

Blanche Wittmans Busen und ärztlicher Bluthochdruck

*Einführung in die Besonderheiten des
Übertragungsgeschehens bei psycho-
somatischen Erkrankungen*

Sie war jung. Sie war schön. Alle wussten, dass Doktor Jean-Martin Charcot seine LieblingspatientInnen hatte. Sie gehörte zu ihnen. Bis zu fünfmal täglich führte er seine hypnotischen Seancen im Kreise der Kollegen durch. Alle mit Frack und hochgeschlossenen Hemden. Manche mit Zwickel. Alle waren begierig, sie zu sehen. Die Frauen der Salpetriere von Paris.

Brouillet hinterließ der Nachwelt ein wunderbares Gemälde dieser Szene:



Wir⁽⁵⁾ dürfen darüber fantasieren, was die Herren Doktoren im Raum denn wohl so besonders an diesen Seancen angezogen hat.

Blanches Mieder war eng geschnürt. Sie konnte kaum atmen. All diese Herren um sie herum und dann die Berührungen des Doktors. Charcot hatte Kenntnisse über Akupressurpunkte. Er griff unter ihren Rock, auf die Innenseite ihrer Beine. Man stelle sich das vor: zu einer Zeit, Ende des 19. Jahrhunderts. Wir vermuten richtig, dass er einige Punkte am Lebermeridian berührte und Blanche bekam auf der Stelle starke Strömungsempfindungen im Leib, die sie zu vulkanischen Ausbrüchen von Lebensenergie führten. Diese wurden als Merkmale ihrer hysterischen Erkrankung verstanden. Und Charcot war geschickt darin, sie anschließend durch weitere Berührungen wieder zu beruhigen und ihre Symptomatik zum Abklingen zu bringen.

Im Publikum saß der uns allen bekannte Sigmund Freud in jungen Jahren.

Freud kehrte begeistert über die neuen Behandlungsmöglichkeiten nach Wien zurück und begann, damit zu arbeiten. Er hatte keine der heutigen für KörperpsychotherapeutInnen vergleichbaren Qualifikationen: keine 600 Stunden Grundagentraining in Körperpsychotherapie; keine Supervision; keine Begrifflichkeiten zum Umgang mit dem vasomotorischen Zyklus⁽⁶⁾, und es geschah, was geschehen musste: In einer seiner Behandlungen sprang seine Patientin am Ende der Sitzung auf und umarmte ihn inniglich aus Dankbarkeit für jene Erleichterung, die sie erfahren hatte. Überwältigt und von seelischem Schmerz berührt versuchte Freud, fortan Wege zu seelischer Erleichterung ohne Berührung zu finden.⁽⁷⁾

Am Anfang steht Beziehung

John Bowlby, der mit Anna Freud und Melanie Klein zusammenarbeitete entwickelte aus Feldstudien über verwaiste Kinder seine Bindungstheorie. Ihr zentrales Axiom ist, dass Bindung ein erlerntes, sich selbst regulierendes System sei. Und es war John Bowlby, der uns verständlich machte, was wir heute in der Szene mit Blanche Wittman sehen können: Übertragung ist ein Wechselspiel zwischen PatientInnen und ihren BehandlerInnen.⁽¹⁰⁾

Die in vielen Studien gut belegte Bindungsforschung^(11,12) lässt uns etwas grundlegendes entdecken: die Voraussetzung für jede Art sozialer Wahrnehmung, und natürlich besonders im Umgang mit KlientInnen, ist eine Wahrnehmung des eigenen, körperlichen Selbst. Werde ich mir meiner Befindlichkeiten in Gegenwart einer/s KlientIn bewusst, erlange ich Zugang zu Ressourcen für therapeutische Strategien.

In vielen beruflichen Supervisionen taucht diese Frage von KollegInnen wieder neu auf: Sollen wir wirklich auf unsere eigenen Empfindungen im Therapieprozess achten? Müssten wir nicht gerade lernen, diese zurückzustellen hinter eine Wahrnehmung des/r KlientIn? Und immer wieder lautet die Antwort, dass ohne ein Eingeständnis in das Besondere der momentanen eigenen Befindlichkeit die Pforte zur Wahrnehmung des Anderen verschlossen bleibt. Wir sind existenziell unseren eigenen Sinnen ausgeliefert; oder wie Merleau-Ponty es ausdrückte: **„Wir können die Welt nur deshalb denken, weil wir sie zunächst erfahren.“**⁽¹³⁾

Das erste mir bekannte psychiatrische Lehrbuch, das neben dem diagnostischen Blick des Behandlers auf die PatientInnen auch das spezifische Empfinden der/s BehandlerIn in der Begegnung thematisierte, ist von Klaus Dörner und Ursula Plog.⁽¹⁵⁾ Sie unternehmen die Beschreibung jener spezifischen Veränderungen unserer Selbstwahrnehmung, während wir mit PatientInnen mit bestimmten Beschwerdebildern in Kontakt treten - wie sie übrigens die einzigen mir bekannten Autoren sind, die sich die Mühe geben, das Erleben der Betroffenen aus der Innenansicht zu beschreiben: Wie fühlt sich eine Person, die aufgrund einer beginnenden Demenz bemerkt, dass ihr die Geschichte dessen, was sie im Leben gewesen ist, verloren geht.⁽¹⁶⁾

Tauchen Körpersymptome auf, wird der Beziehungsdialog verändert. In manchen Beziehungen treten die Bedürfnisse des Symptoms anstelle eines Dialoges über die wechselseitigen Empfindungen: „Du musst dich jetzt zusammennehmen. Wegen seinem Bluthochdruck darf Vati sich nicht mehr so aufregen!“; oder „Halte dich heute zurück,

Mutti hat die ganze Nacht wegen ihrer Haut nicht schlafen können!“ In anderen Beziehungen tritt der Austausch über das Symptom in den Mittelpunkt des ganzen familiären Dialoges. Und andere Bedürfnisse, wie jene nach Nähe/Kontakt oder nach Abgrenzung und Individuation finden keine Berücksichtigung mehr. Aspekte, die Alexander Mitscherlich bereits 1961 beschrieb.⁽¹⁷⁾ So entdeckt Klein-Greta, dass die ungeliebte Reise zu den Freunden der Eltern unterbrochen werden kann, weil sie mal ‚Pipi machen‘ muss. Wird die Kombination zwischen Miktionsverhalten und Veränderung der familiären Beschäftigungen häufiger auftreten, lernt Klein-Greta, dass sie mit ihrer Blase einen Einfluss zugunsten ihrer eigenen Bedürfnisse nehmen kann.⁽¹⁸⁾

Hier sei nur zwei Beispiel aus dem psychosomatischen Praxisalltag genannt, wie sich für geübte BehandlerInnen Veränderungen des Dialoges wahrnehmen lassen:

Kopfschmerzen: Du fühlst im Kontakt eine Schläfrigkeit/Stumpfheit im Augenausdruck; es mag dir eine Spannung im Nacken und im Rückenbereich/am Blasenmeridian entstehen; bei Migräne-PatientInnen magst du auch eindrückliche visuelle Veränderungen erleben; du wunderst dich über den raschen, abrupten Themenwechsel im Gespräch. Und es erscheint dir schwierig, die Konzentration deiner/s GesprächspartnerIn vom Schmerz weg, hin zu einem tieferen Verständnis der abgewehrten emotionalen Aspekte im Kontakt zu bewegen.⁽¹⁹⁾

Asthma: Das Gefühl der Anstrengung beim Atmen überträgt sich; auch die Atemfrequenz ist i.d.R. erhöht; bei Übungen können sie sich nicht wirklich entspannen (Sympathikotonie!); du spürst Empfindungen von Angst im Raum, die aber nicht verbalisiert werden (können); ich empfinde häufig eine auffällige Reduktion des Atem-Verständnisses auf das bloß physische (Nicht-)Funktionieren - die im Atem angelegte Bindungsdynamik wird rasch abgewehrt;

Für die körperpsychotherapeutische Behandlung können diese Selbstbeobachtungen eine Erweiterung der Diagnostik bedeuten: Als Behandelnde erlaubt uns das genaue Wahrnehmen des Übertragungsgeschehens ein Feedback über die Besonderheiten der psychosomatischen Erkrankung unseres Gegenübers. Es tauchen andere Fragen auf: Was ist jener Konflikt, den die neurodermitisch erkrankte Klientin auf dem Wege des Kratzens agiert, anstatt einen Beziehungsdialo- g zu gestalten? Welche Spannung manifestiert sich wiederholt im Kopfschmerz unseres Patienten und wie könnte er dieser Spannung in unserem Dialog einen anderen Ausdruck geben?

Die Beziehung als aktiver Partner im Dialog

Doch bis hierhin würden wir noch immer fokussiert bleiben auf den Dialog zwischen KlientIn und TherapeutIn; inklusive jener Haltung, die besagt, dass einer von beiden die Beziehung formt und entwickelt. Im Sinne des therapeutischen Auftrages; wenn es gut geht. Wir würden einräumen, dass nach dem Bekanntwerden der Spiegel-Nervenzellen durch Giacomo Rizzolatti⁽²³⁾ der Dialog weniger einseitig geworden ist. Es ist heute nicht mehr wie zu Freuds Zeiten, als Blanche Wittmans Hysterien behandelt wurden, ohne über die Rolle der neugierig erregten Doktoren im Raum besonders nachzudenken. Heute wissen wir, dass unsere Haltung und unser Verhalten sich ganz wesentlich auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung auswirken. Wir wissen, dass der Versuch der therapeutischen Neutralität das Lernen in dieser Beziehung erschwert und dass es im Gegenteil wichtig für eine Genesung unserer KlientInnen geworden ist, die Deformation und Unvollständigkeit des Beziehungsdialoges aufzulösen und neu zu gestalten.

Wir betreten also einen Bereich der therapeutischen Beziehung, in dem weder die/der KlientIn aktiv projizieren, noch der/die TherapeutIn gezielt mit Gegenübertragungstechniken arbeitet (denn dann könnten wir beschreiben, mit welcher Intention wir welches Verhalten unternommen hätten). Vielmehr scheinen sich beide in einer Art Trancezustand zu befinden.

So wie KollegInnen früher glaubten, einen scheinbar objektiven Beobachterstatus beschreibbarer psychischer Erkrankungen einnehmen zu können, so mussten wir lernen, dass wir Teil eines Dialoges sind, der zu einem Teilaspekt durch unser Verhalten und unsere eigenen Auslassungen im Kontakt mitbestimmt wird. Wir wurden in unserem Verhalten vollständiger und nun müssen wir uns offensichtlich damit auseinandersetzen, dass es Wirklichkeiten gibt, die ihrerseits unser Handeln und das unserer KlientInnen beeinflussen, ohne dass wir diese choreographieren könnten. Eine beunruhigende Situation, die uns die Gewissheit nimmt, zu wissen, wer wir sind und was wir in der Psychotherapie eigentlich tun.

Arnold Mindell, seines Zeichens Physiker und Jung'scher Analytiker, nähert sich mit naturwissenschaftlichen Erklärungen diesem Phänomen in seinem Buch: ‚Der verborgene Code des Bewusstseins‘. Er schreibt: ‚Was immer Sie in der Konsensusrealität beobachten - sei es ein Elektron, ein Tier, das Universum oder eine andere Person - wird im Bereich des Träumens zu etwas von Ihnen untrennbaren. In der Konsensusrealität kann man nicht sagen, wo der Quantenflirt entstand - ob in Ihnen oder in mir. Die Ununterscheidbarkeit erscheint in der Mathematik der Physik als Symmetrie (...) **In der Nicht-Konsensus-Realität könnte das, was wir du nennen, ebenso gut ich genannt werden.**‘⁽²⁶⁾

Nun werden einige KollegInnen meinen, dass das doch bekannte Übertragungsphänomene bei niedrig strukturierten KlientInnen mit schwachen Ich-Grenzen seien. Vielleicht. Vielleicht aber weist uns Mindell auf etwas viel Tiefgehenderes hin und unser Erschrecken darüber verhindert unser Erkennen. So wie es den Entdeckern der quantenphysikalischen Grundlagen in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts erging: Wir befinden uns mit unserer Wahrnehmung in einem Kokon. Erinnern wir uns an Merlot-Pointys Aussage weiter oben in diesem Text. Erinnern wir uns also an die Notwendigkeit, immer wieder unser eigenes Befinden an den Anfang unserer Wahrnehmungen im therapeutischen Dialog stellen zu müssen. Ohne Zweifel ist es wichtig, die Einschränkungen der eigenen Wahrnehmungsmöglichkeiten im Rahmen unserer Lehranalyse genauer zu erkunden und zu erweitern zu versuchen. Ebenso, wie es wichtig ist, unsere eigenen Wahrnehmungen unser Berufsleben lang supervisorischem Feedback auszusetzen. Und trotz all dieser Bemühun-

gen scheint es noch etwas Weitergehendes in der therapeutischen Beziehung zu geben.

Andere KollegInnen werden auf die pränatalen Matrixen verweisen, wie Stanislaw Grof sie uns in seinem Werk ‚Topographie des Unbewussten‘ übermittelt hat.⁽²⁷⁾ Sicher müssen wir uns damit beschäftigen, ob sich der uns öffnende Erfahrungsraum möglicherweise aus einer Regression in vorsprachliche, ja vorgeburtliche Erlebensweisen der KlientInnen erklären ließe. Vielleicht. Wir haben uns zu fragen, ob wir mit einer Situation, die Ken Wilber die Prä-/Trans-Verwechslung nennt, zu tun haben.⁽²⁸⁾ d.h. Ob wir möglicherweise den regressiven Zustand der Erlebens im Mutterbauch (=prä-rational) verwechseln mit dem Kontakt der Person zu einem post-rationalen, weitgehenden Kontakt zu einem ‚umfassend Unbekannten‘.⁽²⁹⁾ Wir können uns vor der Therapie Informationen über die Erlebniswelt der KlientInnen einholen, um den Kontext der Übertragungserfahrungen definieren zu können und bleiben notwendig diesem Unbekannten ausgeliefert. Wir können uns dem Größenwahn hingeben, alle Hintergründe der KlientInnen genau zu kennen, oder dem Zwang erliegen, alle Therapieerfahrung im Kontrollierbaren halten zu wollen. Es mag sein, dass wir Angst vor dem großen, weiten Unbekannten empfinden; und auch unsere kindliche Befürchtung vor dem Überwältigt-Werden durch die Gefühle Erwachsener mag auf dieser Ebene eine Rolle spielen.

Und es bleibt, dass wir den neuen, aus der Quantenphysik kommenden Interpretationen des Übertragungsgeschehens einen Raum geben können: Wir sind gemeinsam mit unseren KlientInnen Teil einer Wirklichkeit, die auf uns wirkt. Und wir können nicht ausschließen: Psychosomatische Symptome könnten auch ‚Bewusstseinskräfte von Wesen aus parallelen Welten sein, die uns auf die nächsten Schritte unserer menschlichen Evolution hinweisen‘.⁽³⁰⁾ Er schreibt das als Physiker und er fordert uns damit auch auf, die psychotischen Interpretationen der Wirklichkeit betroffener KlientInnen von jenen, deren Symptome ein gewisses Genie zur Korrektur von Lebenserfahrungen beinhalten, unterscheiden zu lernen.



Literaturhinweise

(nicht alle Hinweise sind im Text aufgeführt, da dieser eine stark gekürzte Fassung ist. Die ausführliche Version ist, wie alle Artikel auf www.dgam.de zu finden oder über den Autor erhältlich)

- (1) aus: Möller, Laux, Deister (Hrsg.); Psychiatrie; Stuttgart 1996; S. 220; Gemälde von 1887
- (2) Reinhold Dörrzapf; Eros, Ehe, Hosenteufel; München 1998; S. 298ff
- (5) **Wenn ich von ‚wir‘ und ‚uns‘ spreche**, so verwende ich diesen Begriff in diesem Artikel undifferenziert als sprachliches Mittel, um eine einnehmende, Identifikation auslösende Haltung bei jenen LeserInnen auszulösen, die selbst im Bereich der Körperpsychotherapie mit Berührungen arbeiten.
- (6) Anton Eckert; in: Postural Integration; Eine Methode ganzheitlicher Körperarbeit; Berlin 1992; S. 9
- (7) Sigmund Freud; An autobiographical Study; London 1959; pp. 1-74; sinngemäße Übersetzung durch den Autor
- (8) Bioenergetik; München 1975; S. 12
- (9) Karl Heinz Brisch; Bindungsstörungen; Stuttgart 1999; S. 30
- (10) Karl Heinz Brisch; a.a.O.; S. 35ff
- (11) Karl Heinz Brisch; a.a.O.; S. 44ff
- (12) Die Lebenserfahrung des Säuglings; Stuttgart 1998
- (13) Merleau-Ponty; Das Primat der Wahrnehmung; Frankfurt/Main 2003; S. 34
- (14) Sandra & Matthew Blakeslee; Der Geist im Körper; Heidelberg 2009; S. 13
- (15) Irren ist menschlich, Bonn 1996
- (16) Dörner/Plog; a.a.O.; Kapitel ‚Landschaft ohne Boden‘; S. 245f
- (17) in: Psyche; Band 15/1; Die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens; S. 1-25
- (18) Thure von Uexhüll; Psychosomatische Medizin; München 1996; S. 1061f
- (19) Isabell Azoulay; Schmerz – die Entzauberung eines Mythos; Berlin 2000
- (20) Gerd Rudolf; Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik; Stuttgart 2000; S. 252
- (21) Thure von Uexhüll; a.a.O.; S. 909
- (22) Thure von Uexhüll; a.a.O.; S. 841
- (23) Premotor Cortex and the Recognition of Motor Actions; Cognitive Brain Research 3: 131-141; 1996; in: Joachim Bauer; Das Gedächtnis des Körpers; Frankfurt/Main 2002; S. 12
- (24) München 1990; S. 146ff; oder in Tor Norretranders ‚Spüre die Welt‘, Reinbek 1994; S. 18ff
- (25) Manfred Thielen (Hrsg.); Körper-Gefühl-Denken; Körperpsychotherapie und Selbstregulation; Gießen 2009; S. 387ff



Bernhard Schlage