

EINE BOTSCHAFT DES KÖRPERS?

Der innere Dialog bei psychosomatischen Erkrankungen

RENATE BUKOVSKI

„Krank ohne (oder mit, die Symptomatik nicht ausreichend erklärendem) Befund“ ist ein wesentliches Phänomen von Patienten mit somatoformen Störungen und psychosomatischen Störungen i.e.S. Die auftretenden körperlichen Symptome können vordergründig nicht erklärt werden und machen Patienten und auch Behandler oft hilflos. Anhand eines Fallbeispiels aus der existenzanalytischen Praxis soll die Möglichkeit aufgezeigt werden, über diese Körpersymptome in einen inneren Dialog mit sich und dem eigenen Geworden-Sein zu kommen. Die phänomenologische Arbeit zielt dabei auf das Wahrnehmen des körperlich (oft schmerzhaft) Gefühlten, die Zuwendung zu und Begegnung mit dem hier „Sprechenden“ (auch mit Hilfe innerer Bilder) ab. Über eine Annäherung an die „Botschaft des Körpers“ sollen Betroffene zu einem leiblichen Verstehen und in eine personale Verarbeitung kommen. Ziel ist die Aktualisierung der Person zu einem aktiven, ressourcenorientierten, von Selbstheilungskräften begleiteten Umgang mit sich und der Erkrankung.

SCHLÜSSELWORTE: Imagination; innerer Dialog, Phänomenologie, Psychosomatik

A MESSAGE FROM THE BODY?

The inner dialogue of psychosomatic patients

“Ill with negative (or with results not sufficiently explaining the symptoms) results” is a significant phenomenon of patients with somatoform disorders and psychosomatic illnesses in a narrower sense. The appearing physical symptoms cannot be elucidated superficially and most often render patients and their practitioners helpless. By means of a case study from existential analytical practice, it is pointed out how these physical symptoms can lead the patient into an inner dialogue and understand the own development. The phenomenological work aims at perceiving the bodily (often painfully) felt, at attentiveness towards and encountering what is speaking here and now (often with the help of inner imagery). By approaching the “message of the body”, those affected are to reach corporeal understanding and enter a personal process. The aim is an updating of the person towards an active, resource-oriented way of dealing with oneself and the disorder, accompanied by one’s own self-healing powers.

KEYWORDS: imagination, inner dialogue, phenomenology, psychosomatics

EINLEITUNG ZUR ARBEIT MIT „PSYCHOSOMATISCHEN“¹ ERKRANKUNGEN

In die psychotherapeutische Praxis kommen auch Menschen, deren Leiden sich hauptsächlich über „somatische“ Beschwerden zum Ausdruck bringt. Diese Patientinnen² leiden an Befindlichkeitsstörungen wie Kopf-, Rücken- und Magenschmerzen an manchen Tagen, an funktionellen und dissoziativen Störungen, also insbesondere an somatoformen Störungen, an psychosomatischen Störungen im engeren Sinn, wie Migräne, Asthma oder auch an somatopsychischen Erkrankungen, wie Endometriose, Krebs u.v.a.m.

Der Umgang und die Behandlung von jeglichen „somatischen“ Beschwerden ohne ausreichenden organischen Befund stellen diese Menschen und ihre Behandlerinnen vor eine große Herausforderung. Hinreichend und vielfältig werden in der facheinschlägigen Literatur sowohl das Leiden als auch die hohen Kosten, die durch Fehlbehandlungen genau dieser Patientengruppe entstehen, beschrieben. Die Semiotik (Zeichenlehre) verwendet zum Thema „Psychosomatik“ treffend den Begriff der „Biologie der Subjekte“, „... in der zeitlebens Körper und Seele als eine unverbrüchliche Einheit unserer psychosomatischen Existenz angesehen werden und erhalten bleiben... Die ‚Biologie der Subjekte‘ geht auf allen Stufen von Einheiten aus, in denen sich, wie es das

Modell des Funktionskreises beschreibt, Subjekt und Objekt gegenseitig (kontrapunktisch) bestimmen“ (Sauer & Emmerich 2009, 145,150).

Es wird in dieser Arbeit nicht versucht zu ergründen, wie sich „psychische“ Konflikte ursächlich „somatisch“ ausdrücken können, sondern versucht, die Einheit Mensch, den Organismus und seine Bezogenheit zu seiner ihn umgebenden Außen- und Innen-Welt und seine darin gemachten Erfahrungen phänomenologisch zu erkunden. Es wird dem nachgegangen, wie diese Erfahrungen sich im Organismus Existenz verhindernd niedergeschlagen haben könnten, um die Folgen nach Möglichkeit aufzulösen, zu verändern und neue Lernprozesse in Gang zu setzen. Auch Viktor von Weizsäcker vertritt eine Sichtweise, die im Umgang mit „psychosomatischen“ Beschwerden hilfreich sein kann: „*Es geht nicht um Krankheiten, es geht um kranke Menschen. Körperliches und Seelisches können einander vertreten, nichts Psychisches hat keinen Leib, nichts Leibliches hat keinen Sinn; der Ausbruch von Krankheiten erfolgt in biografisch sinnvollen Situationen. Es geht daher um das Aufmerksam-Werden für Sinn und Bedeutung der Krankheiten im Leben des Patienten.*“ (Rudolf 2008, 9)

Patienten mit „psychosomatischen“ Beschwerden benötigen gegenüber Patienten mit „psychischen“ Erkrankungen u.a. wegen ihrer spezifischen Symptomatik, ihres meist „somatischen“ Krankheitsverständnisses, ihrer besonderen Be-

¹ Die Begriffe somatisch, psychisch, psychosomatisch werden unter Anführungszeichen gesetzt, da sie etwas getrennt zum Ausdruck bringen, was sich nicht trennen lässt.

² Zur einfacheren Lesbarkeit wird abwechselnd das weibliche bzw. männliche Geschlecht verwendet.

ziehungsgestaltung und mangelnden Affektwahrnehmung eine spezifische Adaptierung der existenzanalytischen Behandlung.

In den folgenden Ausführungen soll eine phänomenologische Herangehensweise an diese Problematik im Sinne der Existenzanalyse an Hand eines Fallbeispiels vorgestellt werden. Anzustreben ist dabei die Verbesserung der Dialogfähigkeit mit sich, insbesondere mit dem Körper und seinen Beschwerden, aber auch mit der Welt.

Die vorgestellte Behandlungsmöglichkeit ist eher stabilisierend als aufdeckend, eher ressourcen- als problemorientiert und aktiviert die Selbstheilungskräfte der Patientinnen und somit ihre Selbstwirksamkeit. Die Aktivierung von Selbstheilungskräften meint dabei eine Unterstützung der natürlichen, dem Menschen innewohnenden Heilkräfte mit Hilfe innerer Vorstellungsbilder unter Einbeziehung möglichst vieler Sinneseindrücke, als auch der Emotionen, Gedanken und der Intuition. Ziel dieser Behandlungsform ist das Anstreben bestmöglicher Gesundheit, nicht das Bekämpfen von Krankheit. Der leidende Mensch wird ganzheitlich gesehen und seine Symptomatik als Ausdruck für seinen derzeit bestmöglichen Selbstheilungsversuch gegenwärtiger und in der Vergangenheit liegender Existenz verändernder Dynamiken und Erfahrungen. Es kann in der Psychotherapie von Menschen, die ihr Leiden vorwiegend über „somatische“ Beschwerden erleben und zum Ausdruck bringen, darum gehen, eine Brücke zwischen bewussten, psychischen Denk- und Vorstellungsprozessen und unbewussten körperlichen Immun-, Schmerzabwehr- und Heilungsprozessen zu bauen, die mehr oder weniger autonom unser körperliches Funktionieren und Befinden regulieren. Um diese Brücke zu schlagen können Interventionen aus der Achtsamkeitspraxis und Imaginationen zur Unterstützung des existenzanalytischen inneren Dialogs verwendet werden. Diese sollen insbesondere den Dialog mit den Körpersymptomen und das Verstehen seiner Botschaften ermöglichen. Der Körper spricht dabei eine andere „Sprache“. Er kann seine Informationen und sein Wissen über innere Bilder zum Ausdruck bringen. „Die Arbeiten von J.Achterberg und C.Simonton belegen, dass innere Bilder reale, biologisch korrekte Körperzustände aufzeigen können.“ (Koppe 2007, 19) Diese Bilder gilt es zu verstehen, ihren phänomenalen Gehalt zu heben, um über die Erarbeitung einer Stellungnahme zu einem neuen Umgang mit sich und dem eigenen Körper zu kommen bzw. eine Aufarbeitung gespeicherter und Existenz verändernder Erlebnisse aus der Lebensgeschichte der Patientinnen zu ermöglichen. Ebenso können innere, positive, das destruktive Geschehen transformierende Bilder als lindernde oder sogar heilsame Impulse im körperlichen Geschehen wirksam werden. Voraussetzung für diese Interventionen ist eine gute, vertrauensvolle Therapeut-Patienten-Beziehung.

Fall: Fr.E.

Fr.E. leidet unter „somatischen“ Beschwerden, häufige Blasenentzündungen und Magen-Darmverstörungen zeigen beim Allgemeinmediziner keine ausreichenden organischen Ursachen. Die Patientin wird von einer inneren Unruhe, einer Selbstunsicherheit und Entscheidungsschwie-

rigkeiten in ihrer aktuellen partnerschaftlichen Beziehung geplagt. V.a. im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen hat sie wenig Zugang zu ihren Gefühlen. Fragen nach ihrem emotionalen Erleben im Zusammenhang mit anderen verunsichern sie. Sie spürt dann meist nur eine innere, unangenehme Leere, kann das Eigene nicht fassen, bzw. ist darin sehr verunsichert und orientiert sich an dem, was andere von ihr erwarten, weniger an dem, was sie fühlt oder wie etwas für sie ist. Die Erwartungen anderer vermag sie sehr sensibel und differenziert aufzufühlen. Existenzanalytisch gesehen ist sie im Selbstwert verunsichert, hat Schwierigkeiten, eigene Gefühle wahr- und ernst zu nehmen, aufzugreifen und damit in einen personalen Umgang zu kommen.

AUSHALTEN UND ANNEHMEN, WAS IST

„Somatische“ Beschwerden und schwere „somatische“ Erkrankungen bedrohen uns, durch sie wird uns Gesundheit oft erst in ihrer Qualität bewusst und ist nicht mehr selbstverständlich. Unsere Endlichkeit wird uns in Erinnerung gerufen, die dadurch auftretende, auf den Lebenswert verweisende Angst, kann reaktiv mit automatischen Schutzmechanismen beantwortet werden: Vermeiden, Ignorieren der Symptome, Sich-Ablenken, eine Schonhaltung einnehmen,... oder aber: Ankämpfen durch Einnahme eines/mehrerer Medikamente, Hadern, bis hin zu aggressiven Selbstbehandlungsvarianten... Ein Arzt wird aufgesucht, was auch gut ist. Soll er jedoch den Körper „reparieren“, stößt auch er manchmal an Grenzen. Selten gibt es ein Bemühen um das Verstehen eines ganzheitlichen Existierens, in dem der Leib nicht Werkzeug sondern Träger des und Mittler für den Existenzvollzug ist, sich ja die Person über diesen Leib und mit diesem Symptom zum Ausdruck bringt. Kommt ein Patient so, meist vom Arzt geschickt, in die psychotherapeutische Praxis, ist vorerst am Wahrnehmen und Aufnehmen dessen, was ist, was da so weh tut und abläuft, zu arbeiten. Ausreichender Halt, Raum und Schutz und bedingungslose Akzeptanz in der therapeutischen Beziehung sollen helfen, die schmerzhaften, störenden Körperempfindungen, ev. auch ängstigende Diagnosen vorerst auszuhalten und nach und nach annehmen zu können. Achtsamkeitsübungen, v.a. Atemübungen, aber auch ressourcenorientierte Imaginationsübungen unterstützen, mit den Beschwerden, mit diesem Körper da-sein zu können.

Fall: Therapeutische Beziehung und Zugang zu sich selbst

Fr. E ist eine sehr kreative Patientin und nimmt zusätzlich zur Einzeltherapie an einem Gruppenangebot für Achtsamkeits- und Imaginationsübungen teil. Wichtige Erfahrungen daraus bringt sie in die Einzelsitzung mit, meist malt sie die dabei auftauchenden Bilder. Bemerkenswert dabei ist, dass die Patientin dabei von sich aus mit der linken Hand malt (sie ist Rechtshänderin) um ihren unbewussten, eher emotionalen Prozessen mehr Raum in sich und auf dem Bild zu geben.³ Es wird in diesem Beitrag nicht detailliert auf die

³ Besonderer Dank gilt der Patientin für ihre Zustimmung, diese Bilder und ihre persönliche Erfahrungen aus der Therapie anlässlich dieses Beitrages frei zu geben.

Themen der Therapie mit Fr.E. eingegangen, sondern es wird hauptsächlich die phänomenologische Arbeit mit inneren Bildern fokussiert, die sowohl das „psychische“ als auch das „somatische“ Erleben von Fr.E. in ihr Bewusstsein heben konnte und so einer Veränderung zugänglich wurde. Fr. E. braucht zu Beginn der Therapie v.a. einen guten Raum für ihr Erleben, für ihre Eigenart und Einzigartigkeit. Nach und nach fasst sie Vertrauen und kann sich auf einen inneren Dialog mit sich einlassen. Neben der Ermutigung durch die Therapeutin und der neuen, positiven Beziehungserfahrung, in der sie mit ihrem Erleben im Mittelpunkt des Interesses steht, ist es für den Zugang zu ihr selbst hilfreich, einen Baum zu imaginieren (vgl. Abb. 1.) (Reddemann 2001).



Abb. 1: Imagination: Baum

Ihr Bild zeigt einen einzelnen Baum, der nur zur Hälfte Blätter trägt, die zweite Hälfte des Baumes streckt die nackten Äste in den Himmel. Der Baumstamm wächst aus einem zum Teil alten, trockenen, morschen Baumstumpf heraus. Der alte Rest ist hohl, hat keine Wurzeln mehr und ist oben abgeschnitten. Fr. E. möchte in der Imagination am liebsten in der Höhle des alten Baumes liegen, nichts mehr hören und sehen und nur weinen. Gleichzeitig recken sich aber die Äste in die Luft, die wachsen wollen. Der Baum fühlt sich stark und aufrecht, jedoch auch zögerlich und widersprüchlich an. Fr.E. kann sich mit dem Bild gut identifizieren, der Baum stehe für sie selbst – „mitsamt dem klobigen Überbleibsel aus der Vergangenheit“. Aus therapeutischer Sicht zeigen sich die in vielen Lebensbereichen vorhandene Kompetenz

und auch die immer wieder auflitzende Lebendigkeit von Fr. E in der blühenden Hälfte des Baumes. Das Loch und die Nacktheit des alten, morschen Baumstumpfes verweisen auf einen Einbruch in ihrem Leben. Geschlagen, um ein gutes Weiterleben beraubt und zum Teil auch abgestorben, wirkt auch die Patientin in den Gesprächen, wenn sie mit ihrer Unsicherheit im emotionalen Bereich in Berührung kommt. Dann spürt sie sich nicht, wie abgeschnitten ist der Zugang zu sich selbst, sie steht dann wie an einem Abgrund und fühlt sich hilflos. Auftretende „somatische“ Beschwerden verweisen dann auf Unstimmiges, jedoch fühlt sich Fr.E. diesem leiblichen Geschehen eher ausgeliefert, kann es nicht verstehen und nicht kontrollieren. Das Loch in der Mitte des Baumes kann sie vorerst keinem Ereignis zuordnen, es bleibt wie eine alte Wunde vorerst unverstanden.

KÖRPERBEZUG

Menschen mit „psychosomatischen“ Beschwerden leiden oft an einem geringen oder feindlichen Körperbezug. Dies ist nachvollziehbar, da der Körper schmerzt und Probleme bereitet. Es soll behutsam und langsam vorgegangen werden bei allen Interventionen, die eine neue, erweiterte Körpererfahrung ermöglichen sollen. Atemübungen (Kabat-Zinn 2008), die Dankbarkeitsübung von L. Reddemann (Reddemann 2001) und die Wahrnehmungsübung angenehmer Körperbereiche helfen in der Arbeit mit diesen Menschen. Sie können dazu führen, den Körper auch noch anders als schmerzhaft zu erleben. Wenn Patientinnen sich ihren angenehmen, funktionierenden Körperbereichen zuwenden können, gelingt ihnen dies dann später auch leichter bei schmerzhaften, erkrankten Bereichen. Ogden et al. bestätigen die positiven Auswirkungen dieser Interventionen in der Literatur: „Wenn der Klient achtsam seine Körperwahrnehmungen anerkennt, ermöglicht er es dem Körper von ganz alleine eine Beruhigung und Lösung dieser körperlichen Erfahrungen herbeizuführen... Das aufmerksame Beobachten und Erleben der unangenehmen Körperwahrnehmungen erzielt eine allmähliche Verringerung der Intensität und Häufigkeit der Symptome. Das Verringern von beängstigenden Körpersymptomen und die verbesserte Fähigkeit, den Körperwahrnehmungen nachzuspüren, ermöglicht(en) es den Klienten zunehmend, mit anderen Elementen,... wie beispielsweise Bedeutungsfindung zu arbeiten.“ (Ogden et al. 2012, 11-12)

IN BEZIEHUNG KOMMEN, INS FÜHLEN KOMMEN – ZUWENDUNG

Durch das bewusste Aushalten und Annehmen der Symptomatik, vorerst durch die Übungen der Aufmerksamkeitslenkung und der liebevollen Präsenz und durch die strukturbildende Arbeit an den Voraussetzungen der ersten Grundmotivation (Halt durch Information, Raum finden wo ich sein kann, bei wem ich sein kann, wenn es mir nicht gut geht, Raum in mir erleben durch Atmen und diesen auch bei Schmerzen erhalten, Schutz durch Meidung belastender Situationen und Beziehungen,...), dann durch Zuwendung

und strukturbildende Arbeit an der Voraussetzungen der zweiten Grundmotivation (Nähe aufnehmen bei Schmerz, sich wohlwollend und behutsam dem Schmerz zuwenden, ihn versorgen durch Atmen, durch heilsame Imaginationen, durch verbesserte Bedingungen im Außen, ...) verändert sich die Symptomatik schon häufig. Vor allem aber ändert sich die Einstellung der Patientinnen und Patienten zur Symptomatik. Diese ist dann ein Teil ihres Erlebens, beherrscht aber nicht mehr die Person, das Leben. Die Person ist es, die jetzt einen Umgang mit der Symptomatik findet und dadurch aus der Ohnmacht und der Passivität auch in der Lebensführung herauskommt.

Die oft beobachtbare Schwierigkeit, Gefühle wahr zu nehmen, Emotionen und körperliche Empfindungen voneinander zu unterscheiden, wird existenzanalytisch als larvierte Depression, als verminderte Fähigkeit, Nähe zu sich und Werten in der Welt aufzunehmen und damit nicht oder wenig in ein emotionales Mitschwingen zu kommen, verstanden. Es handelt sich um eine Depression, die sich nur im Körperlichen abspielt und somit nicht gefühlt wird. *„Der Wert des Lebens wird nicht gefühlt, aber dieses Nicht-Fühlen wird seinerseits nicht erkannt, nicht gefühlt.“* (Längle 2009, 25)

In der Therapie geht es darum, dieses Fühlen vertiefter zu lernen, sich zuerst positiven, „gewussten“ Werten zuzuwenden, bei ihnen zu verweilen, in der Nähe zu bleiben und mehr und mehr zu erleben, dass etwas in Schwingung kommt, dass „es warm wird ums Herz“, „dass es innen drinnen gut tut“ (meist wird das Fühlen von Emotionen zuerst wieder mit Hilfe des Körpers beschrieben, weil am Körper gefühlt) und nach und nach auch Worte zu finden für dieses Erleben und zu bemerken, dass es ein vom Körper unterscheidbares, zusätzliches Erleben gibt, so etwas wie Staunen, Freude, Dankbarkeit. Am Mögen zu arbeiten, dies in den alltäglichen Situationen des Patienten aufzufinden und sich dafür zu interessieren, den Patienten zu ermuntern, sich dafür Zeit zu nehmen, dabei zu verweilen, es auszukosten und zu beobachten, wie es ihm mit dem Gemochten geht, hilft ins Fühlen zu kommen. Darüber hinaus werden ressourcenorientiert Werte erschlossen und neue Perspektiven eröffnet.

Dann wird es auch möglich, konfliktorientiert zu arbeiten, sich Belastendem und Beschwerlichem zuzuwenden und die dabei erlebten Gefühle zu erkunden. Zu erfahren, dass das Benennen von vor allem negativen Emotionen diese erleichtert, weil sie erkannt und benannt werden und, weil man davon ein wenig abgerückt, in einen Umgang mit ihnen kommen kann, erleichtert die Patientinnen. Wenn sich die Fähigkeit präzise, verbale Beschreibungen der gefühlten Erfahrungen zu machen, herausbildet, erweitert sich die Verarbeitung dieser Emotionen. Die Fähigkeit, eine Sprache für die Gefühle zu finden, hilft ihnen therapeutisch nachzugehen, sie zu verstehen und in einen Umgang damit zu kommen. Hilfreich ist auf diesem Weg das einfühlsame Mitschwingen der Therapeutin, um stellvertretend für die jeweilige Situation Gefühle substituieren zu können, bis die Patienten genügend Kompetenz haben, diese selbst zu erkennen und zu benennen.

Dies führt oft auch zur Konfrontation mit der Einschränkung, zum Bewusstwerden von körperlichen, ev. unveränderlichen Belastungen, z.B. bei Endometriose, bei Asthma.

Therapeutisch ist es dann wichtig, dabei zu verweilen, den verarbeitenden Emotionen Wut und Trauer Raum zu geben, manchmal auch ein Loslassen zu ermöglichen z.B. bei Organentfernungen, damit eine Selbstannahme möglich wird und die Einschränkungen ins Selbstbild integriert werden können.

Danach können Patienten auch Vorschläge von Zuwendungen im Sinne von liebevollen „Behandlungen“ besser annehmen, wie die eigene Hand auflegen bei Schmerzen, Wärme oder Kälte anwenden, sich Niederlegen zur Entlastung, Pausen machen, Lichtimaginationen, Atemübungen, weil eine gefühlte Beziehung zu sich, v.a. zum erkrankten Körperbereich, aufgenommen wurde. Patienten finden dadurch eine andere Einstellung zum leiblichen Geschehen und damit in einen eigenverantwortlichen Umgang. Sie lösen sich von der oft passiven, ohnmächtigen Haltung in eine aktive, kompetente Selbstzuwendung und beginnen, sich und ihre Beschwerden zu „besorgen“.

ARBEIT MIT INNEREN BILDERN

Ist die Fähigkeit zu fühlen etwas vertrauter wird es möglich, den Körperbereich von innen zu erkunden, die Landschaft des erkrankten Körperbereiches mit allen Sinnen zu imaginieren, innere Bilder von Körperlandschaften entstehen zu lassen und die Qualität, das Fehlende, Schmerzende emotional anzufühlen, um festzustellen, was hier los ist. Phänomenologisch wird mit diesen, jetzt entstehenden Bildern gearbeitet, um die Botschaft des Körpers zu bergen, der Person zu helfen, in der Begegnung mit der eigenen Intimität das, was ihr von innen über den Körper entgegenkommt, was sie angeht, aufzunehmen und zu verstehen.

Fall: Körperwahrnehmungen

In der Therapiephase, in der es v.a. um den schwierigen Zugang zu ihren Gefühlen geht, kommt Fr.E. mit diesem Bild, das aus der Körperwahrnehmung mit dem Body scan von Jon Kabat-Zinn (2011) in der Achtsamkeitsgruppe entstanden ist, in die Therapie (vgl. Abb.2.). Ihre rechte Körperhälfte fühlt sich schwächer als die linke an. Beim Wahrnehmen der Empfindungen der inneren Organe, die ihr Beschwerden bereiten, fühlt sie eine Leere und im rechten hinteren Beckenbereich ein großes Loch mit spitzen, scharfen Rändern. Die weitere Arbeit in der Einzelsitzung fokussiert dieses unangenehme Empfinden im Beckenbereich. Die Patientin wird im Wahrnehmen dessen und den dabei auftauchenden Bildern sehr unruhig.

Therapeutin: „Können Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit dennoch hier im Bauch- und Beckenbereich verweilen, indem sie den Atem zu der Stelle lenken – nur ein- und ausatmen und dabei bleiben?“ Mit dieser Atemintervention stellt sich mehr Ruhe ein. Fr.E. kann sich nun dem inneren Geschehen weiter zuwenden.

Therapeutin: „Wie fühlt sich der Beckenbereich mit dem Loch an?“

Fr.E.: „Es ist, als ob meine inneren Organe und mit ihnen meine Gefühle durch das Loch aus mir hinausfließen.“

Therapeutin: „Was passiert denn da in ihrem Beckenbereich? Was ist hier los?“

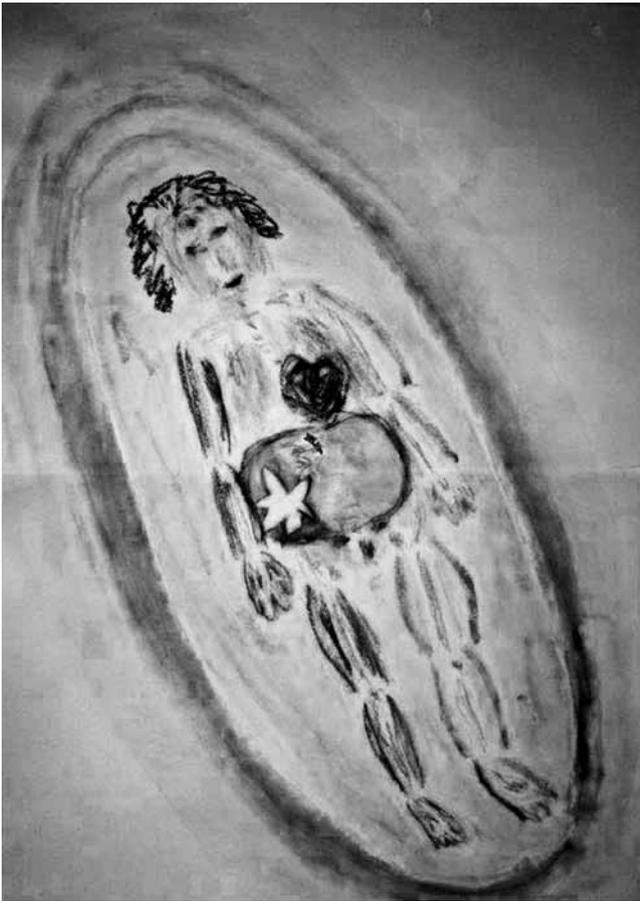


Abb. 2: Body scan

Fr.E.: „Irgendetwas Gewaltiges....Ich sehe jetzt ein kleines Mädchen am Rand des Loches.“

Therapeutin: „Wie geht es dem Mädchen?“

Fr.E.: „Es ist erstarrt, hält ein Mickey Mouse Heft in den Händen. In seinen Augen sehe ich Verzweiflung und Einsamkeit, innerlich wirkt es apathisch und leer.“

Therapeutin: „Können Sie mit dem Mädchen Kontakt aufnehmen?... Fragen, wie es hierher kommt?“

Fr.E.: „Es hat sich hierher verkrochen, fühlt sich, als ob es in den Abgrund zu fallen droht.“

Die aufmerksame Zuwendung zum erkrankten Körperbereich kann lebensbelastende Ereignisse ins Bewusstsein heben, wie es bei Fr.E. geschieht.

BOTSCHAFTEN VERNEHMEN – VERSTEHEN

Über die Zuwendung zu den Empfindungen gilt es, die Botschaft des Körpers zu entschlüsseln. Dabei können folgende Fragen hilfreich sein: Was gibt mir mein Körper über seine Empfindungen, Symptome und die inneren Bilder der betroffenen Körperlandschaft zu verstehen? Was „sagt“ mir mein Körper? Was „sagen“ die Bilder?

Solche Botschaften können u.a.

- über belastende Lebensumstände, die dem Patienten nicht bewusst sind, sprechen.
- Eigenen schädigenden Umgang, z.B. Perfektionismus, der den Körper stresst, dem Patienten jedoch normal erscheint, sichtbar machen.

- Unterdrücktes Konfliktpotential aus nahen Beziehungen, das immer wieder verdrängt wird, heben.
- Unbewusst ablaufende Lebensmuster, wie die Unterdrückung von Gefühlen, aufzeigen.

Diese Botschaften zu verstehen, ihre Hintergründe und ein Verständnis für ihr Geworden-Sein zu erarbeiten, ist der nächste Schritt in der Therapie. Ziel ist es, in einen liebevolleren Umgang zu kommen und Destruktives zu verändern. Dazu können Gegenbilder zur Aktivierung von Selbstheilungskräften imaginiert werden. Im Bewusstsein auftauchende lebensbelastende Ereignisse sollen therapeutisch bearbeitet werden, wie es beispielhaft bei Fr.E. geschehen konnte.

Fall: Bergen früherer Erfahrungen

Die Zuwendung zum Mädchen am Abgrund führt in der Therapie zur Frage: „Kennen Sie dieses Mädchen?“

Die Patientin nickt. „Ja, das bin ich selbst.“

Therapeutin: „Was ist dem Mädchen widerfahren?“

Die Patientin erinnert nun eine Erfahrung als Kind. Auf einem kargen Stück Erde sitzt sie auf der Heimfahrt vom Urlaub an einer Grenze und wartet auf ihre Eltern. Diese sind am Grenzposten damit beschäftigt, die Überführung des im Urlaub durch einen unglücklichen Zufall verstorbenen Bruders zu regeln. Die Familie befindet sich im Schockzustand. Das Mädchen wird dabei sich selbst überlassen und bekommt beim Warten auf die Eltern das erste Mickey Mouse Heft seines Lebens geschenkt. In all diesen Tagen des Unglücks bleiben die Gefühle des Kindes unbeantwortet, zu belastet sind die Eltern selbst. „Ab diesem Moment wurde es karg in meinem Leben und einsam.“ Nach dem Tod des Bruders verlässt auch der Vater die Familie. Die Mutter ist zwei Jahre lang unter Einnahme von Psychopharmaka kaum ansprechbar. Fr. E meint heute, nie mehr ganz aus dem Schock aufgetaut zu sein.

Der „Schlag“ (vergleichbar mit dem Loch, der schon bei der Baumimagination aufgetreten ist) in ihrem Leben, der sie im Bereich der Emotionalität und der Identität nicht ungehindert weiter wachsen ließ, wird ihr nun in seiner ganzen Tragweite bewusst. Das Mädchen findet über lange Zeit kein mitfühlendes Gegenüber; das es als Person beachtet, anfragt, versteht und bei der Verarbeitung des Traumas und seinem Existenzvollzug unterstützt hätte. Die Neurobiologie bestätigt mittlerweile, dass Kindheitstraumen das Immunsystem schädigen, die Stressresistenz mindern (Ruegg 2012, 47) und es damit anfälliger machen für Krankheiten.

STELLUNGNEHMEN

Ist die Botschaft gehoben und sind ihre Zusammenhänge verstanden, geht es darum, den Menschen zu einer Stellungnahme zur Botschaft, zum Erkannten, zum Neu-Erfahrenen zu verhelfen, damit das Geborgene im existenzanalytischen Sinne personiert, verarbeitet werden kann. Dabei geht es um Fragen wie: Wie finden Sie das? Was halten Sie in der Tiefe Ihres Wesens davon?

Fall: Stellungnahme und Integration

Therapeutin: „Was halten Sie davon, dass ihnen das passiert ist und wie es ihnen passiert ist?“ Fr. E. findet in

der inneren Auseinandersetzung mit dem Erfahrenen und Erlebten aus der Vergangenheit zu ihrer Stellungnahme: „Das Mädchen tut mir unendlich leid. Es hätte zumindest einen Menschen gebraucht, der sich um es kümmert. So alleingelassen kann es seine Gefühle nur mehr unterdrücken.“ Therapeutin: „Können Sie sich dem Mädchen von damals zuwenden?“ Die Patientin nickt. „Was braucht das Mädchen, das sie einmal waren, heute noch, das es damals schon gebraucht hätte?“ Fr.E.: „In den Arm genommen werden, weinen und klagen dürfen und getröstet werden.“ In der folgenden Verarbeitungsphase gelingt es der Patientin Gefühle von damals zuzulassen, um den Bruder zu trauern, aber auch um den Verlust der eigenen Lebendigkeit, um das ihr Widerfahrene zu trauern, sich zu trösten, dabei nach und nach Schutzmechanismen des Unterdrückens und Bagatelisierung eigener Gefühle aufzulösen, sich ernst zu nehmen und gerecht zu werden. Im inneren, imaginierten Bild ihres Beckenbereiches wird das Mädchen dabei ruhiger, das Loch aus dem inneren Bild schließt sich.

Über die Aktualisierung der Person kann die Patientin begleitet werden, ein lebensbelastendes Ereignis aus der Vergangenheit nach zu bearbeiten und dabei erworbene Fixierungen zu verändern. „Wir tragen das Potenzial zur Veränderung in uns“ sagt Matthieu Ricard in einem Gespräch mit Wolf Singer. „Erlebte traumatische Ereignisse lassen sich durch Psychotherapie modifizieren, also überarbeiten.“ (Ruegg 2012, 25)

BEARBEITUNG DER BIOGRAFISCHEN BELASTUNGEN

In verschiedenen Phasen der Therapie mit Menschen mit „psychosomatischen“ Beschwerden können durch Gespräche, durch Imaginationen, durch die achtsame Wahrnehmung der Körperempfindungen u.a., Lebensbelastungen, auch bisher „vergessene“ Traumata in Erinnerung gerufen werden. V.a aber werden bisher als selbstverständlich gesehene Lebensbelastungen (z.B. Vernachlässigung, Gewalt, psychischer Missbrauch, Entwertungen,...) im Laufe der Therapie, durch einen liebevolleren Umgang mit sich, durch eine wohlwollende Zuwendung zu sich und durch die neue Beziehungserfahrung zum Therapeuten und dessen Aufmerksam-Machen auf Verletzendes, erst als solche erkannt. Dies braucht dann vor allem eine Zuwendung zu sich als Kind, Jugendlicher, oder junger Erwachsener, der man damals war und eine Stellungnahme zum Unrecht und zur Verletzung, die einem geschehen ist. Es braucht ein Zugehen der Emotionen und Körperempfindungen, die damals unterdrückt wurden (wobei das Ich von heute beobachtet, was das Ich von damals erlebt hat, dies entspricht nicht einem emotionalen Wieder-Erleben der damaligen Situation, sondern dem Beobachten aus einer Distanz), um den Körper davon zu entlasten und zu befreien. Weiters braucht es das Zulassen verarbeitender Gefühle der Trauer und der Wut beim Erwachsenen, der der Patient heute ist. Erst wenn sich der Patient auf „seine“ Seite (auf die Seite des Verletzten, der er damals war) gestellt hat, und sich getröstet hat (unter Begleitung eines mitfühlenden Therapeuten, der dem Patienten dabei hilft, ihn dazu ermutigt), lösen und befrieden sich alte Verletzungen. Die dazu mögliche Methode ist

in der Existenzanalyse die Biografische Existenzanalyse (Längle 1994; Tutsch & Luss 2000). Je traumatisierender die Erfahrungen für die Patienten waren, je belasteter sie dadurch noch heute sind, empfehlen sich insbesondere traumatherapeutische Interventionen, wie die PITT (Reddemann, 2011b), die durch die Arbeit von L. Tutsch (2009, 2010, 2011) schon weitgehend existenzanalytisch integrierbar ist.

Durch diese Prozessarbeit geschieht ein Verstehen von Zusammenhängen im Geworden-Sein des Patienten, das letztlich beruhigend und heilsam wirken kann.

Fall: Verstehen des Gewordensein

Fr.E. wird im folgenden Therapieverlauf bewusst, dass sich ihr „In-sich-verschlossen-Sein“ ab dem damaligen Zeitpunkt (Verlust des ursprünglichen Familienlebens) – und sie malt auch dieses Erleben (vgl. Abb. 3) – in mehreren wichtigen Beziehungen im weiteren Leben zumindest teilweise wiederholt hat. Blockiert und eingesperrt sind ihre Lebensäußerungen, die vom Bezogen-Sein auf andere in ihrem

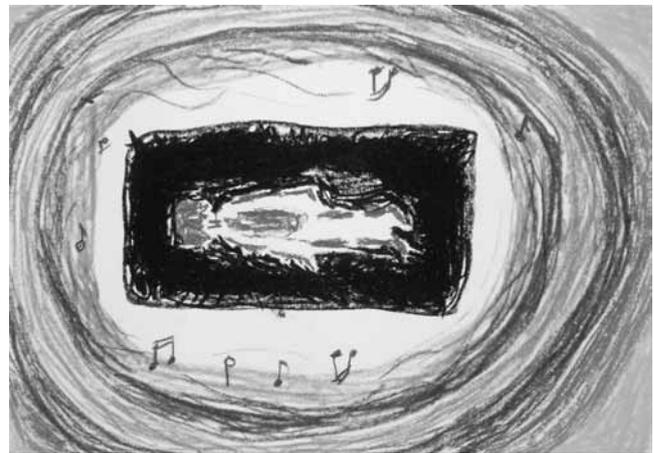


Abb. 3: Sarg

Umfeld abgeschnitten werden mussten. Sie findet in ihren partnerschaftlichen Beziehungen wenig Gegenüber; wird abgewertet im Sosein. Es gibt kaum Interesse an dem ganz spezifisch Eigenen der Patientin, im Gegenteil wird von ihr Anpassung, Rücknahme des Eigenen gefordert. Es fehlt ihr an echter personaler Begegnung, an Beantwortet-Werden als Person in ihren Lebensäußerungen. Von seinem Wesen her als ein „In-der-Welt-Seiender“ ist der Mensch auf andere und auf anderes grundsätzlich bezogen, so Martin Heidegger. Leidet dieses Bezogen-Sein oder wird es nicht beantwortet, so leidet der Mensch und bringt dies unterschiedlich zum Ausdruck – psychisch, körperlich, geistig – ... im Erleben, im Verhalten, im Denken, in Körperbeschwerden. Fr.E. wird früh der Möglichkeit beraubt, einen gelingenden Dialog zu führen, lebendig, bewusst und verantwortlich einen mitmenschlichen Austausch zu leben. So verschiebt sie seit ihrer Jugendzeit unbewusst Gefühle und Stellungnahmen in die eigenleibliche, verschwiegene Sphäre. Nach langem Leiden und aus aktuellem Anlass einer unstimmgigen neuen Beziehung treten auch Beschwerden der inneren Verdauungsorgane auf. Vom Phänomen her und weil sich die Beschwerden im Zuge der Aufarbeitung beruhigen, könnte man

meinen, dass diese Organe stellvertretend die Beziehungskonflikte austragen, die unausgesprochenen Gefühle und Stellungnahmen verdauen, die ungeweinnten Tränen weinen und sich ob der Belastung durch Schmerzen und Blockaden melden. Im therapeutischen Prozess findet die Patientin ein Gegenüber und im Austausch in der therapeutischen Beziehung auch wieder zur Beziehung zu sich selbst zurück. Nach und nach gelingt es ihr, sich für sich zu öffnen, das Eigene wahr- und ernst zu nehmen und dann auch in Beziehungen einzubringen.

PHÄNOMENOLOGISCHE SICHTWEISE

Medard Boss beschreibt schon 1978 eindrücklich phänomenologisch das mögliche Geschehen: „In seinen organischen Symptomen hat das Existieren seinen ursprünglichen Charakter des Bezogenseins auf das Begegnende zwar keineswegs verloren, wohl aber stark verhüllt. In funktionellen, oder dissoziativen Symptomen kommt es noch in Gestalt von Gebärden, wenn auch sinnverhüllter und selbstverlorener Gebärden zum Austragen. In Gebärden geschieht immer noch ein Gebären, ein Austragen existentieller Möglichkeit, offensichtlich noch umweltbezogener, daher ‚ausdrucksvoller‘ und ‚eindrucksvoller‘ ‚sprechender‘ Aktionen. In organischen Symptomen kommt das Existieren nur mehr in Gestalt nicht mehr gebärdenhafter, viel verschwiegenerer, unmitteilbarer Phänomene zum Austrag, die nicht mehr offenkundig an ein Publikum konkreter Mitmenschen appellieren. Es kommt auf den Grad seiner Verdeckung an, der Abdrängung von seinem normgemäßen Ausgetragen werden in einem wissenden, verantwortlichen, mitmenschlichen Verhalten.“ (Boss 1978, 17f)

Im leiblichen Empfinden sind autobiografische Erinnerungen verdichtet und können daraus hervortreten, expliziert werden. Nicht immer tauchen in dieser Arbeit mit den körperlichen Beschwerden wie bei Fr.E. dissoziierte oder unverarbeitung Lebensereignisse auf.

Oft geht es bei den phänomenologisch aus den inneren Bildern gehobenen Botschaften aus dem Körpergeschehen um das Bewusstwerden von Defizitärem, Belastendem, Verletzendem im Lebensvollzug. Auch hier kann eine neue, veränderte Bezugnahme zum Körper z.B. durch den Einsatz transformierender Imaginationen angeregt werden, die lindernde oder sogar heilsame Impulse für das körperliche Geschehen bewirken. Die Arbeit mit persönlich evozierten Vorstellungsbildern eröffnet einen eigenen Zugang zur Aktivierung physiologischer Prozesse, indem über den Dialog der Vorstellungskraft mit dem Nerven-, Hormon-, und Immunsystem Selbstheilungskräfte aktiviert werden, um den Körper durch den Geist zu unterstützen. „Es ist der Geist, der sich den Körper baut“ schrieb Schiller einst in Wallenstein und die Neurobiologie, z.B. J.C.Ruegg, bestätigt den Dichter Zug um Zug. „So wird der menschliche Geist nicht nur ein Epiphänomen neuronaler Prozesse, sondern auch umgekehrt, eine emergente Kapazität, die durch Gedanken- und Vorstellungskraft auf die Materie neuronaler Netzwerke strukturierend einwirken kann.“ (Ruegg, 2012, 21). Fällt das Imaginieren den Patienten schwer, kann es hilfreich sein, den Atem zum schmerzhaften Körperbereich

hinzulenken. Dadurch wird schon eine Beziehung zum leiblichen Geschehen aufgenommen, der innere Dialog aktiviert und der Körperbereich bewusst, intentional auch schon „versorgt“.

Wichtig ist es für die therapeutische Arbeit überdies, die Botschaften des Körpers dahingehend ernst zu nehmen und aufzugreifen, als es um eine Veränderung gewohnter Lebensmuster im Alltag geht, wie z.B. einer Entlastung von oder Veränderung einer sichtbar gewordenen destruktiven Haltung. Die Umsetzung des aus dem leiblichen Geschehen Erfahrenen soll in den Existenzvollzug gebracht werden, um den Körper von seinem Austragungsauftrag zu entlasten. Schmerzpatienten können z.B. lernen, ihre Schmerzen mental zu beeinflussen. „Selbstwirksamkeit“ heißt dieses Gefühl, das sie oftmals ihrer „psychosomatischen Intelligenz“ danken, das aber auch durch Psychoedukation vermittelt werden kann (Ruegg 2012, 73).

Der neue Umgang kann mit folgenden, beispielhaften Fragen erarbeitet werden: Was könnten Sie in der Vorstellung hier vor Ort in diesem Körperbereich tun (transformierende Imaginationen, Atem hinlenken)? Was könnten Sie in Ihrem Alltag, in Ihrem Lebensvollzug tun, um diesen Körperbereich zu unterstützen?

Der eigene Wille zur Veränderung, sowie zur konkreten Umsetzung durch personales Handeln soll geborgen werden. Es geht aber auch darum, dazu zu motivieren, dabei zu begleiten und Neues in der Therapie zu üben.

Fall: Umsetzung der neuen Erfahrungen

Nach den biografischen Bearbeitungen malt sich Fr. E. offen, bezogen und verbunden mit der Welt (vgl. Abb. 4), ausgedrückt durch die Farben, die sie von der Welt her wieder erreichen, durch sie hindurch und aus ihr heraus, ins Fließen gekommen sind. Die „somatischen“ Beschwerden sind abgeklungen und in der Körperwahrnehmung fühlt



Abb. 4: Lebendigkeit-Verbundenheit

sie sich beidseitig gleich stark an und innerlich „ganz und voll“. Umgesetzt hat sie ihre Erkenntnisse durch einen offeneren Zugang zur Welt, ein sich dabei wahr- und ernst nehmen, sich mit dem Eigenen in Beziehung zu Anderen zu setzen, sich also dabei nicht verloren zu gehen, auf Neues zu zugehen, sich zu begrenzen und abzugrenzen, wenn etwas zu viel wird, oder sie es nicht will.

ZUSAMMENFASSUNG

Im Umgang mit „somatischen“ Beschwerden verläuft dieser existenzanalytische Behandlungsprozess entlang der Personalen Existenzanalyse (Längle 2000) über den gesamten Therapieverlauf hinweg. Immer wieder ist auch an den jeweiligen Voraussetzungen der Grundmotivationen zu arbeiten, sind diese zu stärken, um die strukturellen Fähigkeiten zu entwickeln und zu stärken und die geforderten personalen Aktivitäten zu ermöglichen. Es erfordert viel Mut, sich dem schmerzhaften, leiblichen Geschehen zu öffnen, Botschaften von dort aufzunehmen und darauf einzugehen. Der Therapieprozess orientiert sich immer am Anliegen und Vermögen der Patientin. Ziel der Interventionen ist es v.a., einen ganzheitlicheren Zugang zu sich als „leibhafter“ Person zu erhalten, in einen liebevolleren Umgang mit sich zu kommen, Destruktives phänomenologisch zu bergen und Beschwerden durch die Imagination von Gegenbildern am Körper und durch Veränderungen im Existenzvollzug zu lindern bzw. zu verändern. V.a. ein selbstkompetenter Umgang mit den leiblichen Beschwerden ist in der Arbeit erwirkbar, statt sich ihnen völlig ausgeliefert zu fühlen. Bei Fehlen zumindest ausreichender organischer Ursachen für die Symptomatik – und das betrifft immerhin ein Viertel der Patientinnen – ist auch Beschwerdefreiheit ein berechtigtes Ziel.

Literatur

- Boss M (1978) Praxis der Psychosomatik Bentel Verlag
 Kabat-Zinn J (2008) Zur Besinnung kommen. Freiamt: Arbor Verlag, 3. Aufl.
 Kabat-Zinn J (2011) Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. München: Knauer.
 Koppe A (2007) Mut zur Selbstheilung. Würzburg: Diametric Verlag.
 Längle A (1994) Die biographische Vorgangsweise in der Personalen Exi-

stenanalyse. In: Biographie. Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Wien: Tagungsbericht 1992 der GLE, 9-33.

- Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: WUV-Universitätsverlag, 9-37.
 Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, 13-34
 Ogden P, Pain C, Minton K, Fisher J (2012): Einbeziehung des Körpers in die Hauptrichtungen der Psychotherapie mit traumatisierten Klienten. Zeitschrift für Psychotraumatologie. Psychotherapiewissenschaft. Psychologische Medizin Jg. 10, 2012, Heft 2.
 Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta.
 Reddemann L (2011b) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual.
 Leben Lernen 167, 5. Stuttgart: Klett-Cotta, 6. Aufl.
 Rudolf G (2008) Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte. In: Psychotherapie-Forum 16, 8 – 14.
 Ruegg J C, 2012, Mind & Body, Schattauer, 47
 Sauer M, Emmerich S (2009): Semiotik in der Psychoanalyse, Psychotherapie und Neurologie – Bedeutung und Chance. Psychotherapie Forum 17, 145-150.
 Tutsch L, Luss K (2000) Anleitung für die biographische Arbeit in der Existenzanalyse. In: Existenzanalyse 17,1,31-35.
 Tutsch L, Donat H (2009) Partisanen der Psyche. Der Weg traumatischer Erfahrungen in den Untergrund. In: Existenzanalyse 26,2, 38-45.
 Tutsch L (2010) Emotionen im psychotherapeutischen Verarbeitungsprozess: aktivieren oder managen? In: Existenzanalyse 27,2,4-11.
 Tutsch L (2011) Stürmig mit sonnigen Abschnitten. Diagnostik und Methoden in der Therapie einer Patientin mit schwerer Traumafolgestörung. In: Existenzanalyse 28,1,18-27.

Anschrift der Verfasserin:

MAG. RENATE BUKOVSKI, MSC
 Aubach 5, 4873 Redleiten
 rene.bukovski@existenzanalyse.at