



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

Hanne Seemann

# **Psychosomatik zwischen Medizin und Psycho- therapie**

**Mit der Seele sprechen lernen**

Klett-Cotta

## *Für Eva*

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Umschlaggestaltung: Weiß/Freiburg GmbH

unter Verwendung einer Abbildung von Victor Koldunov/Adobe Stock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI Clausen & Bosse GmbH, Leck

ISBN 978-3-608-98664-8

E-Book ISBN 978-3-608-11958-9

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20594-7

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

*Man tut, was man kann*

# Inhalt

|   |    |
|---|----|
| <b>Vorwort</b> .....  | 9  |
| <b>1 Einleitung: Man tut, was man gelernt hat</b> .....   | 12 |
| <b>2 Psychosomatische Symptome sind etwas ganz<br/>Normales – jeder kennt sie</b> .....                       | 13 |
| <b>3 Jeder tut, was er kann – der langwierige Weg<br/>durch das therapeutische Versorgungssystem</b> .....    | 16 |
| <b>4 Jeder tut, was er gelernt hat – was können Psycho-<br/>therapeuten und was tun sie demzufolge?</b> ..... | 27 |
| <b>5 Verhaltenstherapie und andere Psychotherapie-<br/>formen – bezogen auf Psychosomatik</b> .....           | 31 |
| <b>6 Der Körper als Objekt oder Subjekt?</b> .....  | 42 |
| Therapieverfahren und ihre Beziehung zum Körper .....   | 42 |
| <b>7 Der Körper ist ein individuelles Subjekt</b> .....   | 53 |
| <b>8 Die psychosomatische Störung: Alles ist<br/>Kommunikation</b> .....                                      | 61 |
| <b>9 Wer spricht zu wem?</b> .....  | 72 |
| <b>10 In der Praxis: Mit dem Körper sprechen!</b> .....   | 80 |
| <b>11 Die Seele und ihr Körper: Der beseelte Leib</b> .....   | 82 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>12 Seel-Sorge statt Psychotherapie – im Ernst?</b> .....  | 88  |
| Das bio-psycho-soziale Modell um die spirituelle<br>Dimension erweitern! .....                       | 88  |
| <b>13 Der Lebensbogen – wann spricht die Seele<br/>    besonders laut?</b> .....                     | 119 |
| <b>14 Praxis: Der Zeitfaktor in Therapie und Beratung –<br/>    langwierig oder punktuell?</b> ..... | 139 |
| <b>15 Die seelische Berührung als Schlüsselerlebnis</b> .....  | 146 |
| <b>16 Und am Ende: Bleiben Sie gesund!</b> .....   | 152 |
| <b>Bücher zum Weiterlesen</b> .....  | 156 |

## Vorwort

Wenn Patienten mit schon lange bestehenden psychosomatischen Störungen bei mir nach einem Behandlungstermin anfragen, dann haben sie entweder eine Überweisung oder eine Empfehlung zur Psychotherapie. Da ich niedergelassene psychologische – also nicht ärztliche – Psychotherapeutin bin, denken sie, sie wären bei mir vielleicht am richtigen Platz – falls wir etwas miteinander anfangen können, was wir nach ein oder zwei Probesitzungen wissen würden.

Da ich mich auf Psychosomatik spezialisiert habe, also ausschließlich Menschen mit psychosomatischen Störungen behandle, sind sie verwundert und irgendwie auch enttäuscht, wenn ich sage, dass ich keine Probesitzungen mache und auch keine fortlaufende Psychotherapie anbiete, sondern nur eine einzige Beratungssitzung – die allerdings ungefähr zwei Stunden lang dauert und die sie selbst bezahlen müssen. Ich habe eine Privatpraxis. Wenn dann ein solcher Patient sagt: »Ja, gut, wenn das reicht!?!« Sage ich: »Das werden wir dann sehen.«

Die meisten meiner Patienten kommen auf Empfehlung von früheren Patienten oder einer bestimmten Ärztin, die mich kennt. Oder sie haben ein, zwei Bücher gelesen oder meinen Psychosomatik-Vortrag gehört und sagen: »Ich glaube, jetzt habe ich endlich verstanden, was ich habe, können wir einen Termin ausmachen?«

Wenn eine Patientin oder ein Patient fest davon überzeugt ist, eine »richtige« Psychotherapie zu benötigen und ich, auf Nachfrage, bestätige, dass ich tatsächlich Psychotherapeutin bin, kommen natürlich alle gern erst mal zu diesem einen ominösen Beratungstermin herbei – denn den bekommen sie innerhalb einer Woche, während sie sich vorher schon mehrere Abfahrten und sehr lange Wartezeiten bei Psychotherapeuten eingehandelt haben und froh sind, dass sich

zunächst mal schnell jemand um sie kümmert. Ich sage dann: »Kommen Sie mal her – und am Ende der Sitzung entscheiden wir gemeinsam, wie es weitergehen soll.«

Patienten mit diagnostisch erhärteten psychischen Störungen, die einen Namen haben, nehme ich nicht an und wünsche ihnen Glück auf ihrer Suche nach einem Psychotherapeuten – wohin die psychischen Störungen auch gehören.

Die psychosomatischen Störungen nicht.

Die gehören in eine sachkundige psychosomatische Beratung – und die wirkt schnell. Sie muss auch schnell greifen, weil hier Not am Mann, der Frau oder dem Kind ist und weil sich diese Art von Störungen durch therapeutische Fehlversuche verschlimmern. Diesen Menschen geht es schlecht, ihr Leben stagniert und ihre Zukunft ist blockiert. Weil sich aber in ihrem Inneren schon seit einiger Zeit eine lebenswichtige Veränderung angebahnt hat, die gewissermaßen schon in den Startlöchern sitzt und darauf wartet, loszulaufen, kommt die Veränderung sehr schnell in Gang – in einer Sitzung eben –, wenn man den richtigen Impuls setzt und die Richtung findet, wo es hingehen soll: in das passende eigene Leben.

Bei psychischen Störungen braucht es eine mehr oder weniger langdauernde psychotherapeutische Begleitung: also Psychotherapie.

Die Störungsbilder – psychische oder psychosomatische – auseinanderzuhalten und entsprechend therapeutisch zu handeln, darum geht es auf den folgenden Seiten.

Und ob Sie, verehrte Leser, zu den angesprochenen Patienten gehören oder zur Zunft der therapeutisch Tätigen – ich hoffe, dass Sie einen Gewinn aus der Lektüre ziehen und sich zukünftig weniger häufig verirren mögen – in Ihrem Leben und in Ihrer Arbeit.

*St. Leon-Rot, im März 2022*

P.S.: An dieser Stelle schon gleich mal eine Anmerkung, weil der Leserin und dem Leser schon aufgefallen sein dürfte, dass ich nicht gendergerecht schreibe und spreche. Deshalb hier explizit: Mit »der Mensch« meine ich natürlich immer auch »die Menschin«, mit »der Körper« immer auch »die Körperin«. »Die Psyche« oder »die Seele« meint nicht, dass Männer sowas nicht haben, obwohl diesbezügliche Gerüchte kursieren.

# 1 Einleitung:

## Man tut, was man gelernt hat

Wenn jemand im Laufe seines Lebens oder zum Ende hin sagt: »Ich habe getan, was ich konnte«, so zeugt das zumindest von Bemühen und gutem Willen. Und ob es nun viel oder wenig, gut oder schlecht war – mehr kann nicht verlangt werden.

Das gilt für viele Lebenssituationen, und es gilt auch für Ärzte und Psychotherapeuten, an die sich Menschen mit einer psychosomatischen Störung um Hilfe wenden.

Und, was tun wir? Eben das, was wir können, und das ist zunächst einmal das, was wir gelernt haben. Für die noch jungen und angehenden Ärzte und Psychotherapeuten trifft das im Besonderen zu – und, um es gleich zu sagen: Über Psychosomatik haben wir alle so gut wie nichts gelernt. Daher kommt die mehr oder weniger große Hilflosigkeit, mit der Ärzte und Psychotherapeuten – ebenso wie die betroffenen Patienten – psychosomatischen Störungen gegenüberstehen.

Es gibt auch viele psychosomatische Kliniken und Ambulanzen, wohin sich Patienten mit psychosomatischen Störungen wenden können. Weil dort aber keiner sagen will: »Davon verstehe ich zu wenig«, tut eben jeder, was er kann. Der Hausarzt überweist an einen oder mehrere Fachkollegen zur Diagnostik, und der Psychologe tut auch, was er gelernt hat: Psychotherapie.

## **2 Psychosomatische Symptome sind etwas ganz Normales – jeder kennt sie**

Bevor ein Mensch den langwierigen und oft frustrierenden Weg durch das therapeutische Versorgungssystem antritt, hat er meistens schon so manche psychosomatische Störung erlebt und bewältigt.

Auch ein ansonsten gesunder Mensch, welchen Alters auch immer, bekommt hin und wieder körperliche Symptome, die ihn stören. Er überlegt, was denn da mit seinem Rücken oder Magen, seiner Haut oder seinem Kopf los sein könnte. Und er denkt darüber nach, denn, wie gesagt, die Symptome stören ihn. Das ist nämlich ihr Sinn und Zweck: auf sich aufmerksam zu machen. Darauf komme ich später noch ausführlich zurück.

Erst einmal kurz gesagt: Wenn dieser Mensch bemerkt, dass sein Rücken ihm weh tut, weil er zu viel gegessen, zu schwer getragen oder gehoben hat oder weil er sich mal wieder geärgert hat, ohne reagieren zu können – also zum Beispiel zu schreien, zu fluchen oder wegzugehen –, wenn er also diese Zusammenhänge bemerkt, dann hat der Mensch eine gute Chance, solche Belastungen künftig zu vermeiden. Wenn er sie nicht vermeiden kann, weiß er wenigstens, was sein Rücken ihm sagen will, und geht zu seinem Physiotherapeuten, der ihm ein paar Dehnübungen zeigt, die er allmorgendlich machen muss. Daraufhin gehen die Symptome wieder weg – meistens.

Ähnlich bei Kopfschmerzen, die sich bei psychischen Belastungen aufbauen, meistens im Laufe des Tages – wogegen sehr oft Kopfschmerztabletten gut helfen, was wiederum zum Problem werden kann, wenn sich nach und nach ein Medikamenten-Kopfschmerz entwickelt. Bei Migräne weiß die betroffene Frau – sehr oft sind es Frauen, die als Erwachsene Migräne haben –, dass sie ihre Migräne pünktlich am Wochenende bekommt, und nimmt sich vorsorglich

schon mal nichts vor. Es kann auch sein, dass die Migräne-Attacke bei übermäßigem Stress, oft auch bei abrupten Wechselsituationen des Luftdrucks oder der eigenen Hormonlage kommt, und dagegen ist nur schwer etwas auszurichten.

Viele ganz unterschiedliche körperliche Symptome als Reaktion auf eine Tätigkeit, eine innere Gefühlslage oder Lebenssituation, die der Körper als unbekömmlich erkennt, könnte man hier aufzählen – der Körper hat viele Funktionen und Orte, womit er protestieren kann.

Hauptsache, der betroffene Mensch bemerkt die Störung, macht sich ein paar Gedanken darüber und sorgt dafür, dass die Störung wieder verschwindet: Das nennt man Gegenregulation zur Wiederherstellung eines bekömmlichen funktionellen Gleichgewichts.

Eine Störung ist darüber definiert, dass ein normales Funktionieren unterbrochen wird und ein »Licht« aufleuchtet. Es wird also aus dem Körper ein Signal gesendet, und zwar so, dass es auffällt, und so entsteht das, was man eine »psychosomatische Störung« nennt.

Es kann sich aber auch um eine körperliche Erkrankung handeln – so leicht und auf den ersten Blick lässt sich das nicht unterscheiden. Wenn der betroffene Mensch dieses Signal allerdings kennt und zuordnen kann, wie eben gesagt, dann weiß er: Es ist psychosomatisch. Dafür braucht es keine medizinische Diagnostik.

Psychosomatische Symptome, welcher Art auch immer, sind etwas völlig Normales – und insofern nicht professionell therapiebedürftig! Sie sind sehr oft die einzige Möglichkeit des Körpers, zu signalisieren, dass er mit »irgendetwas« nicht zurechtkommt und seinen nächsten Angehörigen, also den Menschen, der mit ihm zusammenlebt, um Unterstützung bitten muss. Der Körper hat nur diese Symptomsprache zur Verfügung – aber weil er sich nicht verbal ausdrücken kann, wie es sich gehören würde, also hochdeutsch, wird er oft nicht verstanden.

Ganz so ist es allerdings nicht: Bevor der Körper sich mit stark störenden Symptomen »meldet«, hat er natürlich noch andere, allerdings leisere Töne auf Lager: Das sind die Gefühle und Stimmungen – die aber oft nicht bis zum Empfänger durchdringen, weil der anderweitig zu beschäftigt ist. Und, weil viele Menschen es nicht gewohnt sind, auf ihren Körper zu hören – außer er schreit laut und hört nicht damit auf.

Der Mensch, der ja mit seinem Körper schon lang und auf Dauer zusammenlebt, sollte »eigentlich« wissen, dass sein Körper normalerweise gut funktioniert, dass er sich auf ihn weitgehend verlassen kann, dass sein Körper ihn überall hin begleitet und ihm gehorcht, das heißt, »zu Diensten« ist. Es ist aber – im Normalgang – eine hierarchische Beziehung: Der Mensch ist der Herr im Hause und sagt an, wohin es gehen soll und was gemacht wird.

Es ist wichtig, sich diesen Sachverhalt vor Augen zu führen, damit man eine angemessene Einstellung zum eigenen Körper bekommt. Dass sich der Körper auch den absurdesten Unternehmungen des Menschen unterwirft und mitgeht – man hört ja so manches über Extremsportarten und Expeditionen in gefährliche Gegenden –, ist an sich schon erstaunlich, dass er aber seinen Menschen in Notsituationen niemals im Stich lässt – also, wenn es ums Überleben geht –, zeigt uns, dass er ein guter Freund ist.

Das ändert sich offensichtlich, wenn er mit einer körperlichen Krankheit oder einer psychosomatischen oder psychischen Störung aufwartet, die von seinem Menschen über einen längeren Zeitraum nicht richtig beantwortet wird – da wird der Körper herrisch, kehrt die Hierarchie um und übernimmt das Kommando.

Was tun, wenn das der Fall ist?

### **3 Jeder tut, was er kann – der langwierige Weg durch das therapeutische Versorgungssystem**

Eine schwerwiegende körperliche Erkrankung bringt man zu einem entsprechenden Arzt, eine psychische Störung zu einem Psychotherapeuten – wohin geht man mit einer psychosomatischen Störung?

Vernünftigerweise zuerst einmal zu einem Arzt, denn die Symptome sind körperlicher Natur, man spürt sie im Körper, und sie fühlen sich fast immer an wie eine körperliche Erkrankung.

Der Patient beschreibt also seine Beschwerden, der Arzt erhebt, wenn er sich dafür die Zeit nimmt, eine Anamnese und gibt dem Symptom einen Namen: Magenbeschwerden, Rückenschmerzen, umherwandernde Schmerzen – vielleicht Fibromyalgie?, Energieverlust – etwa Burn-out?, Niedergeschlagenheit und anhaltende Lustlosigkeit – depressive Verstimmung?, wiederkehrende Hals- oder Blasenentzündungen – banale Erkältungszeichen? und so weiter.

Für einen Hausarzt ist so etwas täglich Brot. Und was tut er? Das, was er über solche Beschwerden gelernt hat, also das, was er kann. Hausärzte des alten Schlags sind an ihren Patienten nah dran, sie kennen sie und oft auch ihre Familien- und Lebensumstände. Sie können deshalb auch leicht Zusammenhänge zwischen wiederkehrenden Beschwerden und den aktuellen Lebensumständen ihrer Patienten sehen und entsprechend unterscheiden: Hier handelt es sich um eine körperliche Erkrankung mit diagnostiziertem körperlichem Befund oder aber um eine psychosomatische Störung, bei der kein Befund erhoben werden kann, der das Ausmaß und die Hartnäckigkeit der Symptome erklären könnte. Wenn der Hausarzt Letzteres erkennt, dann berät er seinen Patienten so, dass der auch die

entsprechenden Zusammenhänge sehen kann. So werden die psychosomatischen Beschwerden wieder »normalisiert« und verschwinden, wenn eine gute Lebensordnung erneut gefunden wurde.

Es kann aber sein, dass beide – Arzt und Patient – es nicht dabei bewenden lassen wollen und eine Behandlung aufnehmen. Dafür gibt es so einige Gründe. Z.B., dass der Patient etwas Greifbares erwartet – ein Rezept –, und auf Seiten des Arztes, dass er für eine Beratung, die naturgemäß Zeit kosten würde, zu wenig honoriert wird und lieber kurzerhand etwas verschreibt.

Auch dann, wenn ein Arzt seinen Patienten und dessen Lebensumstände gut kennt, wird er vielleicht dazu neigen, eine körperliche Untersuchung vorzunehmen, wird eine Diagnose stellen und eine Therapie vorschlagen. Bei Magenschmerzen zum Beispiel einen Säurehemmer oder eine Magenspiegelung, bei Verspannungen Muskelrelaxantien, bei Kopfschmerzen etwas aus den vielfältigen Angeboten an Schmerzmitteln, bei Schlafstörungen ein Schlafmittel, bei depressiven Verstimmungen ein Amitriptylin, und so weiter.

Eine psychosomatische Störung entzieht sich sehr schnell und nachhaltig diesem Procedere.

Das ist nämlich schon der erste Systemfehler, der dem Patienten mit psychosomatischen Störungen begegnet. Da es einfacher ist, ein Medikament zu schlucken, als sein Leben zu verändern, greift der Patient vielleicht lieber dazu. Seine Symptome reagieren kurzfristig auf die verordnete Therapie – z.B. Medikamente und Physiotherapie –, langfristig nicht. Sie bleiben beharrlich da, werden häufiger, oft auch schlimmer, und das frustriert sowohl den Patienten wie auch seinen Arzt, der deshalb den nächsten Schritt macht: Er zieht einen oder mehrere Fachkollegen hinzu.

Wenn ich sage: »Jeder tut, was er kann«, so ist dieses Vorgehen durchaus regelkonform und genau das, was ein Arzt gelernt hat. Er hat in der Regel nicht gelernt, eine körperliche Erkrankung von einer psychosomatischen Störung zu unterscheiden und geht deshalb den sicheren Weg der organischen Diagnostik, um nichts zu versäumen oder zu übersehen. Das ist gut und richtig.

Es gibt allerdings – wie gesagt – Hausärzte, die ihre Patienten so gut kennen, dass sie sehr schnell erkennen und entscheiden, wo eine fachärztliche Abklärung nötig ist und wo ein Rat, die Lebensführung betreffend, angebracht wäre.

Manche Hausärzte tun beides quasi gleichzeitig, und das ist optimal. Sie sagen: »So, wie Sie das schildern, sind Ihre Beschwerden wahrscheinlich psychosomatischer Natur. Aber zur Sicherheit lassen wir das beim Neurologen, Orthopäden, Enterologen, Kardiologen etc. abklären. Dann sehen wir weiter.«

Eine Erkrankung gehört ärztlich behandelt, eine psychosomatische Störung muss an den Patienten zurückverwiesen werden: Dafür ist er selbst zuständig, braucht aber Beratung.

Der Hausarzt als Vertrauensperson für den Patienten könnte also die Funktion übernehmen, die der Patient gegenüber seinem eigenen Körper einnehmen sollte, was er aber in dieser besonderen Situation, die ihn ängstigt, nicht kann.

Der Hausarzt als die nächstliegende professionelle Instanz hat zwar meistens in seinem Medizinstudium nichts oder sehr wenig über Psychosomatik gelernt – außer über Symptombilder, die zu kennen ihm aber bei der Behandlung nicht weiterhilft. Seine ärztlichen Erfahrungen haben ihn gelehrt und überzeugt, dass er sich für den Patienten Zeit nehmen muss, um sich klarzuwerden, in welcher Lebenslage der gerade feststeckt. Dann kann er vielleicht einen Zusammenhang zu dessen Beschwerden herstellen.

Auch wenn er dies tut, kann es sich der Hausarzt oft nicht leisten, auf weiterführende Fachdiagnostik zu verzichten, denn die meisten Patienten verlangen danach – zur Sicherheit und weil auch sie nicht in die psychosomatische Richtung denken wollen, denn dann müssten sie selbst etwas tun bzw. ändern. Sie lassen sich lieber behandeln – es ist also eine Frage der Zuständigkeit.

Viele Hausärzte fühlen sich allerdings nicht so recht zuständig, ihre Patienten zu beraten, weil sie zu Recht denken, das hätten sie nicht gelernt. Sie denken, sie müssten dafür Psychologie studiert

haben – wissen aber nicht, dass Psychologen über diese Problemfelder auch nicht viel gelernt haben und in einer ähnlichen Situation sind wie sie selbst.

Um es noch einmal zu sagen: Für psychosomatische Beschwerden ist der davon betroffene Mensch selbst zuständig – es ist eine Frage seiner eigenen Lebensführung. Bis dahin, das heißt, bis jemand das verstanden hat und als eigene Aufgabe annehmen kann, ist manchmal ein weiter Weg. Und zwar deshalb, weil die Zuständigkeiten im Medizinsystem genauestens geregelt sind und weil es sich bei psychosomatischen Störungen vordergründig um ein medizinisches Problem zu handeln scheint.

Ist der Mensch erst im Medizinsystem gelandet, wo medizinische Behandlung nicht greift, wird dem Patienten gesagt: »Organisch ist alles in Ordnung bei Ihnen; das ist sicher psychisch – suchen Sie sich einen Psychotherapeuten.«

Das Umherirren im Gesundheitssystem kann Monate bis Jahre dauern, was an sich schon anstrengend und belastend ist. Und die Patienten sind währenddessen ihre Beschwerden nicht losgeworden – im Gegenteil. Soll man dafür jemandem einen Vorwurf machen? Ganz gewiss nicht. Denn man kann jedem einzelnen Fachdiagnostiker und Therapeuten, der sich während dieser Zeit um den Patienten bemüht hat, unterstellen, dass er sein Bestes getan hat.

Er hat getan, was er konnte.

Die einzelnen Professionen – die ärztlichen und die psychotherapeutischen übrigens auch – sind zunehmend spezialisiert, bestens und langwierig ausgebildet und wenden das an, was sie gelernt haben.

Mehr kann man nicht verlangen.

Wenn Fachärzte konsultiert werden, die keinen körperlichen Befund diagnostizieren, der die vorhandenen Symptome erklärt, dann kann es schon passieren, dass so ein Arzt sagt: »Sie dürften eigentlich überhaupt keine Schmerzen in Ihrem Bein haben – da ist nichts!«

Woraufhin der Patient denkt, man unterstelle ihm, dass er simuliere: »Ich bilde mir das doch nicht ein!?« Denn die Schmerzen hat

er ja trotzdem weiterhin, und nun fühlt er sich auch noch allein gelassen.

Dass keine körperlichen Befunde erhoben werden können, gilt auch nicht immer. Bei vielen schweren und chronischen Schmerzzuständen zum Beispiel, die ursächlich nicht abgeklärt werden können, stellt man doch muskuläre Verspannungen fest, auch solche, die Nerven einklemmen, oder einen allgemein verspannten Körpertonus, der nicht variiert.

Das hat aber keinen Krankheitsstatus und läuft in der Diagnostik unter »funktionelle Beschwerden« – was seltsamerweise nicht ernst genug genommen wird. Man bekommt vielleicht Muskelrelaxantien verschrieben oder Betablocker, wenn es sich um eine funktionelle Rhythmusstörung handelt. Wenn die natürlichen Rhythmen eingeschränkt oder abgeflacht sind oder wenn sich kaum mehr etwas schwingend bewegt, bekommen die Patienten die Diagnose »Depressive Verstimmung« und erhalten Antidepressiva. Fast immer bekommen sie Psychopharmaka verschrieben, die sie meist nur kurzzeitig einnehmen – ohne es ihrem Arzt zu sagen –, weil die Nebenwirkungen die positiven Effekte überwiegen. Da nützt es auch nichts, wenn man ihnen sagt, dass sie Geduld haben müssen, bis sie eine Wirkung spüren – besonders bei den Antidepressiva. Die Patienten bringen die Geduld nicht auf. Sehr oft sind die betroffenen Patienten aber schon zufrieden, wenn sie hören, dass keine gravierende körperliche Krankheit hinter ihren Symptomen steckt.

Ich erinnere mich noch gut an mein Forschungsprojekt über Kopfschmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen, in dem ein Teil der Kinder mit Migräne in die Neurologie geschickt wurde, wo eine intensive Analyse der Hirntätigkeit während der Migräne-Attacke und im Intervall untersucht wurde. Denn wie man weiß, unterscheiden sich manche Hirnfunktionen bei Menschen mit Migräne von denen, die keine Migräne haben. Das wollten sich die Forscher genauer ansehen.

Letztendlich wurde den Eltern mitgeteilt, dass ihr Kind Migräne habe, was sie vorher schon wussten, aber nun professionell bestätigt

bekamen. Woraufhin die meisten von ihnen mit ihrem Kind nach Hause gingen, ohne eine weiterführende psychotherapeutische Beratung nachzufragen. Sie waren über Medikamente informiert worden. Aber obwohl sie wussten, dass sie ihrem Kind »eigentlich« kein Medikament geben wollten, waren sie doch so beruhigt darüber, dass das Kind keinen Hirntumor oder eine sonstige Erkrankung in seinem Kopf hatte – eben nur eine Migräne, und dabei geht nichts kaputt –, dass sie völlig übersahen, dass das Kind weiter unter schweren Kopfschmerzen leiden würde und das Problem in keiner Weise gelöst war.

So geht auch so mancher Patient von seinem Facharzt zusammen mit seiner Symptomatik wieder nach Hause, ist erst mal erleichtert, dass keine schwere Krankheit dahintersteckt, schluckt eine Weile die verordneten Medikamente, oft Psychopharmaka, und wirft sie bald weg, weil er sie nicht verträgt. Will sagen: wenig Wirkung – viel Nebenwirkung. Das ist typisch bei psychosomatischen Problemen.

Richtig schwierig kann es aber werden, wenn ein Arzt Überlegungen über eine mögliche schwere Erkrankung in den Raum stellt.

*So erging es einem meiner noch sehr jungen Patienten, der sich für längere Zeit in einer anerkannten psychosomatischen Klinik aufhielt, wo man ihn durch und durch wegen starker und anhaltender Bauch- und Magenschmerzen untersuchte und behandelte und nichts fand und ein etwas ratloser junger Arzt in seinem Beisein mutmaßte, es könnte sich um Morbus Crohn handeln, was sich definitiv als Fehlalarm herausstellte. Dieser junge Mann entwickelte daraufhin zusätzlich Panikattacken, die nach und nach in eine Angststörung mündeten, einhergehend mit umherwandernden Weichteilschmerzen, was die Diagnose »Fibromyalgie« nach sich zog. Die Bauchschmerzen waren mittlerweile weg.*

*Ich hatte diesen jungen Mann erst etliche Monate später in meiner Praxis und fragte ihn nach den Gründen für seine massive Angst, und er sagte wörtlich: »Seit dieser Fehldiagnose damals von Morbus Crohn komme ich von dem Gedanken nicht los, dass ich doch noch Morbus Crohn bekomme – denn die Ärzte haben sich dabei doch was gedacht und irgendwas gesehen, was darauf hingedeutet hat.«*

Man kann niemandem Vorwürfe machen. Alle haben ihre Profession gut gelernt und wenden sie an. Wenn die Kenntnisse aber auf die vorliegende psychosomatische Störung nicht passen, kann man nach allen Regeln der anerkannten Kunstfertigkeiten arbeiten, es wird wenig nützen.

Man muss sich nur mal die Leitlinien zur Behandlung von Fibromyalgie, unspezifischen Rückenschmerzen, Reizdarm, Magen-Darm-Irritationen und den vielen anderen psychosomatischen Symptomen, die sich der Körper so einfallen lässt, anschauen: Daran haben interdisziplinär viele ausgewiesene Experten oft jahrelang gearbeitet, und herausgekommen ist wenig Definitives, was die Ätiologie und Therapie betrifft. Denn die Symptome oder Syndrome werden aus der Perspektive der somatischen Medizin oder der psychologischen Forschung mit ihrer ausgefeilten Statistik betrachtet – und da ist für die Psychosomatik nicht allzu viel zu erkennen. Schon gar nicht für einen individuellen Patienten, der vor einem sitzt und sich Erklärung und Hilfe erhofft.

Die Patienten gehen also von einem Facharzt zum anderen und suchen nach einer Lösung.

Nach all der sukzessiven Fachdiagnostik werden sie, wenn sie Glück haben, in eine interdisziplinäre Konferenz geschickt. Dort sitzen sie zusammen mit allen für ihr Störungsbild in Frage kommenden Fachärzten, die sich untereinander und mit dem »schwierigen« Patienten fachkundig beraten. Solche interdisziplinären Konferenzen sind für komplizierte chronische Schmerzzustände erfunden worden – denn bei chronischen Schmerzen kommt eine einzelne Fachdisziplin allein nicht weiter –, und bei solchen Schmerzen ist es nicht leicht zu unterscheiden, ob es sich um ein körperliches, ein psychisches oder ein psychosomatisches Leiden handelt oder um alles gleichzeitig. Weil alles mit allem zusammenhängt, geht man bei komplexen Störungen von einem bio-psycho-sozialen Problem aus – und alle zuständigen Fachdisziplinen sollen zusammenarbeiten.

Das können sie aber nicht, weil ja jede durch ihr eigenes Rohr schaut und so nur ein buntes Puzzle zustande kommt, in dem der Patient von einem Puzzlestück ins nächste springt – und so hat er

nach einiger Zeit viel Buntes über Diagnostik und Therapieversuche zu berichten. Solche Konferenzen sind, neben der aktuellen Problemdiskussion eines schwierigen Falls, dazu gedacht, in den einzelnen Köpfen interdisziplinäres, also fachübergreifendes Denken anzustoßen.

Aus meiner Sicht stellt es sich so dar: Nach 30 Jahren verpflichtender Teilnahme an solchen Schmerzkonferenzen – zehnmal pro Jahr immerhin – ist das nur ansatzweise gelungen. Es werden immer zuerst ärztliche Überlegungen zu weiterer Diagnostik, Medikation, Operationen oder andere somatische Therapien empfohlen – und wenn alles schon »ausgeschöpft« ist (ein schönes Wort!), fällt der Begriff »kognitive Verhaltenstherapie«, wie ein Mantra der letzten Rettung.

*Ich erinnere mich an Raffaele, den »sein« Orthopäde in einer gut bestückten Schmerzkonferenz vorstellte – will sagen, es waren viele Experten da aus vielen verschiedenen Fachdisziplinen unter der Leitung eines alten, sehr versierten Neurologen und Psychiaters, der eine anerkannte Praxis für Schmerztherapie betrieb.*

*Der vorgestellte Patient Raffaele, 28 Jahre, Italiener aus Mailand, erzählte seine Geschichte in exzellentem Deutsch so: Er war mit seiner Freundin an die Heidelberger Universität gekommen, um bei einem bekannten Professor seine Doktorarbeit in Mathematik zu schreiben. Die Arbeit war schon weit gediehen und stand kurz vor ihrem Abschluss, als vor ein paar Wochen in seinem rechten Handgelenk so starke Schmerzen auftraten, dass er nicht mehr schreiben konnte – er war Rechtshänder. Er hatte das Handgelenk nicht überlastet, außer natürlich beim Computerschreiben, da kommen solche Schmerzen schon mal vor – allerdings war ihre Heftigkeit ominös. Die Schmerzen zogen sich nach und nach bis über die Beuge am Ellenbogen, sie waren stark und ziehend und bei der kleinsten Bewegung da – in völliger Ruhe nicht. Schmerzmittel hatten anfangs etwas geholfen, dann nicht mehr.*

*Ein definitiver Befund konnte nicht erhoben werden. Sehnenscheidenentzündung, Tennisellenbogen, Karpaltunnelsyndrom, Tendomyo-*

*pathie mit geschädigten Kollagenfasern, auch RSI, standen im Raum. RSI war aus meiner Sicht noch am ehesten wahrscheinlich. Das heißt »repetitive strain injury« und bedeutet, dass kleine Läsionen in den Sehnenansätzen der Handgelenke entstehen, wenn man sehr lang und wiederholt die immer gleichen Bewegungen macht, unter hoher (konzentrativer) Anspannung – weshalb man das Problem auch »Mausarm« nennt, was bei Sekretärinnen öfter vorkommt.*

*Man sollte sich dann gleich mal fragen, wieso die Computer-Maus gerade zu diesem Zeitpunkt so gefährlich geworden ist, wo sie sich doch die ganzen Jahre zuvor zahm verhalten und der Hand, die sie bediente, gefügt hatte.*

*Von den ärztlichen Kollegen wurden einige Vorschläge zur weiteren Diagnostik und Medikation gemacht, Physiotherapie, Psychopharmaka, Reizstrom, Akupunktur, eine Karpaltunnel-OP wurde vorgeschlagen, später auch durchgeführt.*

*Ich selbst explorierte ein wenig Raffaeles Lebensumstände, was jedoch in einer solchen Konferenz nur recht oberflächlich möglich ist, und warf den Begriff »psychosomatisch« in den Raum, indem ich dem Patienten sagte, dass er gern auch mal zu mir kommen könne. Ich arbeitete zu dieser Zeit noch an der Uniklinik.*

*Es dauerte noch fast ein Jahr, bis er erschien und Folgendes erzählte: Schreiben konnte er die ganze Zeit nicht, Tennis spielen schon. Es fiel ihm auch nichts Rechtes zu seiner Mathematikarbeit mehr ein. Er war schon ein wenig depressiv geworden, sollte auch Antidepressiva nehmen. Die Beziehung zu seiner Freundin war, von ihm aus gesehen, ruiniert: Er war ein stolzer Italiener und machte seit Längerem keine bella figura mehr. Das setzte ihm zu.*

*Seine Freundin studierte weiter Kunstgeschichte und liebte Raffaele sehr, was er nicht zuließ. Er ging im Uniklinikum von einem Arzt zum anderen.*

*Dann war er wieder mal bei einem niedergelassenen Orthopäden gewesen, der den Ruf eines weiträumig denkenden Arztes genoss, und der sagte zu ihm: »Ich muss Ihnen ganz ehrlich sagen: Ich weiß nicht, was mit Ihrem Arm los ist.«*

*Als Raffaele kurz darauf zu mir kam, sagte er: »Das war in dieser ganzen Odyssee das Einzige, was mir geholfen hat: Dass ein alter und*

versierter Orthopäde zu mir sagt: »Ich verstehe das nicht.« Da dachte ich mir, ich muss jetzt mal woanders suchen – Sie hatten doch damals was von Psychosomatik gesagt. Wie kamen Sie darauf?«

»Ich habe mich einfach darüber gewundert, dass Ihre rechte Hand sich weigert, diese Doktorarbeit fertig zu schreiben. Ich gehe davon aus, dass Ihr Körper – also Ihre Hand – dafür einen guten Grund hat, denn so ist das in der Psychosomatik: Der Körper hat immer Recht.

Sie wollen weiterschreiben – Ihr Körper will das nicht. Er hat ja sehr lang mitgespielt: Sie sind ein guter Mathematiker, schreiben eine hochrangige Doktorarbeit bei einem hochrangigen Professor – bis man dahin kommt, hat man schon eine ganze Menge geleistet in der Mathematik –, und plötzlich geht es nicht weiter. Nicht am Anfang, nicht mit-tendrin, sondern kurz vor dem Abschluss. Also bitte: Was ist da los?«

Raffaele sagte: »Ich weiß überhaupt nicht, was ich nach meiner Pro-motion anfangen soll. Ich habe ein Angebot von der Uni – aber davor graut es mir richtiggehend. Mein Vater ist Mathematiker und sehr ehrgeizig – für sich selbst und auch für mich.«

Ich sagte: »Wer hätte auch gedacht, dass der Körper, in Gestalt Ihrer Hand, so viel klüger ist als Sie und Ihr Vater zusammen? Was würden Sie denn machen, wenn Sie könnten, wie Sie wollten oder schon immer gewollt hätten, sich aber nicht getraut haben – nur mal so in der Phantasie?«

Raffaele sagte: »Ich als Musiker, das käme in meiner Familie überhaupt nicht in Frage, wo doch schon meine Schwester auf die Kunstakademie geht, aber die ist eine Frau und ich bin der einzige Sohn. Mein Vater hat eine Firma und hofft, dass ich ihm nachfolge. In Mailand haben wir einen Namen, ich brauche seine Anerkennung. Ich verschweige ihm, dass ich nicht vorankomme, ich lebe von seinem Geld, und mit meiner Mutter habe ich noch nie reden können – was soll ich machen?«

Ein Dilemma also. Da hat der Körper schnell noch die Notbremse gezogen, und ich würde sagen: Gerade noch rechtzeitig! Raffaele war noch nicht 30.

Wäre es »gut«gegangen mit seiner Doktorarbeit und möglicherweise noch mit der nachfolgenden Habilitation oder wäre er als

Nachfolger in die väterliche Firma gegangen, so könnte man mit Fug und Recht vermuten, dass Raffaele spätestens in seiner Lebensmitte mit einem Burn-out, einer chronischen psychosomatischen Störung, vielleicht einer Depression angekommen wäre nach einer ganzen Reihe von unglücklichen Lebensjahren.

Und, da würden mir meine psychotherapeutischen Kollegen sicher zustimmen, dies ist auch ein klassischer Fall einer Übergangskrise, also etwas, was sie in ihren Praxen oft sehen.

Die »Krise« manifestierte sich jedoch in Raffaeles Hand – also im Körper.

Wer also hat diesen jungen Mann vor einem solchen Lebensweg bewahrt?

Sein Körper im Auftrag seiner Seele, die die gangbaren und die unangutigen Lebenswege ihres Menschen kennt. Darüber sprechen wir später noch ausführlich.

Zunächst aber müssen wir anschauen, was die Psychotherapie für solche Störungen zu bieten hat und bei solchen Patienten anwendet.

## **4 Jeder tut, was er gelernt hat – was können Psychotherapeuten und was tun sie demzufolge?**

Raffaele war zuvor auch für einige Sitzungen bei einem Psychotherapeuten gewesen – in der damaligen Schmerzkonferenz saßen einige, die eine ausdifferenzierte Weiterbildung in spezieller Schmerz-Psychotherapie absolviert hatten. Und, wie gesagt, bei anhaltenden Schmerzen, bei denen man anders nicht weiterkommt, fiel auch hier ärztlicherseits die Empfehlung: kognitive Verhaltenstherapie.

*Jeder Psychotherapeut – auch jeder Laie – kommt allein schon bei der obigen, rudimentären Fallbeschreibung darauf, dass in der Psyche von Raffaele etwas therapiebedürftig sein könnte. Raffaele war ein hochintelligenter Mann, auch schon als Kind einer von den Hochbegabten, die es unter Normalos sowieso schwer haben. Er war hochempfindlich und litt unter der Gefühlskälte seiner Mutter und der Dominanz seines Vaters. Er war ehrgeizig, psychisch abhängig von der Anerkennung seines Vaters, hasste seine Mutter, beschützte innerfamiliär seine Schwester, hatte möglicherweise eine moderate narzisstische Störung, fühlte sich gedemütigt durch seine Unfähigkeit, die Doktorarbeit zu vollenden, und wurde zusehends depressiv. Daraus ergeben sich schon viele Ansatzpunkte, um psychotherapeutisch zu arbeiten.*

*Es waren 20 psychotherapeutische Sitzungen veranschlagt, aber nach zwölf Stunden brach der Patient ab: »Der Therapeut hat mich einfach nicht verstanden. Alles, was er gesagt hat, war mir vorher schon klar. Aber mit meinen Schmerzen hatte das alles nichts zu tun. Die wurden während dieser Zeit nicht besser, schlimmer auch nicht.«*

*Ich sagte zu ihm: »Sie haben ja auch keine psychische, sondern eine psychosomatische Störung, was so viel heißt, dass Ihr Körper protestiert und dass er von Ihnen möchte, dass Sie anfangen, Ihr eigenes Leben in den Blick zu nehmen und es zu leben. Das ist eine unteilbare ganzheitliche Angelegenheit, und es nützt nichts, an einigen kleinen oder größeren körperlich-funktionellen und psychischen Stellschrauben zu drehen.«*

Die psychosomatische Störung treibt ein Verwirrspiel mit den professionellen Betrachtern, indem sie sich der Zuordnung zu einer bestimmten fachlich definierten Funktionsebene entzieht. Sie gehört nicht zur somatischen Medizin – obwohl sie in den Körperfunktionen angesiedelt ist und dort auch messbare funktionelle, manchmal sogar strukturelle Befunde zeigt. Diese sind nicht ausreichend, um die gefühlte Beeinträchtigung des Patienten zu erklären. Dabei kann man festhalten, dass die »gefühlte Beeinträchtigung« bei psychosomatischen Störungen sehr viel ausgeprägter ist als bei einer somatischen Erkrankung. Das kennt man seit Langem zum Beispiel auch bei Krebschmerzen – die stecken Patienten besser weg, was man so nicht vermuten würde. Aber Krebschmerzen können der Erkrankung zugeordnet werden, und Krebspatienten richten ihre ängstliche Aufmerksamkeit sehr viel stärker auf den Verlauf ihrer Krebserkrankung als auf die Schmerzen, die mit ihr einhergehen – die werden eher als Gradmesser dafür gesehen, wie es einem insgesamt so geht.

Psychosomatische Schmerzen sind extrem bedrängend – unter anderem, weil die Betroffenen nicht wissen, woher die Schmerzen kommen und wie krank sie eigentlich sind. Sie bedrängen ganz explizit, denn sie haben gewissermaßen »in eigener Sache« etwas zu sagen und wollen gehört werden.

Psychosomatische Störungen gehören aber, wie schon gesagt, auch nicht zur Psychotherapie. Patienten, die sich mit ihrer psychosomatischen Störung in eine Psychotherapie begeben haben, sagen, auch nach längerer Therapiedauer, sie seien zwar persönlich weiterge-

kommen, aber an ihren körperlichen Beschwerden habe sich nichts verändert. Die wurden auch nicht explizit und angemessen adressiert.

Wo die Störung sich bemerkbar macht – nämlich im Körper –, dort sollte man sie abholen. Es ist somit ein Problem der Zugangsebene.

Nach meiner Erfahrung haben Patienten mit psychosomatischen Symptomen in den allermeisten Fällen keine psychische Störung. Es ist bemerkenswert, dass sich Störungen in diesem komplexen System »Mensch« offenbar immer auf einer Funktionsebene bevorzugt ansiedeln, wo man sie dann auch therapeutisch abholen muss.

Wenn jemand zum Beispiel unter chronischen Kopfschmerzen leidet und sich beim Skifahren ein Bein bricht – wie eine meiner Patientinnen –, dann schweigen die Kopfschmerzen erst einmal, und zwar so lang, bis das Bein wieder einigermaßen verheilt ist. Das ist keine Ausnahme, sondern die Regel. Es scheint da Prioritäten zu geben, die der Körper beachtet. Besonders auffallend ist das bei lebensbedrohlichen Episoden, einer Krebserkrankung zum Beispiel oder langdauernden Notsituationen wie Flucht und Hungersnöten. Da zieht sich die psychosomatische Störung zurück und wartet ab, bis die Zeiten besser geworden sind. Deshalb sagen Patienten auch oft: »Die letzten Jahre waren extrem anstrengend für mich – Kinder, Job, kranke Eltern und die Partnerschaft auch nicht so einfach. Und jetzt, wo eigentlich alles gut und überstanden ist – jetzt kommt sowas.«

Irgendeine Instanz in uns entscheidet auch, ob eine psychische oder eine psychosomatische Störung entwickelt wird – für die psychischen Störungen, z.B. Ängste, Zwänge, Phobien, Anpassungsstörungen, sind Psychotherapeuten zuständig.

Allerdings gibt es sehr oft auch Störungen im Überlappungsbe-  
reich – bei denen der Körper sich meldet. Da kann man psychosoma-  
tisch arbeiten, auch wenn die Psyche beteiligt ist. Das ist zum Bei-  
spiel der Fall bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei  
anhaltender Traurigkeit bzw. Trauer, Suizidwünschen, reaktiven

Depressionen oder einem Burn-out, der mit totalem Energieverlust einhergeht – ein körperliches *und* psychisches Ereignis.

Als Psychotherapeuten haben wir zu wenig gelernt, was man tun soll, wenn sich der Körper meldet. Zwar sind uns psychophysiologische Dynamiken vertraut, zum Beispiel bei akutem oder chronischem Stress, und wir kennen auch endokrine und neurophysiologische Prozesse, die bei psychischen Störungen beteiligt sind. Besonders die Aufschauklungs-Spiralen bei Angst, katastrophisierenden Gedanken und muskulärer Anspannung im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen haben zu körperbezogenen Entspannungsverfahren wie der Progressiven Muskelrelaxation geführt.

Auch die neueren Achtsamkeits-Techniken, die auf der Meditation nach Kabat-Zinn aufbauen, adressieren indirekt und sehr hilfreich den Körper. Diese Verfahren würde ich, auch wenn sie als Teil einer Psychotherapie auftreten, psychosomatisch nennen – viele Patienten kommen damit weiter. Der Körper nimmt sie an und reagiert darauf positiv. Sehr oft nicht durchschlagend und eher vorübergehend – genauso wie beim Physiotherapeuten, der sich ja auch um den Körper kümmert.

## 5 Verhaltenstherapie und andere Psychotherapieformen – bezogen auf Psychosomatik

Viele meiner psychotherapeutisch tätigen Kollegen sehen diese körperorientierten ›Techniken‹ aber nur als Hilfsstrategien und gehen sehr schnell oder sogar unmittelbar auf die psychische Ebene und oft auch in die Kognitionen – wie es der Begriff der kognitiven Verhaltenstherapie nahelegt. Durch Denken, Verstehen und Wollen ist jedoch einer psychosomatischen Störung nicht beizukommen.

Man kann sie nicht willentlich an- und abschalten und sie zu verstehen reicht nicht aus. Die langwierigen und ausgefeilten Edukationsprogramme für Patienten mit psychosomatischen Schmerzen sind zwar gut gemeint, werden von den Patienten auch gern angenommen, weil sie hoffen zu verstehen, was mit ihnen los ist. Besonders diejenigen unter ihnen, die in Wenn-dann-Kategorien denken, lassen sich darauf ein. Oft erkennen sie Zusammenhänge und richten ihren Tagesablauf danach ein; zum Beispiel Pausen machen, eine Entspannungsübung am Abend, Bewegung und bewusstes Atmen, zwischendurch Achtsamkeitsübungen. Das hilft – reicht aber nicht aus, wenn es funktionalistisch angewendet wird, weil sich der Körper der angestrebten Kontrolle entzieht und weiterhin macht, was er will.

Dabei hatte die alte **Verhaltenstherapie**, in den 1970er Jahren aus dem Behaviorismus kommend, ja ganz körperbezogen begonnen, als sie sich noch auf das Reiz-Reaktions-Schema der klassischen und operanten Konditionierung stützte. Die Verhaltenstheorie interessiert sich vor allem dafür, wie Menschen – oder andere Lebewesen –

lernen. Die klassische Konditionierung kann man als Assoziationslernen verstehen: Wenn irgendeine Situation, die erfreulich oder unangenehm oder ängstigend ist, zusammen mit irgendeinem anderen Reiz auftritt, so kommt es häufig zu einer Verknüpfung beider, und einer der Reize allein reicht aus, um die ursprüngliche Reaktion hervorzurufen. Sie wird gelernt und ist physiologisch verankert. Das hat Pawlow mit seinem Hund, der auf einen Glockenton mit Speichelfluss reagierte, auch wenn da gar kein Futter war, gezeigt, und Skinner mit seinen Tauben mittels Belohnung. Dieses Reiz-Reaktions-Modell ist überall zu finden und spielt natürlich bei vielen emotionalen und physiologischen Reaktionen eine Rolle, bei denen man die Auslöser nicht kennt. Der Körper erinnert sich sehr schnell und präzise an aversive und erfreuliche Ereignisse und reagiert entsprechend – auch wenn er die explizite Erinnerung nicht freigibt. Seine emotionale Reaktion wurde irgendwann einmal gelernt und ist fest verankert – konditioniert eben.

Besonders ganz am Anfang eines Lebens, schon vorgeburtlich und gleich danach, sind Kinder guten und schlechten Umweltbedingungen ausgesetzt, ja ausgeliefert, die ihre spätere Persönlichkeit und ihren Charakter prägen – aufruhend auf ihrer genetischen und epigenetischen Ausstattung und sogar transgenerational verankerten Erinnerungen, die sich in ihrem psychophysiologischen Naturell niederschlagen und dort bleiben. Falls man sagen möchte, das alles sei gelernt, so muss man doch einräumen, dass es der Körper ist, der da etwas gelernt hat, ohne dass der spätere Mensch dazu einen bewussten Zugang hat und haben kann. Denn durch die frühkindliche Amnesie sinken all diese Erfahrungen in die Tiefen des Unbewussten hinab und sind durch kognitive Therapien nicht erreichbar.

Zwar haben ganze Generationen von Psychologiestudenten sehr differenzierte Kenntnisse über die kognitive Entwicklung des Kindes nach Piaget erworben – diese Entwicklung beginnt aber erst viel später, wenn das Großhirn sich nach und nach entwickelt.

Über die vorausgehende prägende Lerngeschichte des intelligenten Körpers erzähle ich später eine Geschichte vom individuellen Krokodil, das im Hirnstamm sitzt.