt uns überfällt, ist er so unangenehm, daß wir dies kaum bis gar nicht aushalten können. Auch die erlebte Scham und ihren Anlaß ins Gespräch zu bringen, fällt uns denkbar schwer, denn im Schamgefühl offenbart sich unsere ganze Verletzlichkeit. Das gilt es zu vermeiden, und darum besteht eine Abwehr der Scham sicher auch darin, sie nicht zum Thema zu machen, also zu tabuisieren, bzw. sie zu pathologisieren dergestalt, daß wer sich schämt, krank oder gestört sein muß.

So jedenfalls ist mein Eindruck, wenn ich beobachte, wie mit Scham umgegangen wird sowohl in Gesprächen als auch in den Medien als auch in der akademischen Beschäftigung. Selbst in der Psychologie ist das Schamgefühl über Jahrzehnte ausgeblendet worden. Erst in jüngerer Zeit hat man damit begonnen, sich mit dieser wichtigen Emotion zu befassen, und auch jetzt noch liest man viel Krankheitswertiges über die Scham, aber wenig über ihre positive Funktion.

Entsprechendes gilt für die Theologie. Auch hier findet sich kaum etwas zur Scham und wenn, dann sofort im Zusammenhang mit der Schuld. Dabei ist die Scham sogar das erste Gefühl, das in der Bibel benannt wird, und die Schamabwehr, bzw. der schützende Umgang mit der Scham die erste Reaktion des Urtypus Mensch. „Denn Mann und Frau waren beide nackt im Garten Eden“, heißt es, „und sie schämten sich nicht“ (Gen 2,25). Als sie aber vom Baum der Erkenntnis gegessen hatten, da wurden ihnen beiden die Augen aufgetan, und sie wurden gewahr, daß sie nackt waren, und flochten Feigenblätter zusammen und machten sich Schurze“ (Gen 3,7).

Der dies aufgeschrieben hat – man nennt ihn gemeinhin den Jahwisten – hatte offenbar ein tiefes Gespür dafür, daß die Scham etwas spezifisch Humanes ist, daß sie also zu unserem Menschsein gehört und etwas existentiell Wichtiges schützt. Sie tritt ins Bewußtsein in dem Moment, wo der Mensch Erkenntnis gewinnt, d. h. wo er sich zu sich selber stellen kann, sich selber damit auch problematisch wird, wo er sich im Getrenntsein erfährt von seinem Gegenüber und wo er sich unterschieden weiß im Eigenen vom Anderen. Das ist die Geburtsstunde der Scham, als sich der Mensch aus dem Tierreich löst. Fortan hat er das Bedürfnis, sich in seinem Menschsein zu schützen. Und meines Erachtens ist dieser jahrtausendealte Hinweis aus dem Schöpfungsmythos der Bibel bereits ein Beleg dafür, wie der Mensch dabei auf zwei Pole hin ausgelegt ist in symbolisch leibhafter Ausdrucksform. Mann und Frau, Adam und Eva empfinden als erstes Scham voreinander und schützen sich vor den Blicken des anderen mit Hilfe von Feigenblättern. Dies korrespondiert mit der Auffassung der Existenzanalyse, die da sagt: Die Scham schützt zum einen den intimen Pol der Person.

2. Die Scham als Schutzfunktion

„Personsein bedingt Scham haben und schamvoll sein.“ So lautet ein Satz von Alfried Längle (Längle 2003, 75). Wer ein Gefühl für den eigenen Selbst-

wert hat, empfindet Scham. Sie schützt die Intimität, die innere Kostbarkeit der Person vor dem Blick des Anderen. Diese Intimität, dieses „Ich mit mir“ in seiner Einzigartigkeit muß behütet werden. Dazu dient die Scham, denn sie zieht die Grenze gegenüber anmaßender Zudringlichkeit von außen, sie verhüllt, was nicht von jedermann gesehen werden soll (und das auf mancherlei Weise, auch durch die Bekleidung), und sie verantwortet, was und wie viel gezeigt werden darf. Das meint im positiven Sinne „schamvolles“ Verhalten, das nicht mit Prüderie oder Verschämt-Sein zu verwechseln ist, sondern ein Gespür ist für die eigenen Grenzen der Scham, die man nicht mutwillig übertritt, und ein Respektieren der Schamgrenzen des anderen, die man tunlichst nicht verletzt. In dieser Haltung läßt sich gleichwohl viel Intimes erleben und austauschen, sofern Vertrauen, Mitgefühl und Achtung gegeben sind.

Ich möchte Ihnen eine kleine Passage aus einem Buch wiedergeben, das ich mit großem Gewinn gelesen habe, wo mir dieser Aspekt von Kostbarkeit und Intimität anrührend aufschien. Es ist ein Abschnitt aus dem Buch „Nachsommer“ von Adalbert Stifter. Darin geht es um einen jungen Mann, der zu Gast ist bei seinem väterlichen Freund Risach und eines Abends unverschuldet ungewollt zum Belauscher wird. Der alte Risach hat zuvor weiteren Besuch bekommen von Mathilde, einer Dame in seinem Alter, und deren Tochter. Welcher Art die Beziehung zu den beiden ist, weiß der junge Mann noch nicht, aber er spürt, daß sie sehr innig, sehr tief und voller Zuneigung sein muß. Nun die kurze Textpassage, da der junge Mann auf seinem Zimmer ist und arbeitet:

„Da ich in meine Arbeit vertieft war, dunkelte es vor dem Fenster. Da ich genauer hinsah, erkannte ich, daß jemand vor dem Fenster stehe, den ich aber der dichten Ranken willen nicht erkennen konnte. In diesem Augenblick ertönte durch das geöffnete Fenster klar und deutlich Mathildens Stimme, die sagte: Wie diese Rosen abgeblüht sind, so ist unser Glück abgeblüht. Ihr antwortete die Stimme meines Gastfreundes, welche sagte: Es ist nicht abgeblüht, es hat nur eine andere Gestalt. Ich stand auf, entfernte mich von dem Fenster und ging in die Mitte des Zimmers, um von dem weiteren Verlaufe des Gespräches nichts mehr zu vernehmen. Da ich ferner überlegt hatte, daß es nicht geziemend sei, wenn mein Gastfreund und Mathilde später erführen, daß ich zu der Zeit, als sie ein Gespräch vor dem Fenster geführt hatten, in der Stube gewesen sei, der jenes Fenster angehörte, so entfernte ich mich auch aus derselben und ging in den Garten.“ (Stifter 1971, 367)

Diese kleine, auf den ersten Blick so unspektakuläre Szene ist mir im Gedächtnis geblieben, weil sie doch so ungewöhnlich zart und schamvoll ist. Der junge Mann wird Zeuge einer intimen Begegnung, von der er sofort weiß, daß sie ihn nichts angeht, und daß etwas Kostbares darin liegt, das nicht für ihn bestimmt ist. Und er zügelt daraufhin Neugier und Voyeurismus, die ihn ja übermannen könnten, und entfernt sich, kaum um sich selbst von jedem Verdacht zu befreien, sondern vielmehr um die beiden Liebenden nicht zu kompromittieren. Damit fühlt er sich auch verantwortlich für den Schutz ihrer beider Intimität.

Womit wir nun auch beim anderen, beim öffentlichen Pol der Person wären, den die Scham schützt. Gegenüber der Öffentlichkeit hat die Person ein Gesicht, das sie verlieren kann. Anderen gegenüber geht es der Person darum, wertgeschätzt und geachtet zu werden. Man darf ihre Würde nicht verletzen, was immer dann geschieht, wenn ein Subjekt zum Objekt gemacht wird. In diesem Fall wird die Person funktionalisiert, für andere Zwecke mißbraucht, wird zum Gegenstand von Be- und Verurteilung. Dann empfindet sich die Person als nicht wahrgenommen und nicht verstanden, als festgelegt im Rahmen fremder Maßstäbe, als minderwertig gegenüber Normen, die sie nicht erfüllt.

Diese Erfahrung finden wir im übrigen widergespiegelt in der zweiten Form der Schamabwehr, wie sie in der Paradiesesgeschichte erzählt wird. Und zwar dort, wo der Mensch nach dem Essen vom Baum der Erkenntnis sich der Begegnung mit Gott ausgeliefert sieht. Die erste Reaktion von Adam und Eva ist darauf, sich zu verstecken. Als Gott dann nach dem Grund für dieses Versteckspiel fragt, lautet die Antwort Adams: „Ich fürchtete mich; denn ich bin nackt, darum versteckte ich mich“ (Gen 3,10). Im Nacktsein zeigt sich die Schutzlosigkeit, die Verletzbarkeit, aber auch das Bloßgestelltsein, das Zutagetreten von Normverletzung (denn die Menschen haben ja das Gebot Gottes übertreten, nicht vom Baum der Erkenntnis zu essen), es zeigt sich die Angst vor Bestrafung, vor Beziehungsabbruch, im letzten vor dem Vernichtet-Werden.

Günter Seidler, ein Psychoanalytiker, der sich eingehend mit dem Schamphänomen beschäftigt in seinem Buch „Der Blick des Anderen“ beschreibt differenziert, was geschieht, wenn die Person vom Blick des Anderen (in der biblischen Geschichte wäre das Gott) getroffen wird. Seidler schreibt dazu: „Sein Blick isoliert das Schamsubjekt und konfiguriert es als individuiertes Gegenüber; der Andere erzeugt und bezeugt die Endlichkeit des Subjekts. Gesellt sich dem Blick eine wertende Qualität zu, wird er parteiisch. Der „objektivierende Blick“ degradiert das Subjekt zu einer Sache; der diesem Vorgang entsprechende Affekt ist die Verachtung. Die Scham bekommt als Selbstentwertung eine überwältigende, vernichtende Qualität. Im Extrem entgrenzt dieser Blick den Angeblickten.“ (Seidler 2001, 93)

Dies ist es, was den Schamaffekt so unerträglich machen kann, daß der Sich-Schämende und Beschämte sich selbst verlorengeht, indem sein Selbst zutiefst erschüttert wird und indem die Beziehung zum Anderen abbricht. Und tatsächlich kann darin eine vernichtende Qualität liegen, worum man schon in früheren Zeiten gewußt hat. „Jemanden öffentlich zu beschämen ist wie Blutvergießen“, heißt es im jüdischen Talmud nicht umsonst, denn eines Menschen Würde willentlich und mit Kalkül zu zerstören, hat eine tödliche Zielsetzung.

3. Wie wird Scham körperlich empfunden und erlebt?

Wenn das Schamgefühl verletzt wird, kann dies mit starken körperlichen

Reaktionen einhergehen. Welche beobachtbaren Phänomene lassen darauf schließen, daß sich jemand schämt? Klassischerweise wird oft das Erröten genannt, das bereits Charles Darwin in seinem Buch „The expression of the emotions in Man and Animal“ als die „menschlichste aller Ausdrucksregungen“ bezeichnet hat (Darwin 1872, 309). Typischerweise errötet dabei nicht der ganze Körper, sondern vorzugsweise die sichtbaren Partien wie Gesicht und Hals, verbunden mit einem Gefühl von Hitze und Glühen, begleitet von Schwitzen und erhöhtem Puls sowie gesteigerter Atemfrequenz. Wer zum Erröten neigt, wird überdies bald eine Angst vor dem Erröten entwickeln bis zu einer Erythrophobie, die ihn oder sie in eine Vermeidungshaltung zwingen kann.

Doch nicht jeder Mensch neigt zum Erröten. Viele erfaßt auch ein Gefühl von Kälte, wie wir es aus der Schockreaktion kennen. Das Blut weicht aus den Extremitäten zurück, der Körper beschränkt sich auf die lebenswichtigen Funktionen, verbunden mit dem Eindruck, wie erstarrt und gelähmt zu sein.

Ganz bemerkenswert ist, was sich in Mimik, Gestik und Sprache des Sich-Schämenden ausdrückt. Ein Zusammensacken in der Körperhaltung kann beobachtet werden, ein unwillkürliches Sich-Kleinmachen. Vermehrt kommen Selbstberührungen vor, vor allem im Gesicht. Dort, wo der Blick beheimatet ist und der Blick des anderen trifft, spielt sich Entscheidendes ab. Das Gesicht wird unter Umständen mit den Händen bedeckt, der Blick wird gesenkt oder wird unstet oder verengt sich.

Auch die Mundpartie spielt eine wesentliche Rolle. Der Mund kann schmal werden, die Lippen werden eingerollt, zusammengekniffen, die Mundwinkel hängen herunter oder zucken. Auch ein Ausdruck von Fremdheit und Unberührbarkeit kann sich auf das Antlitz legen, als frören die Gesichtszüge ein und würden zu einer Maske.

Der sprachliche Ausdruck des Sich-Schämenden verändert sich unmittelbar. Es verschlägt ihm die Sprache, er kommt ins Stottern, sehr häufig in ein verlegenes Lachen oder er verfällt in einen ungebremsten Redefluß. Schon im Blick auf die beobachtbaren körperlichen Phänomene läßt sich feststellen, daß der Schamreaktion eine Ambivalenz innewohnt. Wer sich schämt, ist von dem Wunsch beseelt, der Schamsituation zu entkommen. Er verhält sich einerseits in Gestik und Mimik so, als wollte er weg, sei es mit erhöhtem Energieaufwand, sei es mit einem Sich-unsichtbar-machen-Wollen, und erreicht doch damit das genaue Gegenteil, nämlich eine erhöhte Aufmerksamkeit von außen. Daß dies nicht einfach eine unglückselige Panne in den Abläufen ist, macht die Beschreibung der Phänomene des subjektiven Erlebens von Scham deutlich.

Menschen, die versuchen, ihr Erleben von verletzter Scham in Worte zu fassen, tun dies in Sätzen wie: „Ich habe mich klein und unterlegen gefühlt. Ich kam mir vorgeführt vor, zum Gespött gemacht. Ich fühlte mich völlig wertlos, wie ausgezogen und nackt, schutzlos den Blicken ausgeliefert. Ich wäre am liebsten im Boden versunken.“

Leon Wurmser, ein Psychoanalytiker, der ein großes Werk über die Scham geschrieben hat (unter dem Titel „Die Maske der Scham“) folgert aus diesem Erleben von Scham, daß der Kern des Subjektpols der Scham einen dreifachen Makel aufweist: das Gefühl von Schwäche, Defekt und Schmutzigkeit. Der Schamaffekt verbindet sich also ganz eindeutig mit einer negativen Selbstbeurteilung, die – anders als das Schuldgefühl, das sich eher auf ein isolierbares, konkretes Einzelvorkommnis bezieht – den Hang zur totalen Infragestellung hat, d. h. im Sich-Schämen fühlt sich der ganze Mensch entfremdet, isoliert und unwert. Diesem Zustand möchte er zugleich entfliehen und sucht doch auch nach Erlösung durch den Anderen, um nicht aus der Beziehung herauszufallen.

Ein weiteres Charakteristikum im Erleben von Scham ist das Moment von Plötzlichkeit und Überraschung. Dies betrifft zum einen den Zeitpunkt, wenn ein unverhoffter Auslöser ein Überschwemmtwerden von Schamgefühlen bewirkt. Zum anderen betrifft dies aber auch das innere Erleben von eklatanter Diskrepanz. Der Sich-Schämende erlebt ein Auseinanderklaffen von dem, was er innerlich fühlt und wessen er sich sicher wähnte, und der Außenperspektive, die ihm fremde und bedrohliche Sichtweisen seiner selbst zumutet. Vom Erleben her wird dies beschrieben mit Sätzen wie: „Ein Abgrund tat sich auf. Es war, als würde mir der Boden unter den Füßen weggezogen.“ Entsprechend wird die Schamsituation wie ein Beziehungsabbruch erlebt, der die weitere Kommunikation hemmt.

So geht mit dem akuten Schamerleben eine solche Erschütterung des Menschen sowohl in seinem Inneren als auch in seiner Beziehungsfähigkeit einher, daß – wie Günter Seidler betont – das Schamerleben selbst nicht mitteilbar ist (s. a. die oben genannten Symptome wie Sprachlosigkeit, Stottern usw.). „Dem eigentlichen Schamaffekt ist seine sprachliche Nicht-Mitteilbarkeit inhärent“, meint Seidler (Seidler 2001, 31). Dies ist erst im Nachhinein möglich, wenn das Gefühl von Überwältigung gewichen ist und der Betroffene sich wieder zu sich selbst verhalten kann.

Die genannten Beobachtungen und Erlebensbeschreibungen machen verständlich, daß der Schamaffekt so bedrohlich ist, daß niemand sich ihm ausetzen möchte. Ein reichhaltiges Arsenal von Copingreaktionen und Abwehrmechanismen bietet sich denn auch an, um ihn zu vermeiden oder zu verstecken.

4. Wie Schamgefühle verdeckt werden

Die Copingreaktionen haben als Schutzfunktionen zum Ziel, Erträglichkeit im Verletztsein der Scham zu schaffen und weitere Verletzungen zu verhindern. In der Grundbewegung wird man versuchen, auf Distanz zu gehen, den Inhalt der Scham zu verstecken und zu verheimlichen. Man wird potentiell beschämende Personen oder Situationen meiden, sich schambesetzten Themen entziehen oder dazu schweigen. Es gibt Menschen, die verbergen ihr Schamproblem hinter einer quasi unerschütterlichen Aura von Höflichkeit und Wohlanständigkeit. Dem verwandt ist das Bestreben, alles möglichst perfekt zu machen, jeden Fehler tunlichst zu vermeiden, um nicht

angreifbar und verletzlich zu erscheinen. Andere wiederum legen sich eher ein stacheliges Äußeres zu, das sich – dem Igel ähnlich – andere vom Leibe hält, um die empfindlichen Stellen zu schützen.

In der paradoxen Bewegung, im Aktionismus wird viel Energie darauf verwendet, das Schamgefühl zu überspielen oder davon abzulenken, um Beziehung wiederherzustellen. Manche gehen mit einer Beschämung so um, daß sie sich selbst zu ihrem größten Kritiker machen, um anderen damit den Wind aus den Segeln zu nehmen. Oder sie schlagen sich auf die Seite der Beschämenden, lachen am lautesten über sich selbst, geben sich vielleicht noch mehr Blößen. Wieder andere suchen ihr Heil in endlosen Selbstrechtfertigungen. Sehr problematisch wirken sich Schamgefühle aus, wenn sie, was häufig geschieht, über Projektionen entlastet werden, wenn also das eigene Schambesetzte auf andere Menschen übertragen wird bis dahin, daß es im anderen bekämpft wird. So gibt man sich selbst den Anschein, gut und richtig zu sein.

Oft entsteht aus verletzter Scham Aggression. Wo sie nicht zum Zuge kommt, führt sie zunächst zum Beleidigt-Sein, zum Einschnappen, auf Dauer zu einer Haltung permanenter Kränkung. Bricht sich die Aggression jedoch Bahn, kann sie schnell einen rächenden und strafenden Charakter annehmen. Unseligerweise verfügen tief schamverletzte Menschen über ein hohes ‚Talent', andere nun ihrerseits bloßzustellen und zu beschämen. Sie suchen die Gelegenheit mit sicherem Instinkt, um das selbsterlittene Unrecht auch anderen anzutun. Dies kann wiederum zu einer Scham-Schuld-Spirale führen. Aus Scham verletzt man einen anderen, empfindet dies dann als Schuld, für die man sich schämt, was neuerlich durch verletztendes Verhalten abgewehrt wird, dessen man sich dann wieder schämt. Beschämte lassen sich je nachdem viel einfallen, um ihre verlorene Ehre oder die verletzte Würde wieder herzustellen.

Schließlich können starke Schamaffekte gänzlich abgespalten werden im Sinne einer emotionalen Erstarrung, die folglich dazu führt, daß das Schamgefühl nicht mehr zugänglich ist, nicht mehr gezeigt und mitgeteilt werden kann. Betroffene leben dann in einer Als-ob-Welt, in der sie zwar noch funktionieren, aber mit sich und ihrem Erleben nicht mehr identisch sind. Das Schamgefühl kann auch dissoziiert und in den Körper verlegt werden. Als Beispiel sei ein junger Mann genannt, der erfahren mußte, daß seine Freundin ihm mehrfach untreu geworden war. Das Gefühl von Scham und Demütigung nahm er nicht wahr, sondern reagierte nach außen hin souverän und unangefochten, mußte aber kurz darauf für einige Tage das Bett hüten, weil er an für ihn unerklärlichen Fieberschüben litt.

Nach dieser kurzen Übersicht zu den Copingreaktionen und Abwehrmechanismen der Scham möchte ich im Schlußabschnitt noch einige Überlegungen zur „Körperscham" äußern.

5. Die Körperscham

Schon George Bernhard Shaw hat in „Mensch und Übermensch" formuliert: „Wir schämen uns all dessen, was wirklich an uns ist; wir schämen uns unsretwegen, unsrer Verwandten, unsrer Einkommen, unsrer Akzente, unsrer Meinungen, unsrer Erfahrungen, gerade so wie wir uns unsrer nackten Haut schämen" (Shaw 1984, 69).

All diese Anlässe und Auslöser für Schamgefühle kann man drei Formen zuordnen: Man kann sich schämen für eine Schwäche, bzw. einen Makel im Sinne der Anpassungsscham; man kann sich schämen für andere im Sinne der Identifizierung oder Gruppenscham; man kann sich schämen für ein schuldhaftes Verhalten ebenfalls als Schwäche oder auch als Gewissensscham.

Die Schamgefühle, die sich mit dem Körper verbinden, kann man einerseits der Anpassungsscham zurechnen. Diese ist nach außen gerichtet und zielt darauf, die Erwartungen des sozialen Umfeldes zu erfüllen. Schamaffekte treten dann auf, wenn jemand den Normen und Regeln nicht gerecht wird, sei es im Verhalten, in den Kompetenzen, in den Überzeugungen, in Statusfragen oder eben auch in seinem Aussehen, seiner Erscheinung, seiner Funktionstüchtigkeit.

Das sogenannte Ideal des perfekten Äußeren scheint in unserer Gesellschaft immer wichtiger zu werden. Wenn ich mir Umfrageergebnisse sowie viele persönliche Begegnungen vor Augen führe, gewinne ich den Eindruck, daß mittlerweile nur noch selten ein Mensch mit seinem Körper, seinen individuellen Gegebenheiten zufrieden ist. Meist gibt es etwas zu bemängeln und zu verbessern. Ein gigantischer Markt lebt inzwischen davon, daß sich Menschen als zu dick, als unproportioniert, als entstellt empfinden. Ein fragwürdiges Verständnis von Gesundheit geht damit einher, das den ewig jugendlichen, makellosen und leistungsbereiten Körper zum Maß aller Dinge erklärt, und das sich auch noch den Anschein gibt, erreichbar zu sein, wenn man denn nur genug dafür investiert, leistet und ausreichend häufig den Arzt konsultiert. Damit wird das, was wir im Sinne der 1. Grundmotivation für so wichtig erachten, das Annehmen-Können, auch durch äußeren Druck erschwert.

Die Illusion von totaler Machbarkeit und Kontrollierbarkeit verstellt den Blick auf die Realität, auf das, was zu jedem Einzelnen gehört und unveränderbar ist, auf das, was das Leben zumutet an leistungsmindernden Krankheiten oder im Älterwerden, das Spuren hinterläßt und Einschränkungen mit sich bringt. Wie oft aber wird uns suggeriert, dies alles sei beherrschbar, ja reversibel, wenn wir uns nur genug anstrengten! Dies wird die Schamgefühle potentiell verstärken bei all denen, die sich mit einer Besonderheit oder mit einem Makel auseinanderzusetzen haben, denn es besteht die Tendenz, den Einzelnen nunmehr für die Ursachen verantwortlich zu machen nach der Devise: Wer krank ist, hat ungesund gelebt. Wer als zu dick angesehen wird, dem fehlt es an Disziplin. Wer Falten hat, scheut die Ausgaben für den Schönheitschirurgen. Alter und Gebrechlichkeit wirken da naturgemäß sehr störend in dieser Weltsicht und werden lieber ausgeblendet als wahrgenommen – auch als Perspektive für das eigene Leben.

Da liegt es nahe, auch die Schamgefühle, die mit dem Körper zu tun haben, zu verbergen. Dies kann durch die

Kleidung geschehen, durch ein bewußt gestyltes Äußeres, durch ein Überspielen, durch Leistung und Verleugnung.

Dennoch ist es gerade hier wichtig, sich wiederum die positive Schutzfunktion der Scham vor Augen zu halten. Die Scham schützt die Intimität und Würde der Person. Und da die Person nur mit und durch unseren Körper in Erscheinung treten kann, schützen wir diesen gemäß der gesellschaftlichen Normen, aber auch gemäß eigener Wertmaßstäbe vor zudringlichen und beurteilenden Blicken. Dazu sollte man meines Erachtens ausdrücklich ermutigen in unserer medienorientierten Gesellschaft, die Schamgrenzen oft willkürlich in Frage stellt und voyeuristisch zur Schamlosigkeit verführt.

„Das Wesen des Schamgefühls jedoch ist", um es mit einem Zitat von Max Scheler auszudrücken, „die Notwendigkeit des individuellen Selbstschutzes vor aller Sphäre eines Allgemeinen" (Scheler 1933, 81).

Literatur

Darwin Ch (1872) The expression in man and animal. London: Methuen
Längle A (2003) Lernscriptum zur Existenzanalyse/Dritte Grundmotivation. Wien
Scheler M (1933) Über Scham und Schamgefühl. In: Schriften aus dem Nachlaß Bd. 1. Berlin: Der Neue Geist Verlag
Seidler G (2001) Der Blick des Anderen. Stuttgart: Klett-Cotta
Shaw GB (1984) Mensch und Übermensch. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
Stifter A (1971) Der Nachsommer. München: Winkler-Verlag
Wurmser L (2008) Die Maske der Scham. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz GmbH

Anschrift der Verfasserin:
Pfr.in Wiebke Dankowski
Langster Straße 32
D-40668 Meerbusch
wiebke.dankowski@freenet.de
Tel.: 0049/2150-709428
Fax: 0049/2150-709429

NEUE ARBEITEN AUS DER EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE

In dieser Rubrik wollen wir den großen Fundus an Bearbeitungen existenzanalytischer Themen bekanntmachen. Es sollen sowohl in anderen Medien veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten zur Existenzanalyse als auch die Abschlussarbeiten zur Beratungs- und Therapieausbildung vorgestellt werden.

ABSCHLUSSARBEITEN

Zur Beziehung in der Personalen Existenzanalyse

Ausgewählte Aspekte

Roswitha Ditterich

Die Personale Existenzanalyse versteht den Menschen als dialogisches Wesen. Dementsprechend ist die therapeutische Beziehung von grundlegender Bedeutung für einen gelungenen Therapieverlauf. Die größte Intensität und Personalität erfährt eine Beziehung im Augenblick der Begegnung im Sinne von Martin Bubers Ich-Du-Beziehung.

Voraussetzung jeder Beziehung ist die Wahrnehmung des Gegenübers und die daraus entstehenden Emotionen. Das Verstehen und Annehmen der/des anderen aufgrund der phänomenologischen Haltung der Therapeutin/des Therapeuten ermöglicht größtmögliche Offenheit für die andere/den anderen und unterstützt die Klientin/den Klienten darin, sich in ihrem/seinem So-Sein in der Welt aufzufinden und anzunehmen.

Der Mensch gestaltet sich selbst und seine Beziehungen zur Welt. Anhand der Schritte der Personalen Existenzanalyse wird eine Analogie zu den Phasen eines kreativen Prozesses hergestellt und somit dem kreativen Potential in der Therapie nachgespürt.

Im Vergleich zwischen verschiedenen Therapierichtungen mit existenzphilosophischen Wurzeln werden schließlich die Besonderheiten der Personalen Existenzanalyse und die Bedeutung der noetischen Dimension für die Beziehung herausgearbeitet.

Schlüsselwörter: Begegnung, Beziehung, Emotionalität, Kreativität, noetische Dimension, Wahrnehmung

Befreiung, Heilung, Erlösung durch Therapie und Spiritualität

Eine Studie über die heilende Wirkung von Existenzanalyse und Logotherapie (EA/LT, nach V.E.Frankl) im Vergleich zu einem spirituellen Meditationsweg (Zen-Meditation)

Rainer Dyckerhoff

Die Arbeit versucht eine grundsätzliche anthropologische Untersuchung zur Situation des Menschen, insbesondere bezüglich seinen Nöten, Leiden und Krankheiten. Es wird dargestellt, dass diese Phänomene durch Symptombekämpfung mit chemisch-materiellen Mitteln und durch verschiedenste Kompensationen keine wirkliche Heilung erfahren, dass der Mensch als ein Wesen begriffen werden muss, das grundlegend der Heilung und Bewusstwerdung bedarf, und dass wirkliche Heilung von Not und Krankheit durch psychische und geistige Gesundung möglich ist. Ein erster Schwerpunkt der Arbeit liegt im Therapeutischen bzw. psychologischer Beratung: Es werden vor allem die spirituellen Aspekte der EA/LT herausgearbeitet: „Person", Herleitung der „noetisch-geistigen" Qualität, „phänomenologische" Grundhaltung, spirituelle Qualität der „Grundmotivationen". Ein zweiter Schwerpunkt ist die Darstellung eines spirituellen Weges, hier am Beispiel des Zen-Meditationsweges. Es wird gezeigt, was es bedeutet einen spirituellen Weg zu gehen, wie es abläuft, und wo es hinführt. Im Schlusskapitel werden menschliche Nöte, problematische Verhaltensmuster (incl. „Copings"), Verirrungen und Fehlentwicklungen betrachtet als zunehmend tiefere Stufen von Entfremdungen des Menschen von sich selbst bzw. von seinem „Selbst" und vom Geistigen, d.h. von der noetisch-geistigen Qualität. Dabei sind die „Schatten"-aspekte des Menschen

seine größte Gefahr, weil er sie hat, ohne davon zu wissen. Krankheiten werden deutlich als psychische und somatische Manifestationen von chronischen unbewussten Schattenthemen. Erkennen und Aufarbeiten der Schattenaspekte des Bewusstseins hat daher eine Schlüsselfunktion auf dem Weg zu umfassender Heilung. Als Urgrund der Entfremdungen kann erkannt werden „Existenz"- Angst im Sinne der EA/LT. Ein spiritueller Weg kann alle Stufen der Entfremdungen wieder zurückführen; Befreiung von diesen in Verbindung mit spirituellem Erwachen zu bewusste(re)m Kontakt mit dem Geistigen bedeutet dann Erlösung für den Menschen im Hier-und-Jetzt. Auf diesem Weg kann es gerade die organische Integration von therapeutischer Arbeit und spiritueller Praxis sein, die neue Horizonte und Lebenspotentiale öffnet.
Schlüsselwörter: Achtsamkeit, Befreiung, Buddha-Natur, Copings, Ego, Entfremdungen, Erlösung, Erwachen, Existenz, Grundmotivationen, Heilung, Kompensierungen, Krankheit, Leib-Bewusstsein, Leiden, Loslassen von Identifizierungen und Anhaftungen, Meditation, noetisch-geistige Qualität, Person, Phänomenologie, Psychodynamik, Schatten, Selbst, Selbstdistanzierung, Selbsttranszendierung, Spiritualität, Stirb-und-Werde, Übung, Wesen

Ich sammle Wörter für die kalten Wintertage …"

Heilsames Lesen in der Logotherapeutischen Beratung

Mariele Helle

Heilsames Lesen in der Logotherapeutischen Beratung ist eine Methode, die das Beratungsgespräch ergänzt, vertieft und beleben kann. Die Wirkung des Lesens ist ein aktives Tun, ein Dialog zwischen Literatur und Leser, zwischen KlientIn und BeraterIn.
Literatur hilft Unfassbares in Worte zu fassen, erleichtert die Kommunikation, befähigt zur Selbstdistanz und Selbsttranszendenz, ermöglicht Auseinandersetzung mit Lebenskrisen, fordert zur Stellungnahme auf. Heilsames Lesen ist in allen Konflikten und Lebenskrisen und Wendepunkten des Lebens in der logotherapeutischen Beratung einsetzbar. In der vorliegenden Arbeit bilden Trauer und Verlust den Schwerpunkt.
Schlüsselwörter: Heilsames Lesen, Phasen der Trauer, Prävention, Selbsthilfe, Trauer und Lesen

„Komm mir nicht zu nah, aber bleib bei mir."

Weiblicher Narzissmus und dessen Beziehungsdynamiken aus phänomenologisch existenzanalytischer Sicht

Angelika Klammer

In dieser Arbeit sollen die Grundmuster des weiblichen Narzissmus von den männlichen Grundmustern differenziert werden und auf ihre Entstehungsbedingungen hin beleuchtet werden.
Der weibliche wie auch der männliche Narzissmus sind von einer starken Selbstwert- und Beziehungsproblematik geprägt, wobei sich deren Ausprägungen im Verhalten und Erleben unterscheiden, sich aber komplementär bedingen.
Der Fokus dieser Arbeit liegt darin, die Beziehungsstörung und das weibliche Beziehungs-Dilemma, deren Dynamiken und das daraus resultierende Leid besser zu verstehen.
Der spezifisch existenzanalytische Beitrag zum vertieften Verständnis des Narzissmus geht mit dem Verständnis des Konzepts der Person, der Ich-Bildung und der vier Grundmotivationen einher. Die Methode der Personalen Existenzanalyse hat sich als nützliches Instrument für die Bearbeitung der narzisstischen Beziehungsdynamiken erwiesen.
Schlüsselwörter: narzisstisches Beziehungsdilemma, personale Existenzanalyse, personale Grundmotivationen, Weiblicher Narzissmus

Anwendung logotherapeutischer Grundsätze bei der Überwindung von Lern- und Sozialschwierigkeiten in der Begleitung eines Schulkindes mit Verdacht auf Asperger Autismus

Gabriele Lewitscharoff

Das Fallbeispiel diese Abschlussarbeit beschreibt den Versuch, mit den Erkenntnissen der Logotherapie und Existenzanalyse, einer Grundschülerin mit Lern- und Sozialschwierigkeiten und Verdacht auf Asperger Autismus zu helfen, diese Defizite abzubauen. Vor dem Hintergrund einer diagnostizierten Verhaltensstörung gelingt es mit Hilfe der Grundmotivationen die Defizite näher zu fassen und den Begleitungsprozess in die Richtung des Sinnhaften zu lenken. Mit dem Verständnis der „existentiellen Pädagogik" wird die Verhaltensstörung gemindert, die Lernbereitschaft gesteigert und soziales Verhalten als bereichernd erlebt. Arbeitsgrundsatz ist die Haltung des „phänomenologischen Schauens" wie auch der „Dialog" als „Personale Begegnung".
Schlüsselwörter: Asperger Autismus, Dialog, existentielle Pädagogik, Personale Begegnung, phänomenologisches Schauen

Sterbebegleitung aus logotherapeutisch-phänomenologischer Sicht

Über den Umgang mit todkranken Menschen

Cornelia Köllen

Sterbende sind herausgefordert, sich vom Geistigen her ‚dem Unbegreiflichen' zu nähern und sich darauf einzulassen.
Es wird dargestellt, wie dieser Weg mit logotherapeutischen Mitteln unterstützt werden kann.
Beispiele aus der Praxis erhellen die Vielfalt der je situativen und persönlichen Möglichkeit, auch diese letzte Phase des Lebens selbstverantwortlich sinnvoll zu gestalten.
Schlüsselwörter: Phasen der inneren Verarbeitung schwerer Schicksalsschläge, Selbstdistanz und Selbsttranszendenz, Verwirklichung von Haltungs- und Einstellungswerten

Mobbing

Eine Form von Gewalt in der Schule

Maria-Luise Moser

Diese Arbeit definiert in einem ersten Teil den Begriff des Mobbings und beschreibt den zu analysierenden Bereich, nämlich das System Schule. Innerhalb dieses Systems werden die Ur-

sachen von Gewalt angeführt, Opfer- und Täterprofile erstellt und die Ziele der Mobbinghandlungen benannt.
Im zweiten Teil der Arbeit wird die Methode der Existenzanalyse angewendet um die vier Grundmotivationen und die belastenden Auswirkungen des Mobbings darzustellen.
Den Abschluss bilden methodische Ansätze wie das Problem Mobbing im System Schule angegangen werden kann und zwar von Seiten der Schulleitung und -verwaltung, von Seiten der Unterrichtenden, der Eltern und der Schüler.
Es werden Ansätze präsentiert, welche Personengruppen wie mit dem Problem Mobbing umgehen können, welche Ansätze im System Schule zu Lösungen der Mobbingproblematik führen können.
Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Gewalt, Grundmotivationen, Mobbing, Schule

Schicksal als Behinderung – Behinderung als Schicksal

Elfi Ortner

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen die Geburt eines behinderten Kindes auf die Familiensituation hat.
Nach der Annäherung an ein existenzanalytisches Behinderungsverständnis wird der ontologische Behindertenbegriff als „vom Schicksal betroffen“ näher durchleuchtet: Hierbei wird das Erleben der Betroffenen durch die Geburt eines behinderten Kindes geschildert und anschließend der Frage nachgegangen, wie dieser Schicksalsschlag verarbeitet werden kann.
Der Beschreibung sowohl des existenzanalytischen Krisenverarbeitungsprozesses als auch des „Lernprozesses in Form von Spiralphasen“ nach Erika Schuchardt folgen Überlegungen für eine existenzanalytische Begleitung der Betroffenen.
Mit dem Fokus auf das Kind mit geistiger Behinderung werden Aspekte für eine personale Begegnung und Förderung dargestellt. Schließlich wird auf die Situation der Geschwister eines Kindes mit Behinderung eingegangen.
Die in dieser Arbeit dargestellten theoretischen Überlegungen werden abschließend im eigenen Erlebnisbericht als Mutter einer Tochter mit geistiger Behinderung veranschaulicht.
Schlüsselwörter: Behinderung, Krisenverarbeitungsprozesse, Schicksal, Erfahrungsbericht

In der personalen Begegnung mit psychisch kranken Menschen die Person stärken (Praxisbericht)

Bärbel Schenk

Durch Logotherapie die Person trotz Handicap stärken: Die Logotherapie basierend auf den Erkenntnissen der Existenzanalyse ist ein ideales Instrument für die Beratung und Begleitung psychisch kranker Menschen.
Durch das Personenverständnis, das die organischen Eigenschaften von Gesund bzw. Kranksein ausschließt, wird der Mensch mit psychischen Handicaps nicht nur als Krankheitsbild-Träger wahrgenommen.
Das Gesunde im ganzheitlichen Menschen wird gefordert und gefördert. Hierdurch wird dem Klienten der Handlungsspielraum bewusst gemacht, in dem er eigenverantwortlich und frei Entscheidungen treffen kann. Seine Person kommt trotz Defizit zum Vollzug und er kann sein Leben sinnvoll gestalten.
Schlüsselwörter: Krankheit, Person, Praxisbericht

Existenzanalytische Pädagogik als Basis für das Lernen in der Wissensgesellschaft

Hans Peter Wiesinger

Dies ist eine Abschlussarbeit, die sich mit der Menschenbildung in unserer Gesellschaft, der Informations- und Wissensgesellschaft auseinandersetzt. In einer grundsätzlich phänomenologischen Betrachtungsweise versuche ich sichtbar zu machen, welche Qualitäten unsere Gesellschaft in der heutigen Zeit kennzeichnen und was dies letztendlich für den Menschen bedeuten kann. Dabei geht es auch um die Frage nach dem Menschenbild, das unserer Gesellschaft zugrunde liegt. Ein wesentlicher Teil meiner Arbeit beschäftigt sich mit dem schulischen Bereich. Das Hauptaugenmerk ist hierbei auf die LehrerInnen und SchülerInnen gerichtet, weil ich davon überzeugt bin, dass eine personale, existenzanalytische Pädagogik einen wertvollen Beitrag zur Entlastung der oftmals belastenden Situationen im Schulalltag (Überforderung, Burnout, Sinnlosigkeitsgefühle) leisten kann. Dadurch könnte es auch langfristig gesehen zu einer nachhaltigen Verbesserung der gesamten gesellschaftlichen Situation kommen.
Ausgehend von den Bedingungen und der existenziellen Wirklichkeit im schulischen Bereich, werden die für eine existenzanalytische Pädagogik notwendigen personalen Fähigkeiten der LehrerInnen herausgearbeitet. Es geht um die Frage, wie es LehrerInnen überhaupt möglich wird, personale Fähigkeiten erfahrbar zu machen, und wie die Lehrerausbildung dazu ausgerichtet sein müsste. Diese Fähigkeiten sollen sowohl dem Lehrer/der Lehrerin als auch dem Schüler/der Schülerin zugutekommen, erleb- und erfahrbar in einem sinnvollen und wertvollen Unterricht.
Das Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, wie der pädagogische Auftrag der heutigen Menschenbildung im schulischen Bereich aussehen könnte, und wie die existenzanalytische Pädagogik die LehrerInnen und SchülerInnen zu einem verantwortungsvollen, sinnerfüllten, zu einem »Guten Leben« hinführen kann.
Schlüsselwörter: Menschenbild, Pädagogik, Person

www.existenzanalyse.org

GLE INTERNATIONAL
Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse

Vom Leben berührt -

Emotion in Therapie & Beratung

Internationaler Kongress

30. April - 2. Mai 2010

Wien

Veranstaltungsort
Reed Messegelände, Prater

Kongressleitung
Alfried Längle

Organisationsteam
Angermeyer Markus, Astrid Görtz, Daniela Halpern, Ruth Kathan-Windisch, Marion Linska, Stefan Pfanner, Susanne Pointner; Otto Binder

Veranstalter
Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-International)
Eduard-Sueß-Gasse 10, A-1150 Wien
Tel.: +43/1/985 95 66 Fax: +43/1/982 48 45
kongress@existenzanalyse.org

in Zusammenarbeit mit der **Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse Österreich (GLE-Ö), Wien**
Tel.: +43 1 8974339 gle-oe@existenzanalyse.org

Programm:

www.existenzanalyse.org

Vorträge, Symposia, Workshops

Interdisziplinärer Dialog

- mit der Psychiatrie
- mit der Psychologie
- mit der Ethnologie
- mit der Neurobiologie
- mit der Existenzanalyse

Symposia

- **Klinisches Symposium „Mobilisierung und Regulation von Gefühlen“**
- **Emotion in Beratung, Coaching, Teamarbeit**
- **Arbeit mit Gefühlen bei Kindern und Jugendlichen**

Gastvortragende

Univ. Prof. Dr. Peter **Bieri**, Berlin (angefragt)
Univ. Prof. Dr. Luc **Ciompi**, Bern (angefragt)
Univ. Prof. Dr. Ute **Habel**, Aachen
Univ. Prof. DDr. Georg **Northoff**, Magdeburg

Rahmenprogramm

Ein unterhaltsamer Abend in Wien – lassen Sie sich überraschen!

NEUE AUSBILDUNGSKURSE 2010-2012

Lingen, 2010
Logotherapie und existenzanalytische Beratung

Leitung: Helmut Dorra
Info: Tel.: 0049/4106/61 20 44
akademie.hamburg@existenzanalyse.com

Bremen, 2010
Logotherapie und existenzanalytische Beratung

Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Info: *Tel.: 0049/511/517 90 00*
akademie.hannover@existenzanalyse.com

Wien, Wintersemester 2010/11
Existenzanalytisches Fachspezifikum

Leitung: Dr. Silvia Längle
Info: Tel.: 0043/1/897 43 39
gle-oe@existenzanalyse.org

Salzburg, Mai 2011
Existenzanalytisches Fachspezifikum

Leitung: Dr. Anton Nindl
Info: Tel.: 0043/664/530 08 59
institut-salzburg@existenzanalyse.org

Hannover, 2011
Logotherapie und existenzanalytische Beratung

Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Info: *Tel.: 0049/511/517 90 00*
akademie.hannover@existenzanalyse.com

Münster, 2011
Logotherapie und existenzanalytische Beratung

Leitung: Helmut Dorra
Info: Tel.: 0049/4106/61 20 44
akademie.hamburg@existenzanalyse.com

Wien, Wintersemester 2011/12
Existenzanalytisches Fachspezifikum

Leitung: Mag. Doris Fischer-Danzinger
Info: Tel.: 0043/1/897 43 39
gle-oe@existenzanalyse.org

Berlin, 2011
Logotherapie und existenzanalytische Beratung

Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Info: *Tel.: 0049/511/517 90 00*
akademie.hannover@existenzanalyse.com

Bregenz, 2012
Logotherapie und existenzanalytische Beratung

Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Info: *Tel.: 0049/511/517 90 00*
akademie.hannover@existenzanalyse.com

Laufende Ausbildungen International
GLE-Ö: Wien, Graz, Salzburg, Lochau; IGEAP: Bern;
GLE-D: Berlin, Hannover, Aachen, Münster, Bremen, Hamburg; SLEA: Prag;
Außerdem in: Rumänien; Russland; Polen; Canada; Chile; Mexiko; Argentinien