

Online-Seminar  
John-Rittmeister-Institut, Kiel

# Einführung in die Psychoanalytische Psychosomatik

2.11., 30.11. und 21.12.2023

Prof. Dr. med. Lutz Götzmann  
Institut für Philosophie, Psychoanalyse und  
Kulturwissenschaften  
IPPK, Berlin - <https://ippk.de>



# Programm:

Donnerstag, 2.11.2023

Donnerstag, 30.11.2023

Donnerstag, 21.12.2023 (statt 16.11.2023)

- Die Achse der psychosomatischen Totalität
- Neurobiologische Aspekte psychosomatischer Erkrankungen
- Behandlungstechniken

# DANTE ALIGHIERI

E caddi come corpo morto cade.

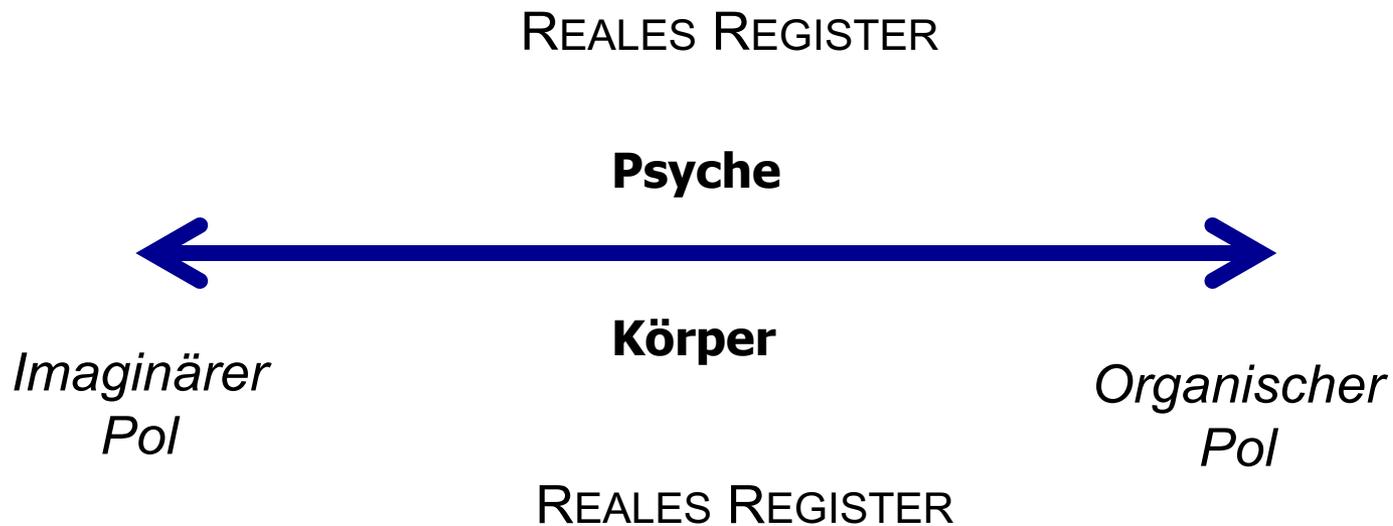
Ich stürzte hin, wie ein toter Körper fällt.

*Dante Alighieri: La Comedia Divina, Inferno, Canto IV*

„Dante, der Höllenbesucher, hört Francesca an und kippt um. Dante, der Schriftsteller, ersetzt den Ausfall nicht. Auch er bleibt stumm. Er gibt keine eigene Bewertung ab. Was zurückbleibt, ist Schmerz und Trauer, wie er zu Beginn des sechsten canto (6, 1-6) sagt.“ (Flasch, 2018, S. 18).

# La modèle multidimensionnel (Mahmud Sami Ali)

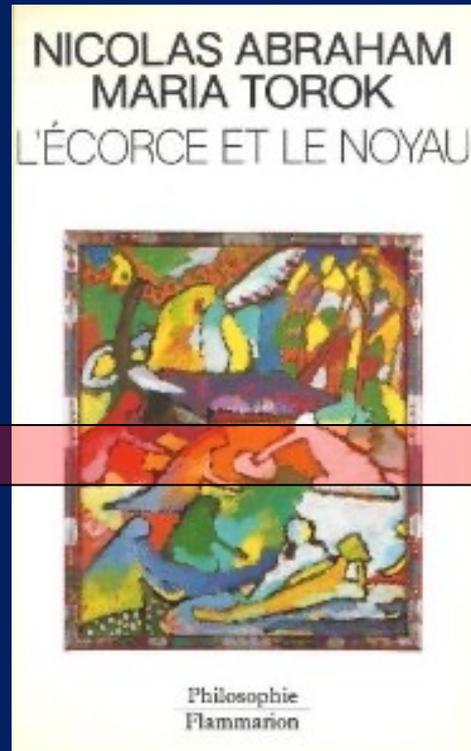
La Totalidad Psicosomática (Otto Lima Gomez)



„Somatisierung“  $\approx$  negative Korrelation  
zum Imaginären

# Psychoanalyse

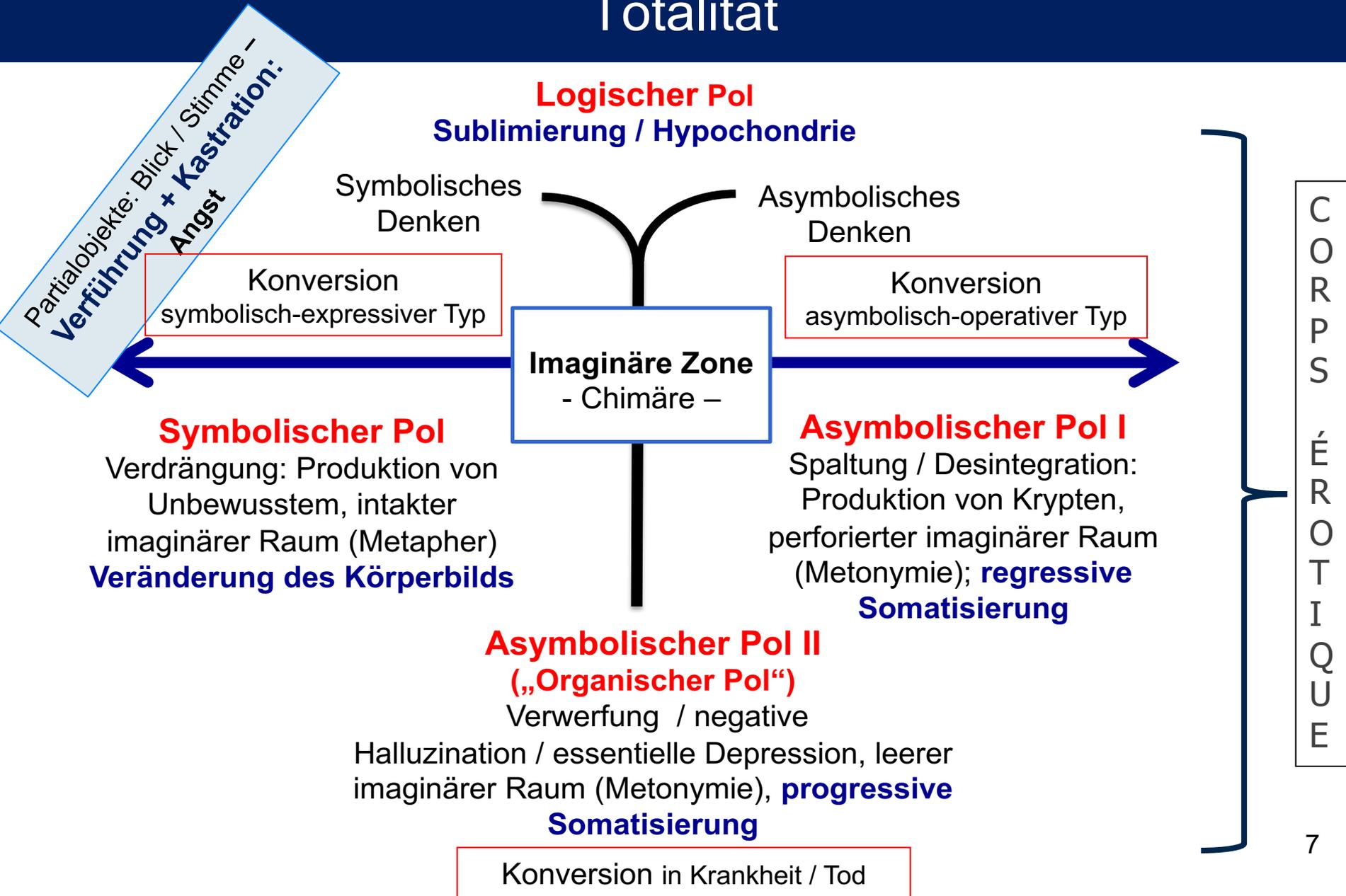
le symbol



l' anasémie



# Die Achse der Psychosomatischen Totalität

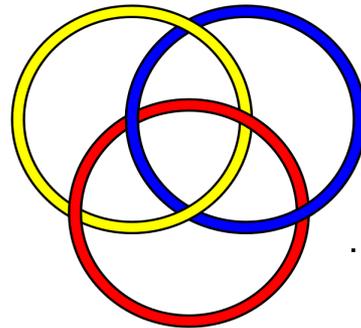


# JACQUES LACAN

## Die drei Register des Psychischen

Register = Dimensionen

Das Reale, das Symbolische und das Imaginäre



... der borromäische Knoten

# Das Reale

Das Reale ist das Unfassbare, Unsagbare.  
Das exzessive Reale: Trauma auf dem Gebiet  
der Sexualität, des Todes und der Gewalt.

Die Realität ist die „Grimasse des Realen“.

**DAS REALE IST NICHT REPRÄSENTIERT.**



**'The real is the impossible'**  
Jacques Lacan

**politburo**  
revolutionary ideas

# DAS IMAGINÄRE: DAS BILD

(aber auch: der Ton, das Gemurmel, der Geschmack, der Geruch, das Auf-der-Haut-Berührt-Sein...

Also: das Runde, die Vollkommenheit, die Ganzheit



Baby in the mirror; <https://youtube/Y7Box3Yp1Yk>

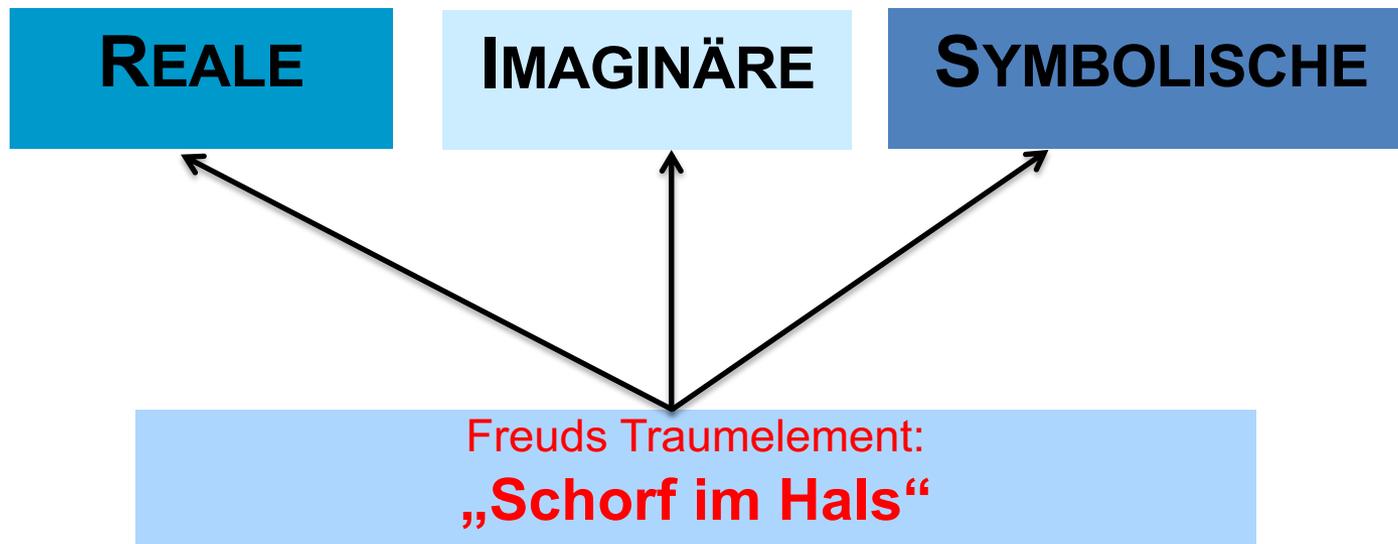
# Das Symbolische

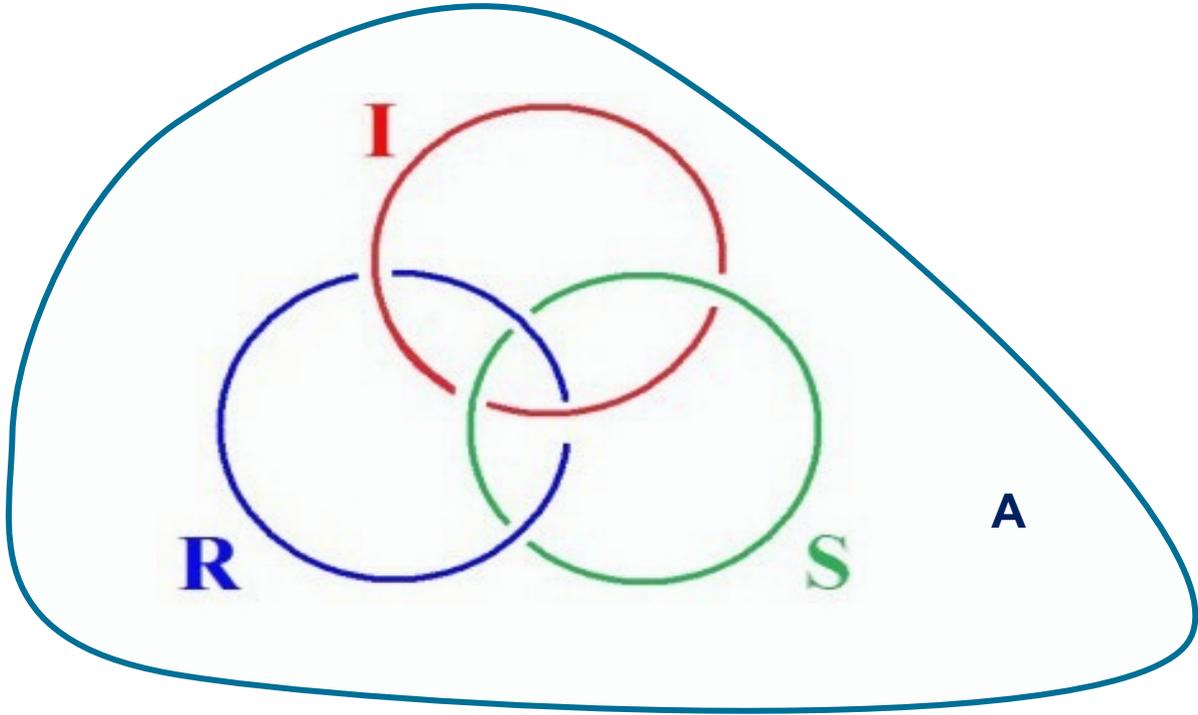
Ordnung / Struktur = der Name des Vaters  
(le nom du père)

**DAS SYMBOLISCHE = SPRACHE**  
**WORTVORSTELLUNGEN**

(aber auch die Logik, die Struktur, das Gesetz)

## Irmis Injektion (à la Freud / Lacan)





**M**

»Die Seele ist nicht nur für sich immateriell,  
sondern die allgemeine Immaterialität der  
Natur, deren einfaches ideelles Leben.«  
(Hegel, 2016, S. 43, § 389)

**die Materie (M) / das Ideelle (RSI)**  
**Körper / Seele (Geist)**

$$E = mc^2$$



# Quantische Vorstruktur

„Protyposis can be perceived as completely abstract, free-of-meaning quantum information, which primarily is not localized at all (i.e. being of cosmic extensions), and which must be conceived without recourse to a sender and a receiver.“ (Görnitz, 2018, S. 490)

## Verschiedene Manifestationen der Quanten- Vorstruktur (Protyposis, abstrakte Januslinie):

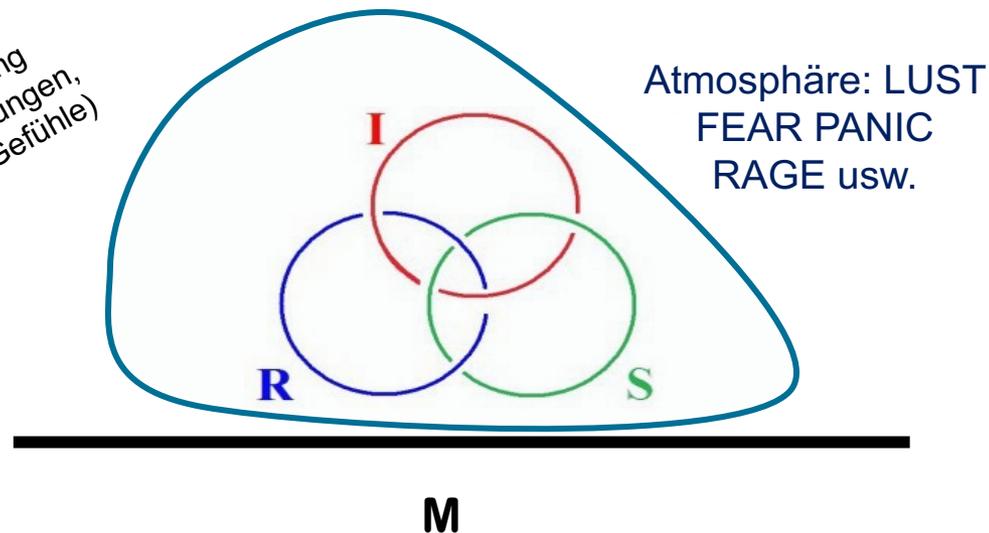
- **Materie:** träge, Veränderungen widerstehen.
- **Energie,** die notwendig ist, um Materie in Bewegung zu setzen und zu verändern.
- **Bewusstsein:** Informationen, die dazu beitragen, vorhandene Energien freizusetzen (Görnitz, 2018, S. 491)

Januslinie



- Gefühle = „räumlich ergossene Atmosphären“ (Schmitz 2014, S. 30)
- Gefühle sind bewusst und dienen der Evaluation von Zuständen (Solms, 2021); z.B. FEAR → Flucht, PANIC → schützende Nähe suchen;
- Eine kleine Anzahl für Gefühle, aber – Farben („Es ist so dunkel“), Traumbilder oder Metaphern („Schmetterlinge) können Gefühle bezeichnen.

**Atmosphäre:**  
 Räumlich-zeitliche Ausdehnung  
 In Form eines Gefühls (Stimmungen,  
 Körpergefühlen, komplexen Gefühle)



# Das Atmosphärische

- abgegrenztes Gefühl (Demmerling, 2021) = „räumlich ergossene Atmosphäre“ (Schmitz, 2014)
- bewusst
- einfaches Körpergefühl (z.B. Hunger) oder komplexes Gefühl (z.B. Angst); Evaluation von physiologischen Zuständen (Solms 2021)

*Schmitz, H. (2014). Atmosphären, München*

*Demmerling C. (2021). Emotions and the conceptual space of human life, in Concepts in thought, action, and emotion. New essays, New York & London: pp. 294-308*

*Solms, M. (2021) The hidden spring. A journey to the source of consciousness, New York*

LUST

SEEKING

FEAR

PANIC / GRIEF

RAGE

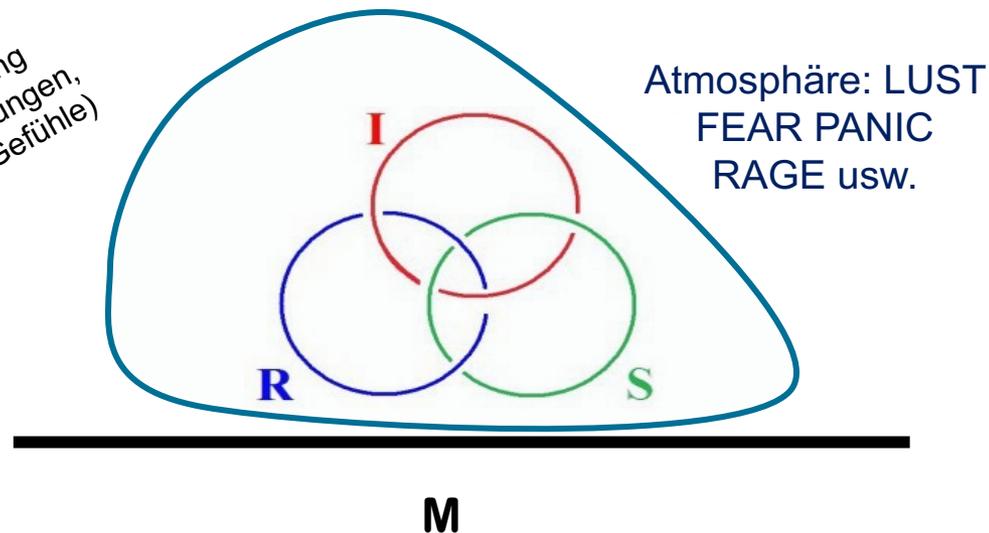
CARE

PLAY

Das Gefühl stellt eine Atmosphäre her  
(durch das Subjekt, den Anderen oder als  
geteilte Erfahrung).

- Gefühle = „räumlich ergossene Atmosphären“ (Schmitz 2014, S. 30)
- Gefühle sind bewusst und dienen der Evaluation von Zuständen (Solms, 2021); z.B. FEAR → Flucht, PANIC → schützende Nähe suchen;
- Eine kleine Anzahl für Gefühle, aber – Farben („Es ist so dunkel“), Traumbilder oder Metaphern („Schmetterlinge) können Gefühle bezeichnen.

**Atmosphäre:**  
 Räumlich-zeitliche Ausdehnung  
 In Form eines Gefühls (Stimmungen,  
 Körpergefühlen, komplexen Gefühle)

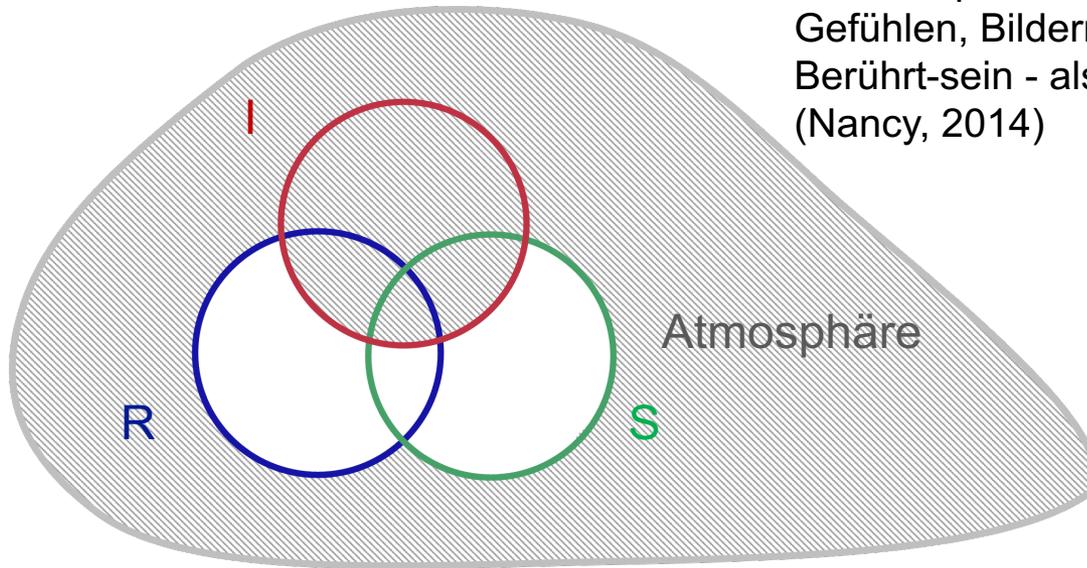


An aerial photograph of a vast, deep blue lake nestled in a mountainous landscape. The lake's surface is calm, reflecting the sky. On the left, a steep, forested mountain slope descends towards the water. In the distance, a large, jagged mountain peak with snow-dusted ridges dominates the horizon. The sky is filled with soft, white clouds. The overall scene conveys a sense of natural grandeur and tranquility.

Projektion des Gefühls  
in einen (imaginären) Raum

Das Phänomenale:

... nicht sprachlich-bestimmt, in Form von  
Gefühlen, Bildern, Geruch, Geschmack,  
Berührt-sein - als erste Form des Denkens  
(Nancy, 2014)



Materie

# Erregung – Empfindung - Gedanke

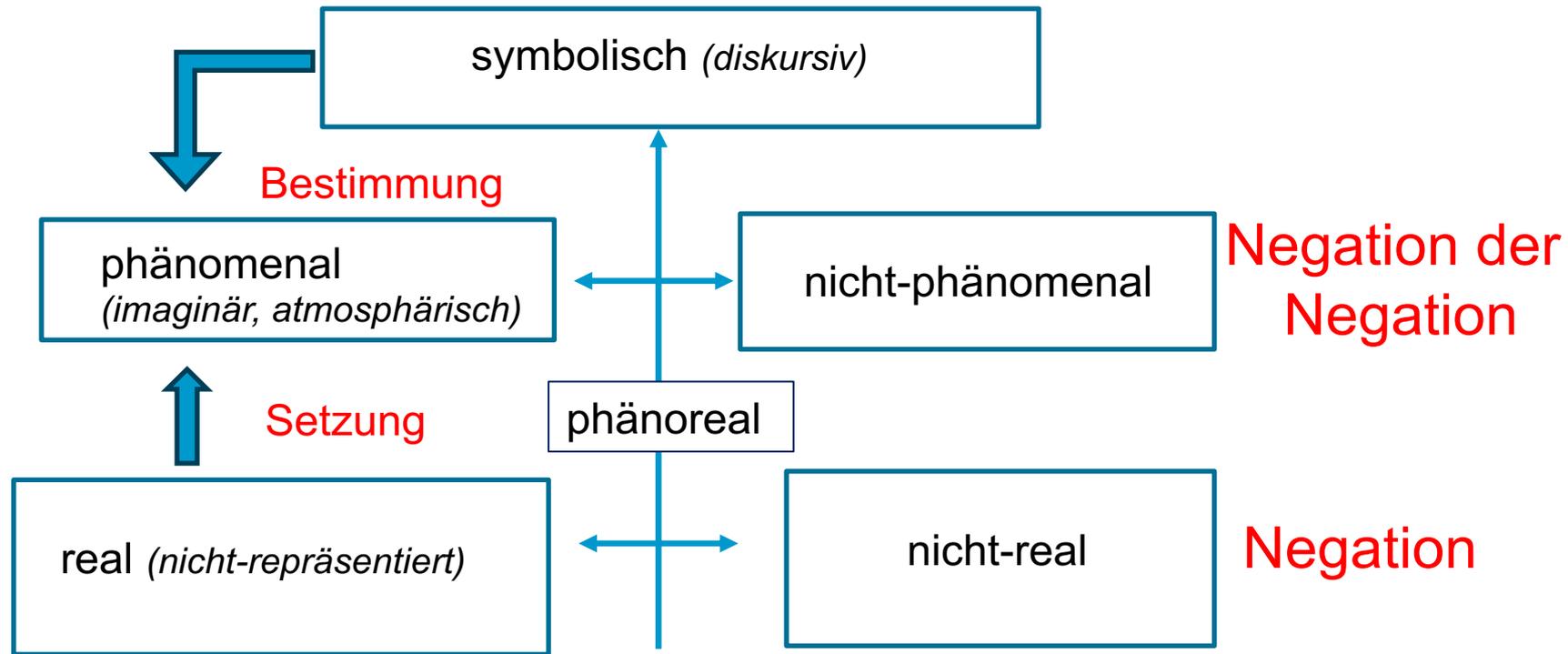
**Erregung:** Körper, Materie (M)

**Empfindung:** Seele, subjektiver Geist (R)

- alpha-Empfindung (vgl. Bion, 1962), real + übersetzbar (R)
- beta-Empfindung (vgl. Bion, 1962), real + nicht übersetzbar (R)

**Gedanke:** alpha-Gedanken, in Form atmosphärischer, imaginärer und symbolischer Gedanken (z.T. phänomenal)

# Die Psychoanalytische Dialektik



M

# Borromäische Verhältnisse

Wortvorstellungen  $\Rightarrow$  das Symbolische

Sachvorstellungen  $\Rightarrow$  das Imaginäre

Gefühle  $\Rightarrow$  das Atmosphärische

Empfindungen  $\Rightarrow$  das Reale

$\Rightarrow$  = stellen her

# Borromäische Verhältnisse

Das Symbolische, das Imaginäre und das Atmosphärische bestehen aus Gedanken, das Reale besteht aus Empfindungen.

Die Begriffe des Symbolischen stellen die Wirklichkeit / Realität her.

Die unbewussten Empfindungen stellen das Reale her.

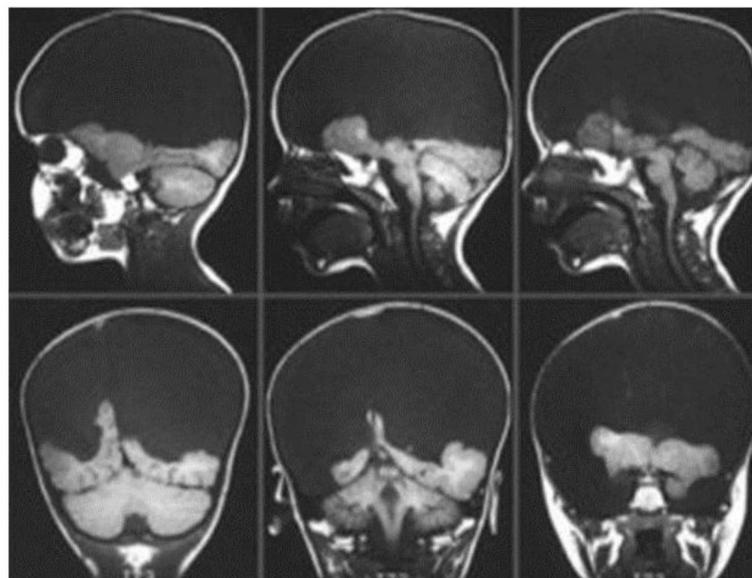
Die Materie ist nur als Idee zugänglich.

# Hypothese

Das phänomenale Bewusstsein  
(atmosphärisch + imaginär) besteht schon  
während der Schwangerschaft.

[https://www.ypsilon-psychoanalyse.de/images/ypsilon/themen/2023/Abhandlungen\\_und\\_Essays\\_23/Y-Artikel\\_Das\\_Pranatale\\_als\\_eine\\_Hintergrund\\_Dimension\\_des\\_Realen\\_Lutz%20Goetzman\\_Ludwig%20Janus.pdf](https://www.ypsilon-psychoanalyse.de/images/ypsilon/themen/2023/Abhandlungen_und_Essays_23/Y-Artikel_Das_Pranatale_als_eine_Hintergrund_Dimension_des_Realen_Lutz%20Goetzman_Ludwig%20Janus.pdf)

**Figure 7.** A typical hydranencephalic brain. (Reprinted with permission of the American College of Radiology [40]. No other representation of this material is authorized without expressed, written permission from the American College of Radiology).



Brain Sci. 2012, 2, 147-175; doi:10.3390/brainsci2020147

OPEN ACCESS

**brain sciences**

ISSN 2076-3425

www.mdpi.com/journal/brainsci/

Review

**The “Id” Knows More than the “Ego” Admits:  
Neuropsychanalytic and Primal Consciousness Perspectives on  
the Interface Between Affective and Cognitive Neuroscience**

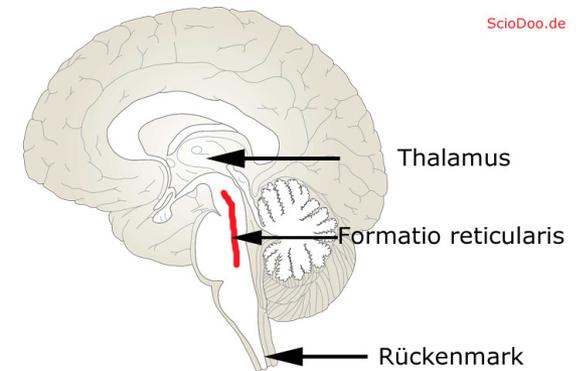
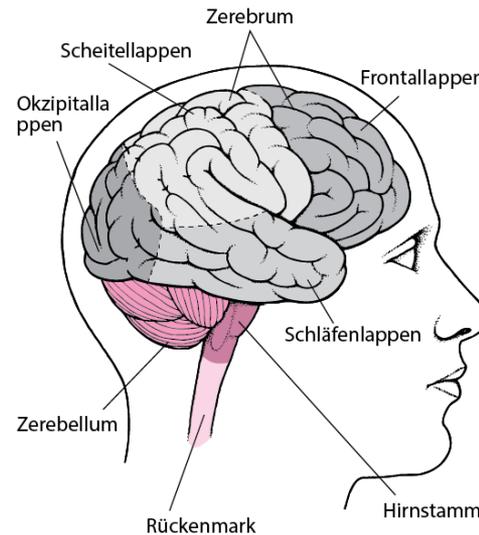
Mark Solms <sup>1,\*</sup> and Jaak Panksepp <sup>2</sup>

**Figure 8.** The emotional reaction of a young hydranencephalic girl. (We thank Bjorn Merker for the use of these photographs, reproduced with permission of the child's mother [41]).



**Phänomenales (= emotionales Bewusstsein)  
ohne Neocortex / Großhirnrinde**

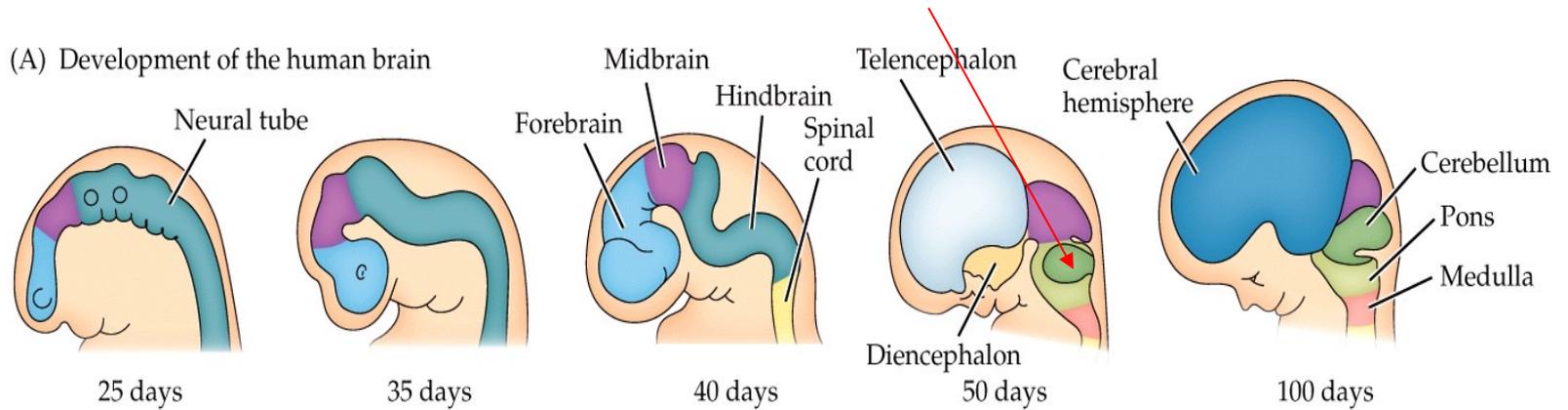
Wird das phänomenale Bewusstsein im Hirnstamm generiert? (u.a. in Formatio reticularis, via aufsteigendes retikuläres Aktivierungssystem, ARAS, bzw. im Periaquäduktalen Grau, PAG)



<https://www.msmanuals.com/de-de/heim/stoerungen-der-hirn,-rueckenmarks-und-nervenfunktion/biologie-des-nervensystems/gehirn>

ca. 8 Wochen / 2. Monat der Schwangerschaft

(A) Development of the human brain



**BIOLOGICAL PSYCHOLOGY 7e, Figure 2.14 (Part 1)**

© 2013 Sinauer Associates, Inc.

... mit Dank an Prof. A. Müller-Alcazar MSH

# Das Phäno-Reale

- Das Reale hat einen „Effekt“ (Wirkung), es ist eine „Funktion“ im Register des Wissens (vgl. Badiou, 2015)
- Das Phäno-Reale ist der Effekt des Realen im Register des Phänomenalen:
- Atmosphärische Verschmelzung von „realer Empfindung“ und „phänomenalem Gedanken“

*Badiou, A. (2015) Lacan. Antiphilosophie 3. Wien–Berlin*



## PANORAMA

KRIMINALITÄT LEUTE KURIOSES UMWELT- UND NATURKATASTROPHEN WELTGESCHEHEN

PANORAMA DOWNSYNDROM

### Der Junge, der seine Abtreibung überlebte

Veröffentlicht am 06.07.2015 | Lesedauer: 9 Minuten

Von **Claudia Becker**  
Redakteurin

690 Gramm wog er, 32 Zentimeter war er groß, als er gegen ein Uhr morgens da war. Die Mutter wollte ihn nicht sehen. Irgendjemand wickelte ihn in Tücher. Die Hebamme nahm ihn mit in den Kreißsaal. Tim wurde ins Dienstzimmer gelegt. Irgendwann würde er schon sterben. Es kam vor, dass ein Kind seine späte Abtreibung überlebte. Nach ein, zwei Stunden war es vorbei. Aber Tim hat auch am nächsten Morgen noch geatmet, als Schichtwechsel war. Nach neun Stunden entschieden die Ärzte, ihn zu versorgen. Tim kam auf die Intensivstation.

*Guido, S & B (2015) Tim lebt!  
Adeo.*

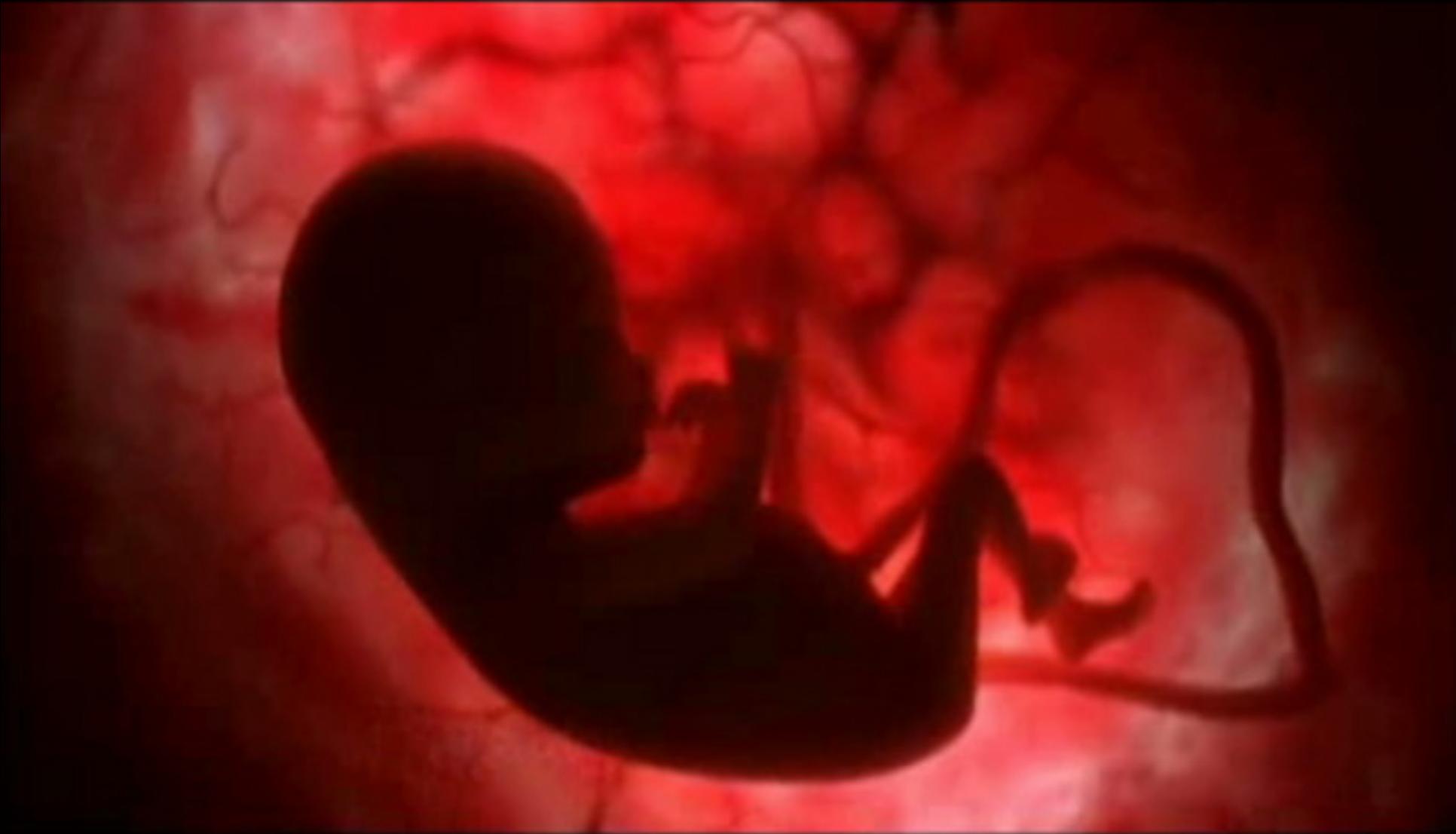
<https://www.welt.de/vermischtes/article143615589/Der-Junge-der-seine-Abtreibung-ueberlebte.html>

# Phäno-reales Erleben während der Schwangerschaft und der Zeit um die Geburt:

Stress / Trauma der Mutter (transgenerationell)  
Abtreibungsversuche  
Zwillingserleben  
Sehnsucht nach dem Paradies  
reiner Narzissmus

Reiner Narzissmus = bleibende Spur einer pränatalen  
coenästhetischen Harmonie (Grunberger & Dessuant, 2000,  
S. 24)

# Ozeanosphäre



# Atmosphäre



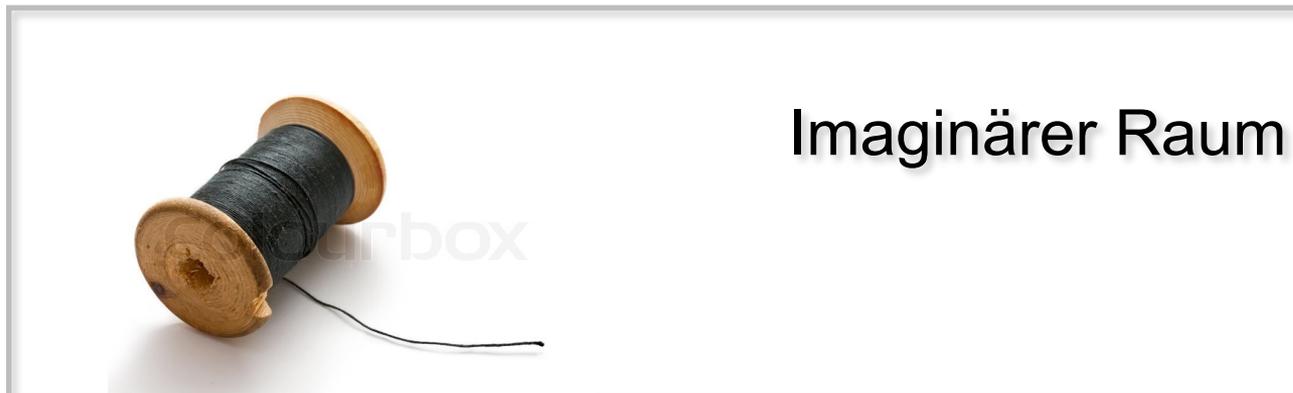
# Der (erotische) Körper im Raum des Imaginären

# Ernst-Wolfgangs „Fort-Da-Spiel“ (nach Sami-Ali, 1974, S. 53)

Fadenspule = Kind = verlassene Mutter =  
verlassende Mutter

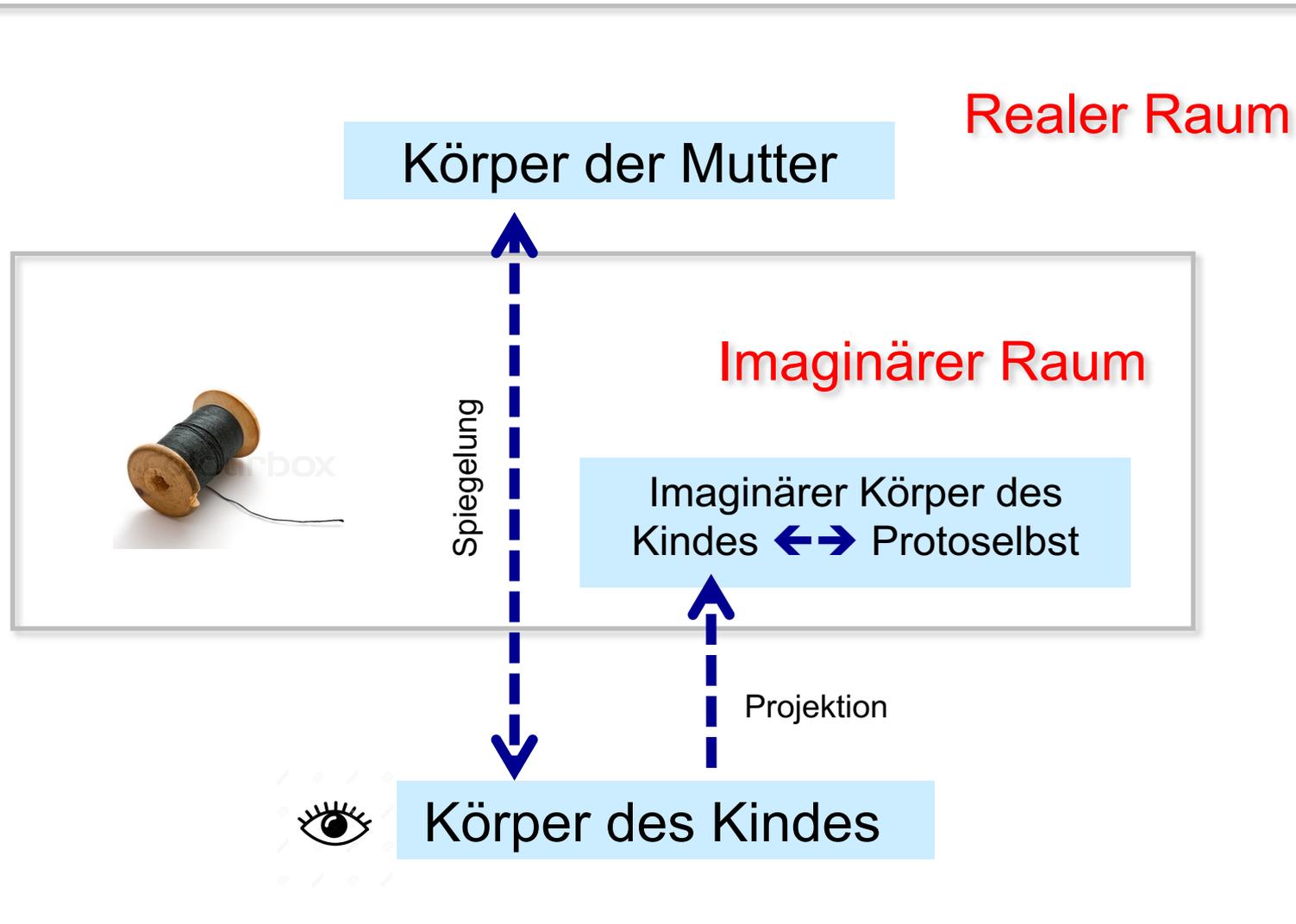
bobine = enfant = mère abandonnée = mère  
abandonnante

Realer Raum



Imaginärer Raum

# Spiegel – und projektive Effekte zur Erschaffung des Imaginären Raums





Der imaginäre Raum als Phantasma (Freud:  
„Ausdehnung des Psychischen“)

**Der Raum bildet  
„einen Teil des Realen“ (Lacan, 2010, S. 355)**

## *Imaginärer Raum*

### Das Andere

menschliche Objekte,  
von Menschen geschaffene  
Objekte,  
nicht von Menschen geschaffene  
Objekte

*löst aus*

Subjekt

Gefühle

Atmosphäre

*projiziert*

# Imaginäre Organisation des Phantasmas im Raum des Realen

Ineinssetzung der körperlichen & psychischen  
Erfahrung → „identisches Double“.



Körperliches = Seelisches

*vgl. Lacan J. Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion.  
Schriften I, Quadriga, Weinheim, Berlin, 3. Auflage 1991; S. 61-70,  
frz. Ecrits, Edition du Seuil, Paris, 1966.*

# Chimäre des Imaginären

(“Imaginäre Zone“)

Körperlicher Schmerz = Seelischer Schmerz

Körperliche Kälte = Seelische Kälte

usw.

Das Sinnlich-Imaginäre als Ausgangspunkt  
für die Entwicklung mentaler Repräsentanzen.

(„Logischer Pol“)

## Abwehr I

# Das Symbolische (Freud)

Das manifeste Symbol steht für einer latenten =  
unbewussten Phantasie

(nach den Regeln der Darstellbarkeit – Traumarbeit &  
Zensur)



Träume  
in 90 Bildern ausgelegt.  
(540 Darstellungen).

# Symbolisches Konversionssymptom

=

körperliche Darstellung einer  
unbewussten Phantasie

(Wunsch & Abwehr)

G. Engel (1968): **Konversionsfähige Körperteile** qualifizieren sich nicht durch die Art ihrer Innervation des Nervensystems, sondern durch ihre Fähigkeit zur mentalen Repräsentation.

Erbrechen und Durchfall werden beispielsweise wahrgenommen und mental repräsentiert, eine Erhöhung der Magensekretion jedoch nicht.

Die mentalen Repräsentationen von Körperteilen oder Erfahrungen können mit anderen mentalen Inhalten assoziiert werden und danach symbolisch im Umwandlungsprozess verwendet werden.

*Engel, G. L. (1968), A reconsideration of the role of conversion in somatic disease, Comprehensive Psychiatry, 9, 316-326.*

# Nicht-symbolische Konversion

Klare zeitliche Assoziation zwischen Trauma und Symptom (= nachvollziehbare Kausalbeziehung)

Symptom: „Merkzeichen einer bestimmten psychischen Erregung“ (Freud, 1895, S. 248).

Beobachtung von Gewalt – psychogene Blindheit  
Vergewaltigung – Anorgasmie  
Reaktualisierung von Missbrauch (z.B. Geburt) - Amnesie

# Konversion bei Hysterie (Freud) und Somatisierung (Stekel)

**Abfuhr von libidinöser Energie („Stress“) in den Körper!**

- a.) **Hysterie** (Freud, 1895): Verdrängung des Vorstellungsinhalts funktioniert, weil Energie in den Körper abgeführt wird, Kapazität für eine unbewusste Phantasie vorhanden (symbolisches Symptom)
- b.) **Somatisierung** (Stekel, 1908): bei „tiefen Neurosen“ ohne unbewusste Phantasie (heute: v.a. bei Trauma), aber bereits in der Kindheit angelegt (im Gegensatz zur Freuds Aktualneurose); Somatisierung als Variante der Aktualneurose, Symptome werden durch rudimentäre oder nur teilweise ausgedrückte Emotionen verursacht (MacAlpine, 1952)

→ **Konversion = „Umwandlung emotionaler Zustände in körperliche Symptome“ (Stekel, 1924, S. 341), d.h. mit und ohne verdrängte Vorstellungsinhalte (Hysterie vs. Somatisierung)**

# Pariser Schule (Marty, de M'Uzan, Aisenstein, Smadja): **Abwehr II**

- Im Anschluss an Freuds Aktualneurose
- pensée opératoire / vie opératoire
- essentielle Depression
- Desorganisation → Somatisierung (regressiv vs. progressiv)

„Psychoanalytische Psychosomatik“: Psychischer Einfluss auf die Genese und den Verlauf körperlicher Erkrankungen (vgl. Aisenstein, 2006), Kritik: Green (2010): „Fiktionale Biologie“

**Stekel / Marty vs. Freud**: Psychische vs. organische Ursache der Aktualneurose; heute DSM-V: Differenzierung unwichtig <sup>52</sup>

# Formen der Konversion nach Sigmund Freud (1895, vgl. Speidel, 1977)

## **Nicht-symbolische Konversion**

Symptombildung erfolgt in Gleichzeitigkeit mit dem Trauma;  
Sinnzusammenhang zwischen Trauma und Symptom ist unmittelbar  
nachvollziehbar.

## **Primäre symbolische Konversion**

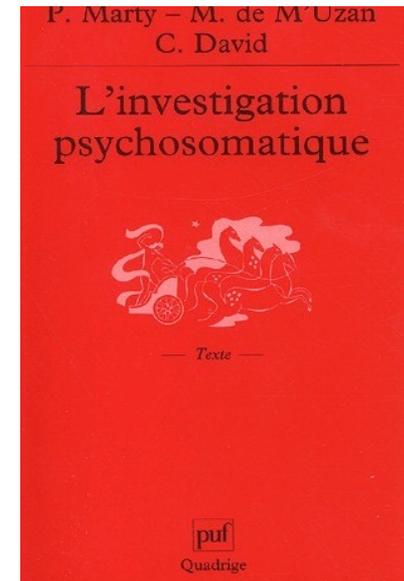
Symptombildung erfolgt durch Verdrängung und Substitution /  
Verschiebung, Sinnzusammenhang zwischen Trauma und  
Körpersymptom ist aufgelöst.

## **Sekundäre Symbolisierung**

Ein Symptom, das durch nicht-symbolische Konversion oder infolge  
körperlicher Erkrankung entstand, wird nachträglich zum Träger einer  
symbolischen Bedeutung.

# Pensée opératoire / Alexithymie

- Risikofaktor für die Entstehung psychosomatischer Symptome bzw. Störungen, z.B. Marty & de M´Uzan (1963)
- Probleme, Gefühle zu empfinden und zu beschreiben bzw. Erfahrungen zu symbolisieren.
- Konkrete sachliche Denkweise („operatives Denken“)
- Körpersymptome = Affektäquivalente



# ALEXITHYMIA

Ausschließlich die somatische Komponente eines emotionalen Zustandes wird in Form eines Körpersymptoms wahrgenommen (Krystal, 1997).

Alexithymie ist eine Abwehrform, um negative (zwischenmenschliche) Emotionen zu vermeiden (Nickel & Egle, 2006).

# Pensée opératoire / Alexithymie

SOMETIMES WHEN I SAY  
"I'M OKAY", I WANT  
SOMEONE TO LOOK ME  
IN THE EYES, HUG ME  
TIGHT AND SAY,  
"I KNOW YOU'RE NOT".

# Alexithymia vs. Affektdysregulation

Nach neueren Studien scheint die Alexithymie ätiologisch weniger stark im Vordergrund zu stehen als vielmehr eine

... Störung der Affektregulation mit negativen Affekten (bei Kindheitstraumata / unsicherer Bindung mit Wunsch nach Nähe und Angst vor Ablehnung)

*Bondo Lind A et al. (2014) Struggling in an emotional avoidance culture: A qualitative study of stress as a predisposing factor for somatoform disorders. J Psychosom Res 76: 94–98.*

# Having Less Than Others is Physically Painful: Income Rank and Pain Around the World

Social Psychological and  
Personality Science  
1–10

© The Author(s) 2023



Article reuse guidelines:

[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)

DOI: 10.1177/19485506231167928

[journals.sagepub.com/home/spp](https://journals.sagepub.com/home/spp)



Lucía Macchia<sup>1</sup> 

Vergleich im sozialen Ranking → Neid / Ärger → Schmerz

## Abstract

Physical pain is a pressing issue for scientists and policymakers. Yet evidence on the psychosocial factors of pain is limited. Using data from 146 countries ( $N = 1.3$  million individuals), this article documents the role of income comparisons on physical pain. Specifically, this study shows that income rank (i.e., the ordinal position of a person's income within a comparison group) is linked to physical pain above and beyond absolute income. This effect is identical in rich and poor nations. The negative emotions that result from a disadvantaged relative standing in the income hierarchy may explain these findings. This article documents a new kind of evidence on the power of income comparisons and highlights the role that psychosocial factors may play in physical pain.

## Keywords

physical pain, income, income rank, income comparisons

# **Somatoforme Störung (ICD-10)**

Aktualneurose = nichtsymbolische  
Konversion = Somatisierung (nach Marty)

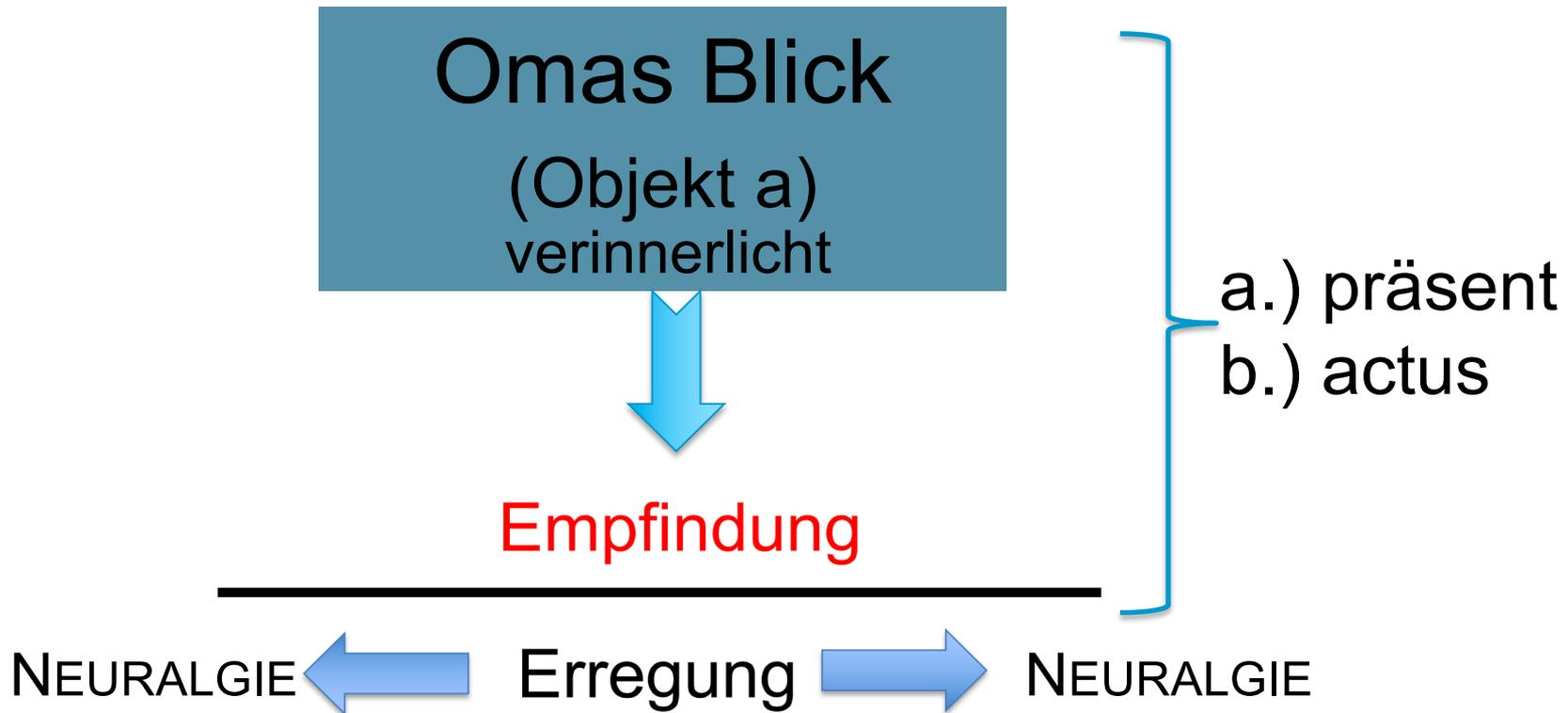
ICD 11: Bodily Distress Disorder

Somatisierung: Ausbreitung der (zentralen)  
Erregung ( = materielle Seite der Empfindung )  
im Körper

Empfindung



# Aktualneurose



<https://www.bz-berlin.de/welt/mariupol-ukraine-putins-kleinste-geiseln>



<https://www.bz-berlin.de/welt/mariupol-ukraine-putins-kleinste-geiseln>



Fett-Fingerabdruck auf Lüftungshaube –  
Begehren ⇄ Genießen



**Objekt a = Stimme / Blick, lokalisiert in der Kluft  
zwischen Begehren + Genießen**

Asymbolischer Pol I: Kinderlosigkeit als regressiv somatisierende  
Symbolischer Pol: sekundäre Symbolisierung (Ödipuskomplex)

*Schwangerschaft infolge der Etablierung einer lebendigen  
intersubjektiven Beziehung / Baby Talk + Bearbeitung des  
Ödipus-Komplexes.*

# Stadien der regressiven Somatisierung (asymbolischer Pol I)

- 1.) Exzessive Erregung
- 2.) Milde mentale Desorganisation (ggf. von Depressivität begleitet)
- 3.) Psychische Regression (mit Ängsten, Phobien, Verhaltens-veränderungen)
- 4.) erste Hinweise auf somatische Desorganisation
- 5.) somatisches Syndrom
- 6.) Beendigung des desorganisierenden Impulses mit Abklingen des somatischen Syndroms.

# Stadien der progressiven Somatisierung (asymbolischer Pol II)

- 1.) essentielle Depression
- 2.) Akkumulation von Erregungen ohne die Option der mentalen Verarbeitung
- 3.) mentale Desorganisation / diffuse Ängste
- 4.) Ausbruch verschiedener „untypischer Krankheiten“
- 5.) Schwere progressive Krankheit

*Nach: Stora JB (2007) When the body displaces the mind. Karnac (London), S. 38*

(Flucht) + 1.42 - Breakdown - Apoplex /  
Koma

# Early Traumatization, Alexithymia, and Structural Limitations of Personality in Patients with Stress-Induced Cardiomyopathy vs. Myocardial Infarction (Goetzmann et al., 2020)

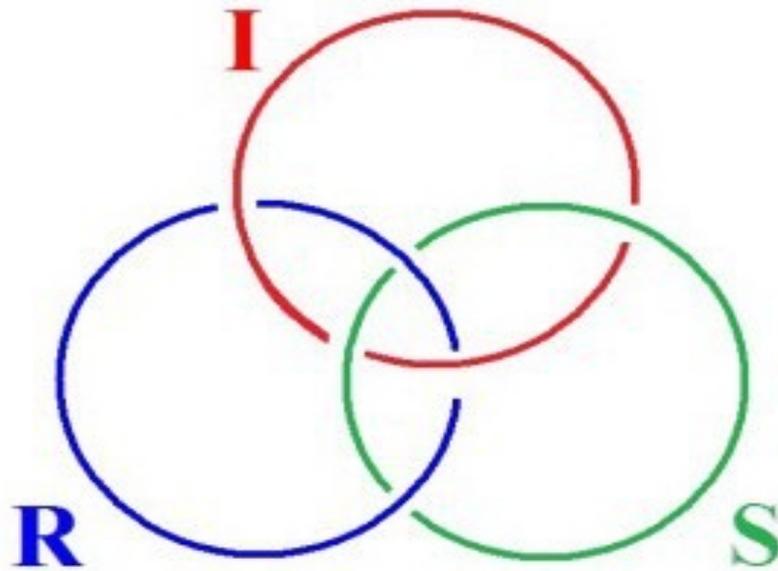
- Frühe Traumata: emotionaler & physischer Neglect (Vernachlässigung)
- Chronischer Disstress
- Alexithymie, v.a. kognitiver Stil des Denkens
- MI: avoidance attachment behavior

## Early Traumatization, Alexithymia, and Structural Limitations of Personality in Patients with Stress-Induced Cardiomyopathy vs. Myocardial Infarction (Goetzmann et al., 2020)

- Strukturelle Schwächen der Persönlichkeit (bezügl. Selbstbild/Identität, Affektregulation, Beziehungsgestaltung) im Vergleich zu psychiatrischen Patienten
- 60 % (MI) bis 69 % (SCM) unmittelbar vorhergehendes Ereignis (Streit in der Familie / bei der Arbeit)

# Neurobiologische Aspekte psychosomatischer Erkrankungen

# Doppelaspekt-Monismus



**M**

»Die Seele ist nicht nur für sich immateriell,  
sondern die allgemeine Immaterialität der  
Natur, deren einfaches ideelles Leben.«  
(Hegel, 2016, S. 43, § 389)

**die Materie (M) / das Ideelle (RSI)**  
**Körper / Seele (Geist)**

**Gedanke (ideell, AIS)**  
atmosphärisch (A), imaginär (I),  
symbolisch (S)

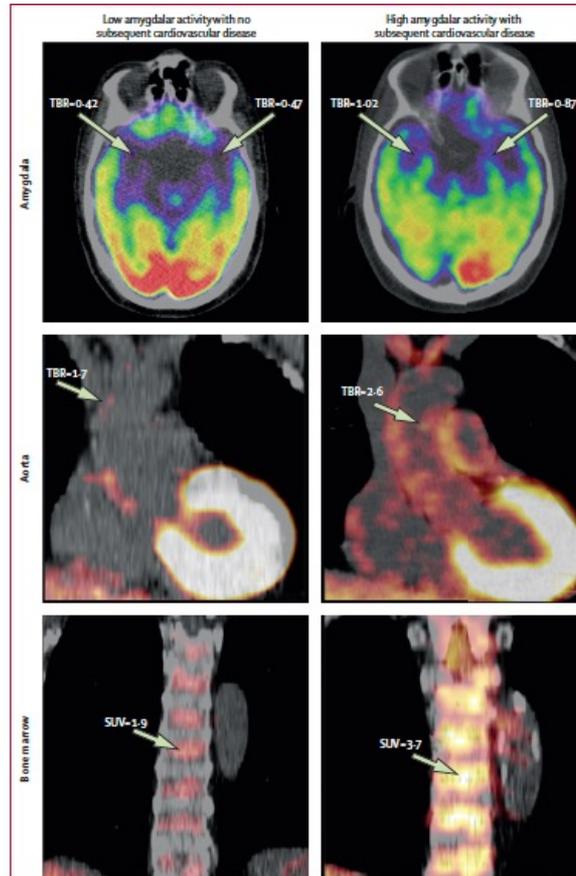


**Empfindung (ideell, R)**

---

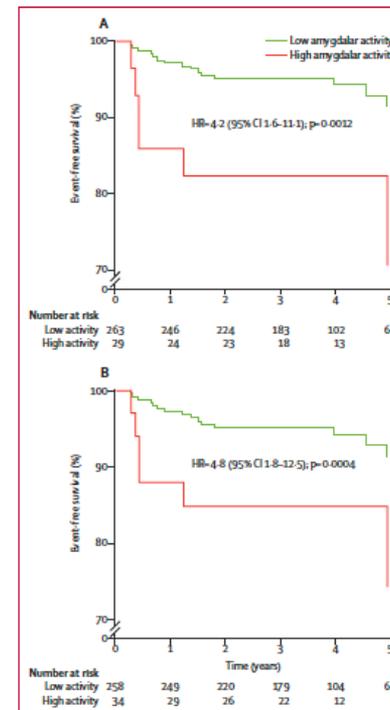
**Erregung (materiell, M)**

# Amygdala-Aktivität ↑ / Entzündungszellen → Herzinfarkt (asymbolischer Pol II)



**Figure 2:** Amygdalar, arterial, and bone-marrow uptake of  $^{18}\text{F}$ -FDG in individuals with and without subsequent cardiovascular disease events

Axial views of amygdala (upper left and right), coronal views of aorta (middle left and right), and coronal views of bone marrow (lower left and right) are shown.  $^{18}\text{F}$ -FDG uptake was increased in the amygdala, bone marrow, and arterial wall (aorta), in a patient who experienced an ischaemic stroke during the follow-up period (right) compared with a patient who did not (left).  $^{18}\text{F}$ -FDG =  $^{18}\text{F}$  fluorodeoxyglucose. SUV = standardised uptake value. TBR = target-to-background ratio.



**Figure 3:** Kaplan-Meier survival curves of low vs high amygdalar activity based on the 90th percentile cutoff (A) or the mean (SD) cutoff (B). Event-free survival for the primary amygdalar endpoint (max max amygdala, i.e., the maximum standardised uptake value for the right and left amygdalae, corrected for background cerebral tissue activity) are shown. p values were calculated with the log-rank test, and cox regression analyses were done to calculate HRs. HR = hazard ratio.

# Stressinduzierte Hyperalgesie (am asymbolischen Pol I)

## Stressinduzierte Hyperalgesie

Ein pathogenetisches Modell zum klinischen Verständnis funktioneller Schmerzsyndrome

N. Egloff<sup>1,2</sup>; N. Bischoff<sup>1</sup>; S. Kipfer<sup>1</sup>; M. Studer<sup>1</sup>; M. grosse Holtforth<sup>1,3</sup>  
<sup>1</sup>Psychosomatische Medizin, C.L. Lory-Haus, Universitätsspital Insel Bern, Schweiz; <sup>2</sup>Departement für Klinische Forschung, Universitätsspital Insel Bern, Universität Bern, Schweiz; <sup>3</sup>Institut für Psychologie, Universität Bern

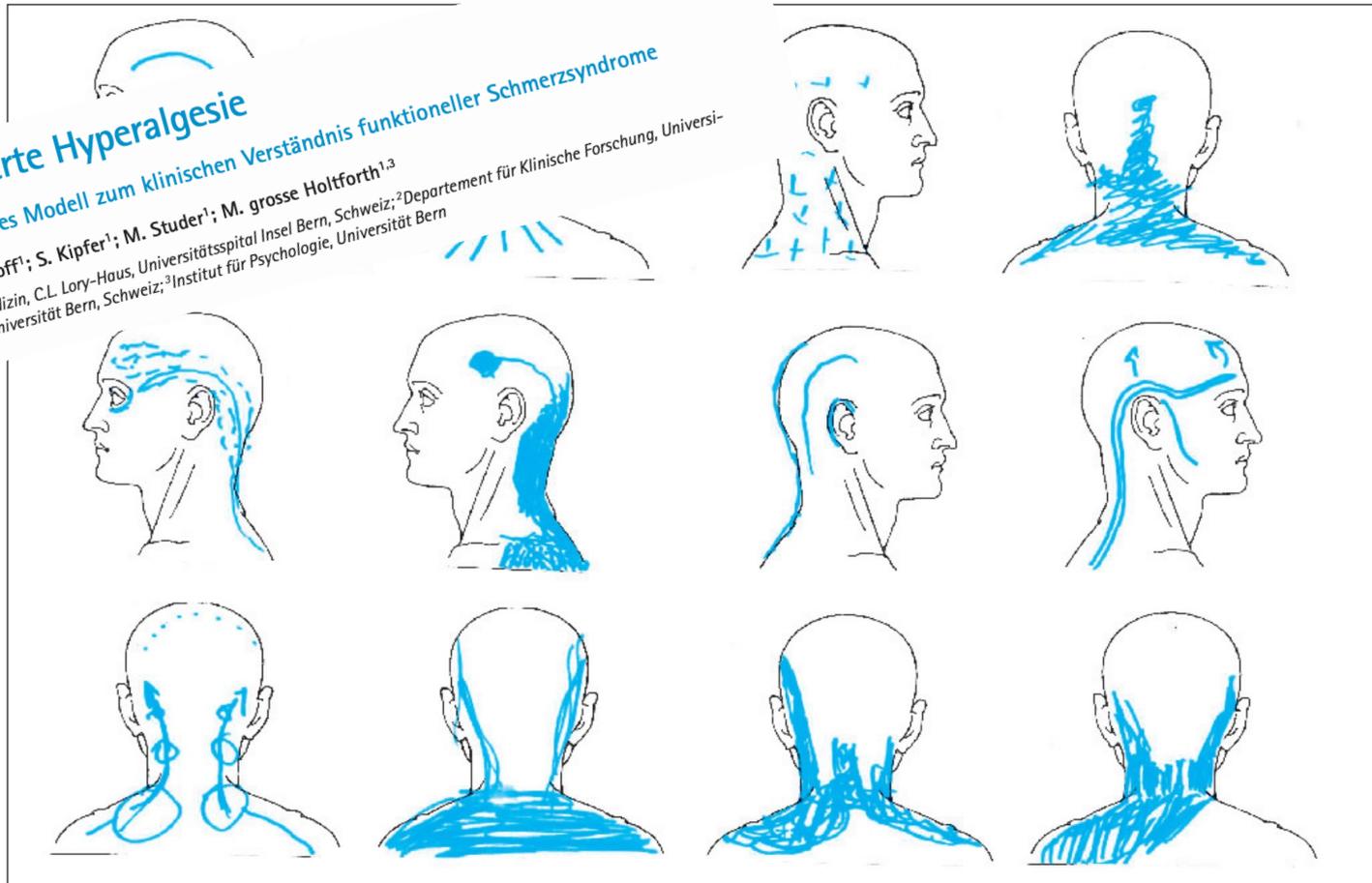


Abb. 1 Schmerzzeichnungen von Patienten mit stressassoziierten myofaszialen Schmerzsyndromen (m. trapezius und m. occipitofrontalis)

**Muskuläre Verspannung + lokale Entzündung**

# Sensibilisierung bei Stressinduzierter Hyperalgesie (am asymbolischen Pol I)

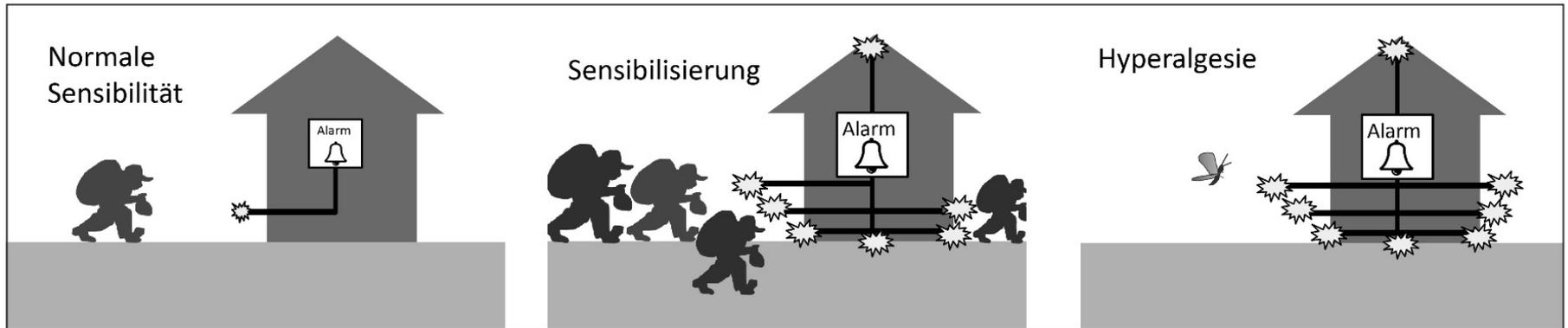


Abb. 3 Illustrationsbeispiel Patientenedukation „stressinduzierte Hyperalgesie“

# Generalisierung bei Stressinduzierter Hyperalgesie (am asymbolischen Pol I)

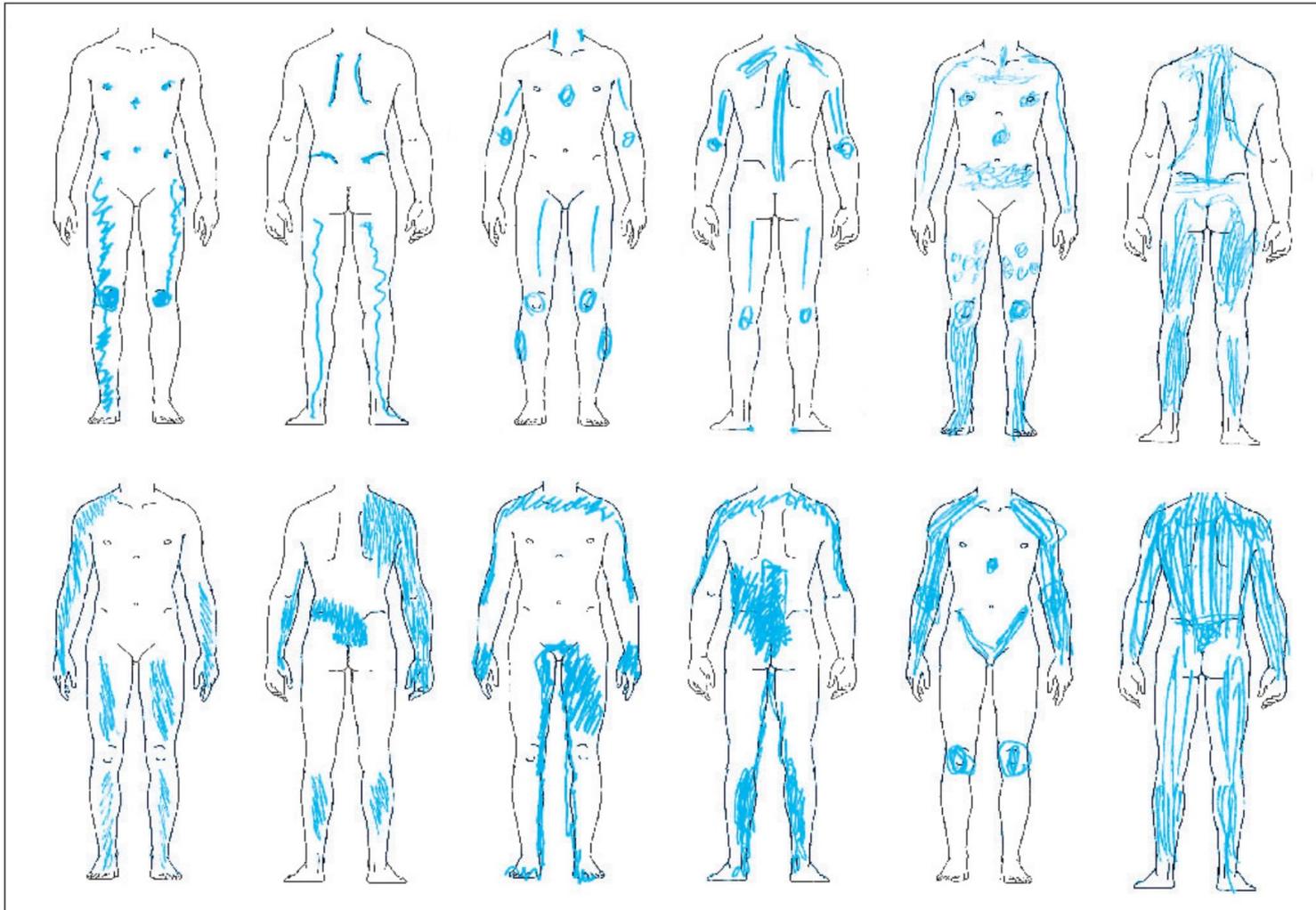


Abb. 2 Schmerzzeichnungen von Patienten mit generalisierter Hyperalgesie mit klassischem achsensymmetrischem Verteilungsmuster

# Reizdarm-Syndrom (Colon irritable, IBS) am asymbolischen Pol I

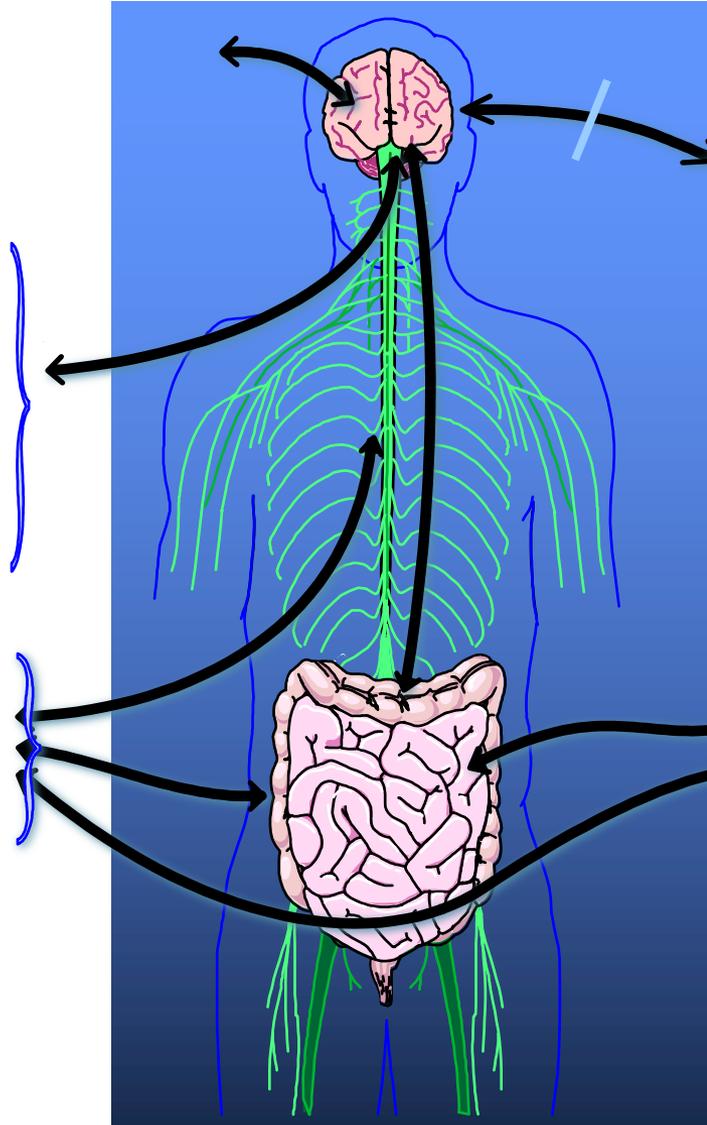
- Motilitätsstörung des Darmes
- Fettinduzierte Retention von Darmgasen
- Sensitivität im Darm ↑
- Schmerzreize aus dem Darm werden cerebral anders verarbeitet als bei Gesunden (PET)

# Input: “Stress”

# Effect: IBS

activation of  
emotional and  
cognitive  
schemata

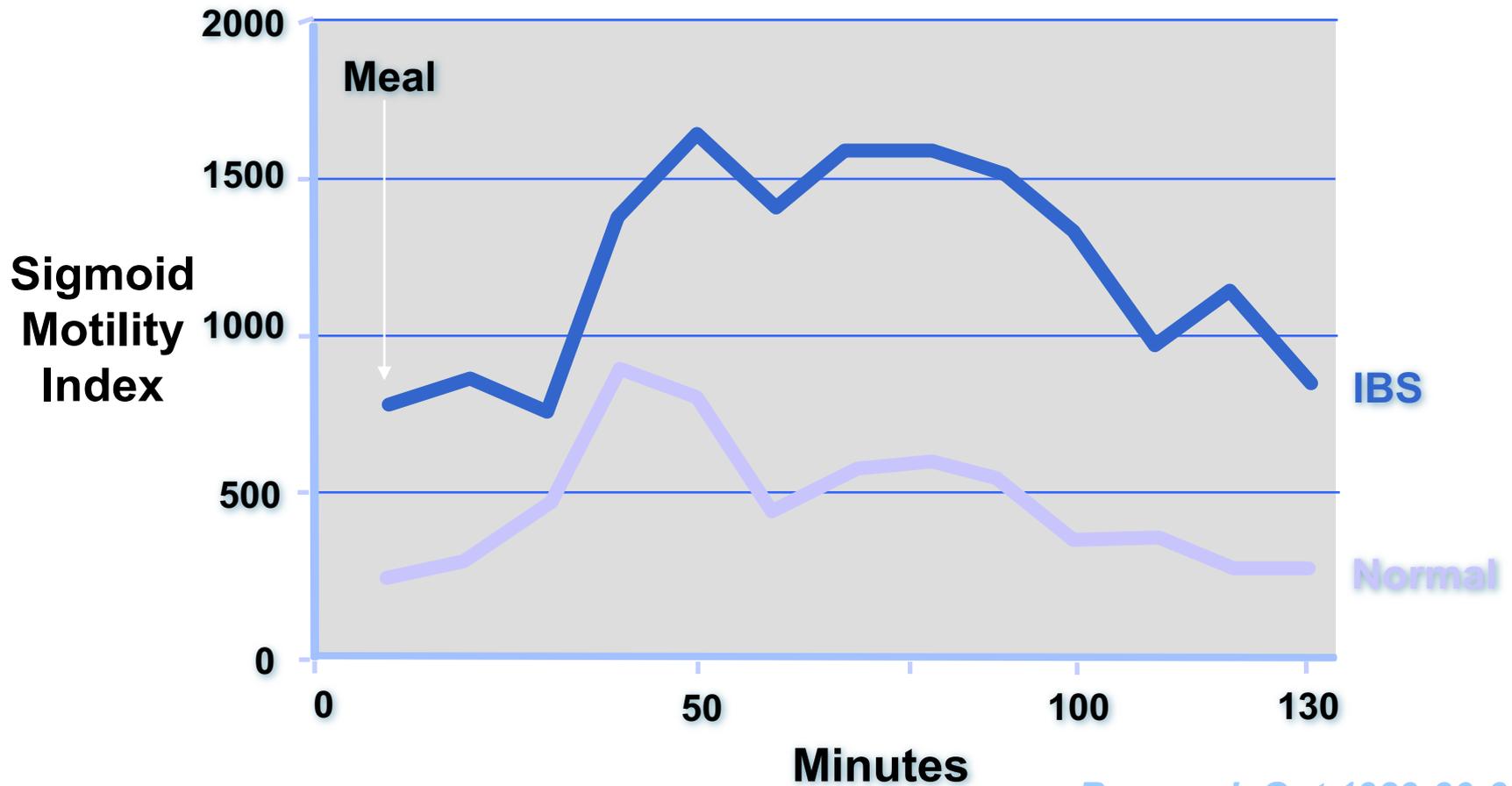
viscerosensory  
activation



*Inhibited cognitive  
/ emotional effects*

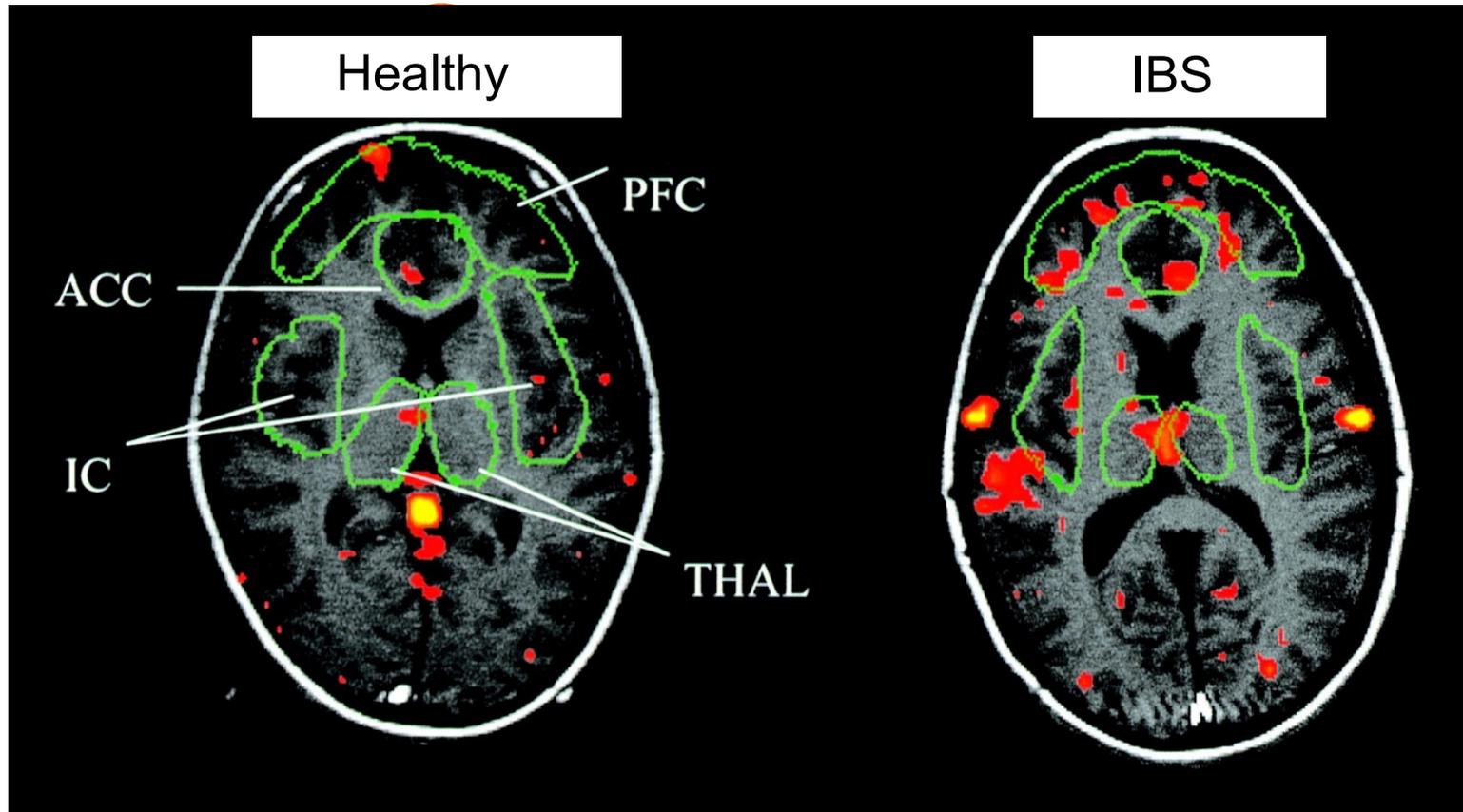
motility  
secretion  
blood Flow  
inflammation

# Colorectal Motility / Gastro-Colic Reflex



*Rogers J, Gut 1989;30:634*

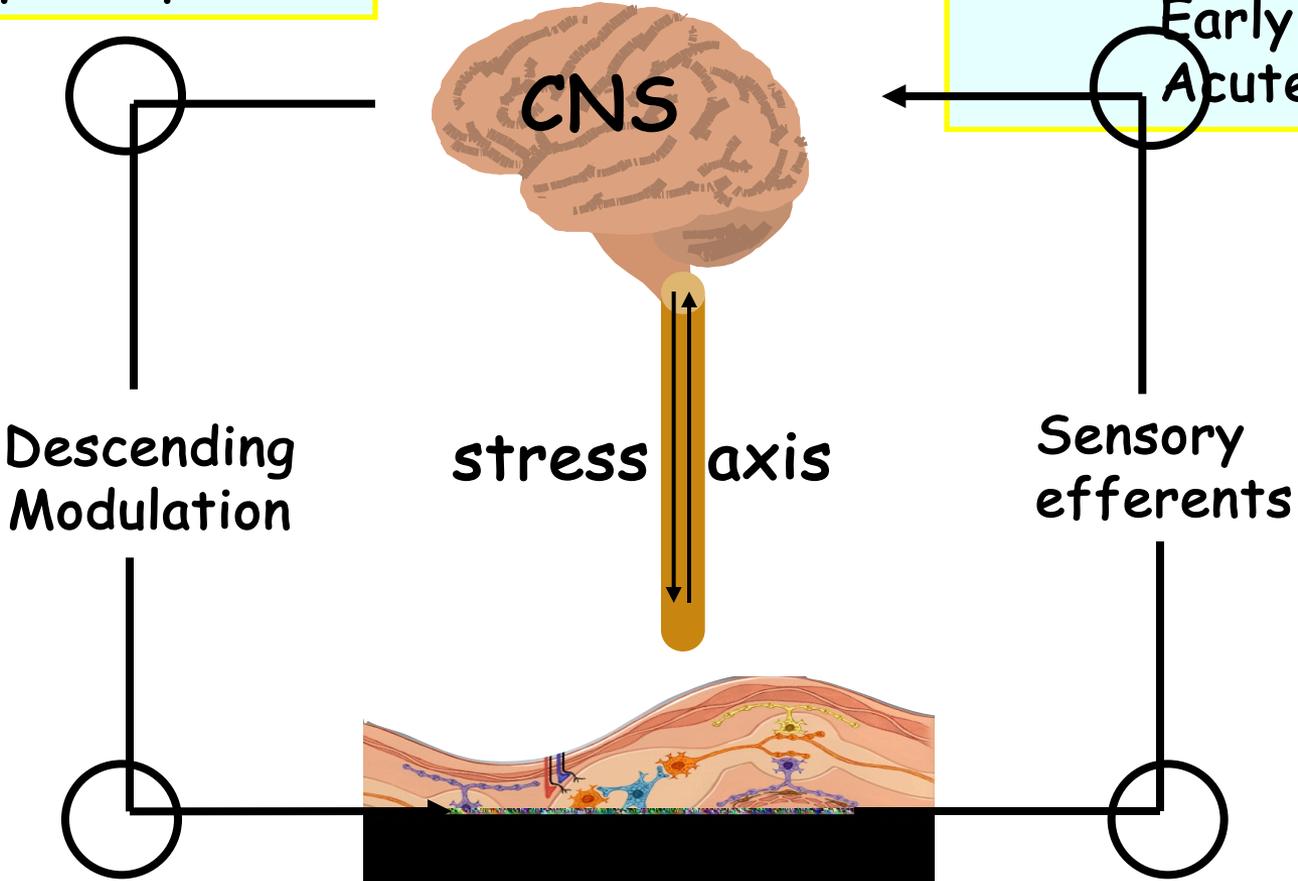
# Altered cerebral activity in frontal and limbic cortex on fMRI



*IBS: increased activity in Anterior Gyrus Cinguli:  
= increased perception of pain*

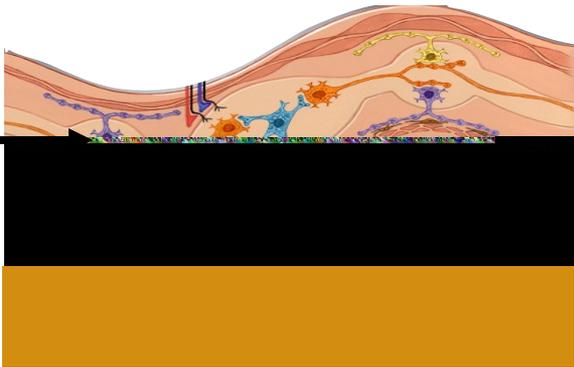
Genetic predisposition

Psychosocial factors:  
Early trauma  
Acute stress



Dietary factors  
e.g. Caffeine  
FODMAPs

Local factors  
e.g. Infection  
Acid exposure



Enteric NS  
Inflammation  
Hypermobility

# Neuro-Befunde der Somatoformen Störungen (am asymbolischen Pol I)

- Emotionale biographische Erinnerungen werden unterdrückt = Hypoaktivität im bilateralen parahippokampalen Gyrus / Amygdala (de Greek et al. 2013).
- Körpersignale werden verstärkt wahrgenommen (erhöhte Aufmerksamkeit) und emotional fehlbewertet = Aktivitätssteigerung im präfrontalen Kortex und im limbischen System (Browning et al. 2011)
- Limbische Hyperaktivität u.a. mit Gesundheitsängsten assoziiert.



Schmerz + soziale Zurückweisung in der  
imaginären Zone

# Verarbeitung peripherer Schmerzreize (z.B. infolge von Verletzungen)

Periphere (nozizeptive) Schmerzreize über die **Thalamuskern**e in den **somatosensorischen Cortex** projiziert.

Die kognitive und emotionale Codierung erfolgt durch die Aktivierung weiterer Hirnareale: u.a. **vordere Insula (AI)**, **anterioren cingulären Cortex (ACC)**, **Amygdala**, **präfrontalen Cortex (PFC)**

Durch Verknüpfungen zwischen **Amygdala** und **Hippocampus** werden Schmerzen in Zusammenhang mit früheren Erfahrungen gebracht (Gedächtnis).

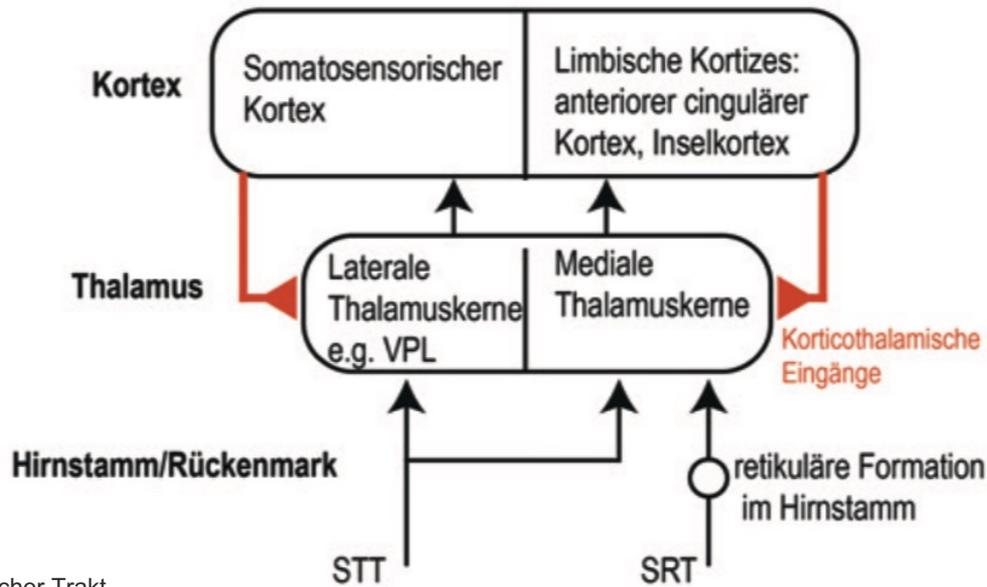
# Präfrontaler Cortex

Laterales System

Mediales System

Wide dynamic range Antworten  
Konvergenz  
Intensitätskodierung  
Sensorisch-diskriminierend

Nozizeptiv-spezifische Antworten  
  
Emotional-affektiv



SST: Spinothalamischer Trakt  
SRT: Spinoreticulothalamischer Trakt

DE GRUYTER

Neuroforum 2017; 23(3): 157–163

Übersichtsartikel

Alexander Groh\*, Rebecca A. Mease und Patrik Krieger

**Wo der Schmerz in das Bewusstsein tritt:  
das thalamo-kortikale System bei der  
Schmerzverarbeitung**

Unterscheidung zwischen einer **sensorischen**  
**und affektiven Komponente** der  
Schmerzwahrnehmung.

Imaginäres Körperbild + Gefühl (Atmosphäre)



Ja, aber .....

Lücke .... dass, also, das ist noch etwas, wo ich irgendwie am rätseln bin, was mag es sein? Äh, ich werde manchmal plötzlich nachts wach und krieg wahnsinnige Schmerzen hier auf dieser Seite. Bin auch schon einmal ins Krankenhaus gekommen, es wurde aber auch nichts gefunden.

Review

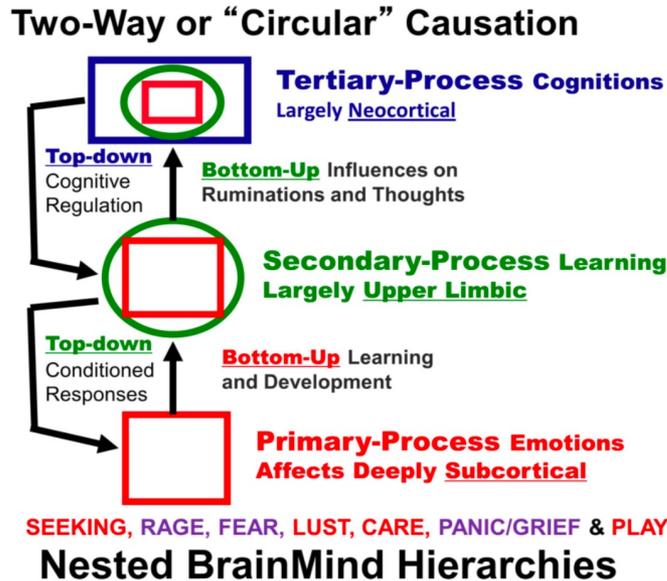
**The “Id” Knows More than the “Ego” Admits:  
 Neuropsychanalytic and Primal Consciousness Perspectives on  
 the Interface Between Affective and Cognitive Neuroscience**

Mark Solms <sup>1,\*</sup> and Jaak Panksepp <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, University of Cape Town, Cape Town 7701, South Africa

<sup>2</sup> Department of VCAPP, College of Veterinary Medicine, Washington State University, Pullman, WA 99164, USA; E-Mail: jpanksepp@vetmed.wsu.edu

**Figure 1.** A schematic showing nested hierarchies of brain functions in which primary processes (red squares) influence secondary (green circles) and tertiary (blue rectangles) processes, which in turn exert top-down regulatory control. The seven primary process emotions are noted: positively valenced emotions highlighted in red (SEEKING, LUST, CARE and PLAY), and negative ones in purple (RAGE, FEAR and PANIC/GRIEF) [2,4].



Materie (M))

Systeme:

Ebene der phänomenal-atmosphärischen, imaginären und symbolischen Gedanken (PA, I, S)

Ebene der realen Empfindungen (R)

# Schmerzverarbeitung im Gehirn (Roth & Egle, 2016)

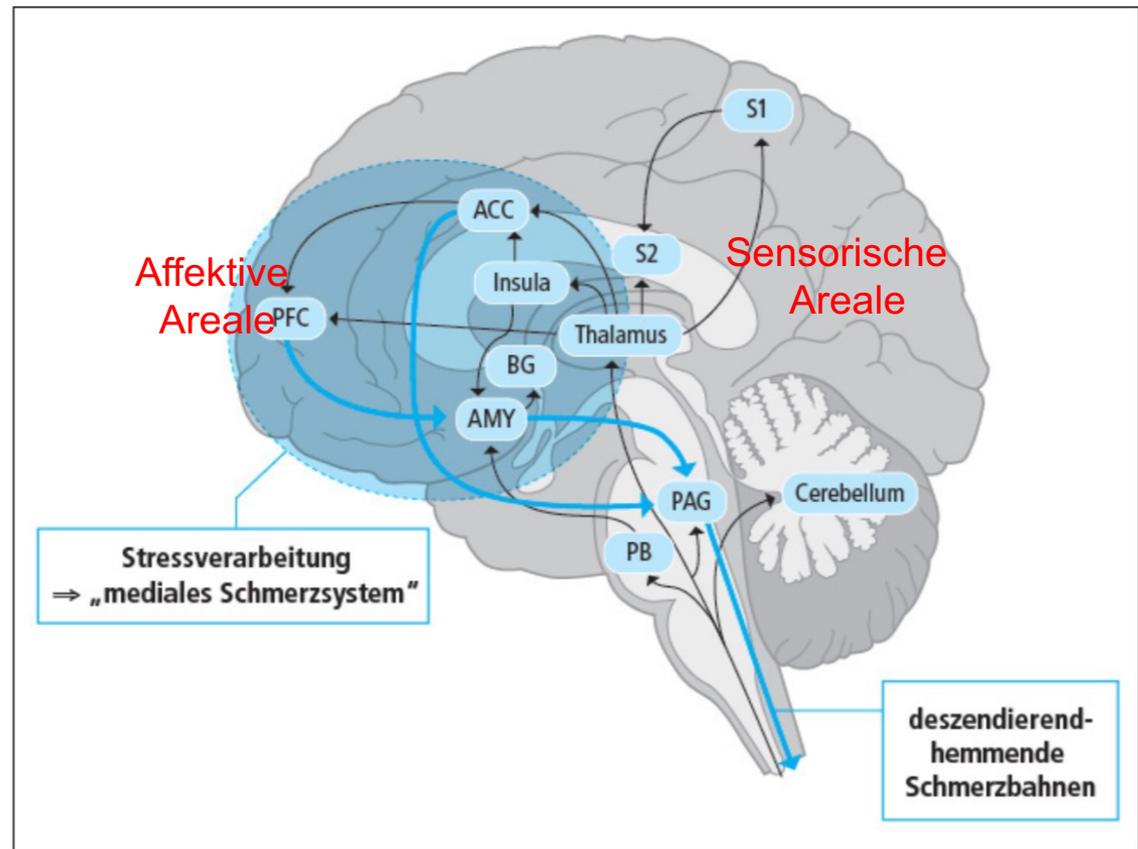


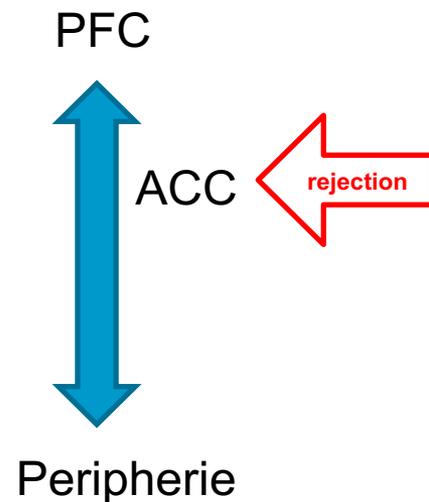
Abb. 1

Schmerzverarbeitung im Gehirn; ACC = ant. Gyrus cinguli; AMY = Amygdala; BG = Basalganglien; PAG = Periaqueduktales Grau; PB = Nucleus parabrachialis; PFC = Präfrontalkortex; S1/S2 = somatosens. Cortex

# Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

Naomi I. Eisenberger,<sup>1\*</sup> Matthew D. Lieberman,<sup>1</sup>  
Kipling D. Williams<sup>2</sup>

A neuroimaging study examined the neural correlates of social exclusion and tested the hypothesis that the brain bases of social pain are similar to those of physical pain. Participants were scanned while playing a virtual ball-tossing game in which they were ultimately excluded. Paralleling results from physical pain studies, the anterior cingulate cortex (ACC) was more active during exclusion than during inclusion and correlated positively with self-reported distress. Right ventral prefrontal cortex (RVPFC) was active during exclusion and correlated negatively with self-reported distress. ACC changes mediated the RVPFC-distress correlation, suggesting that RVPFC regulates the distress of social exclusion by disrupting ACC activity.



# Hypothese:

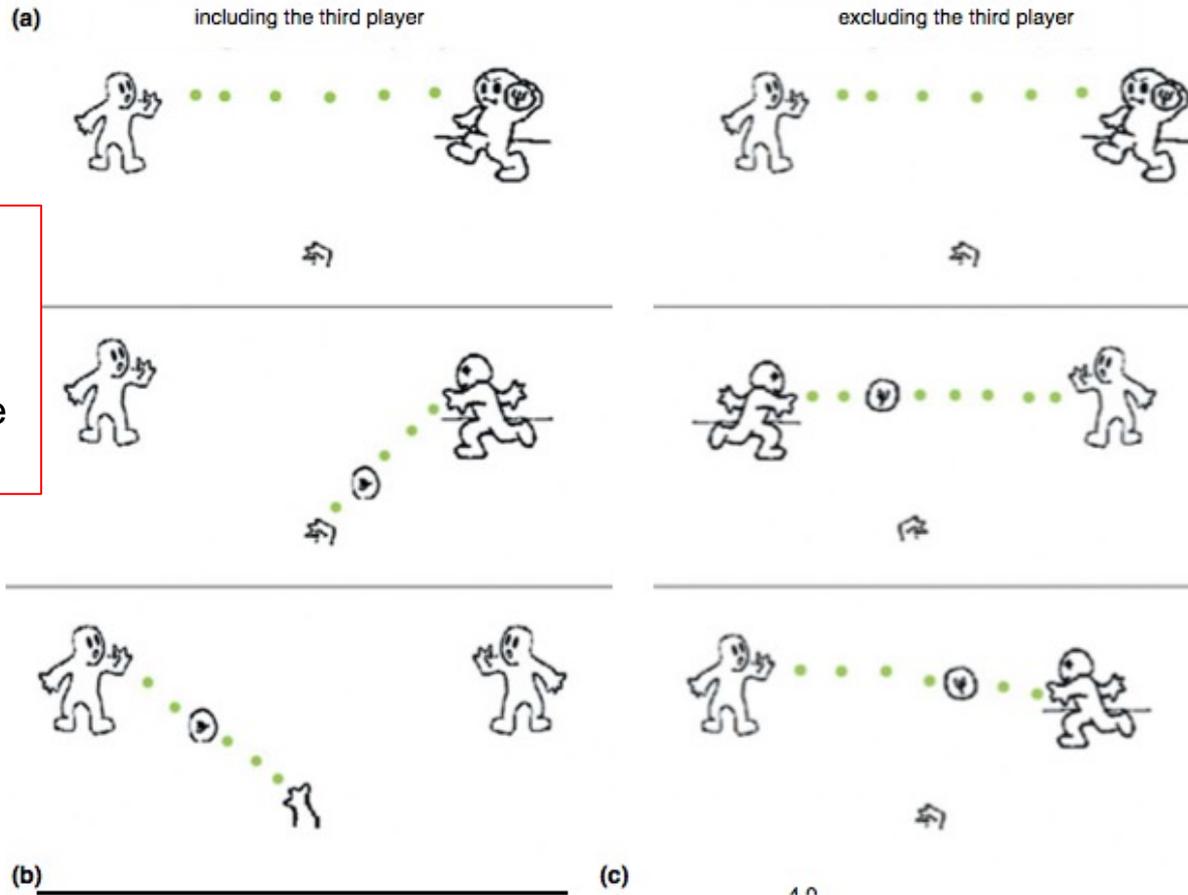
Verlust / Separation löst Schmerzen aus  
(als Irritation des imaginären Körperbilds)

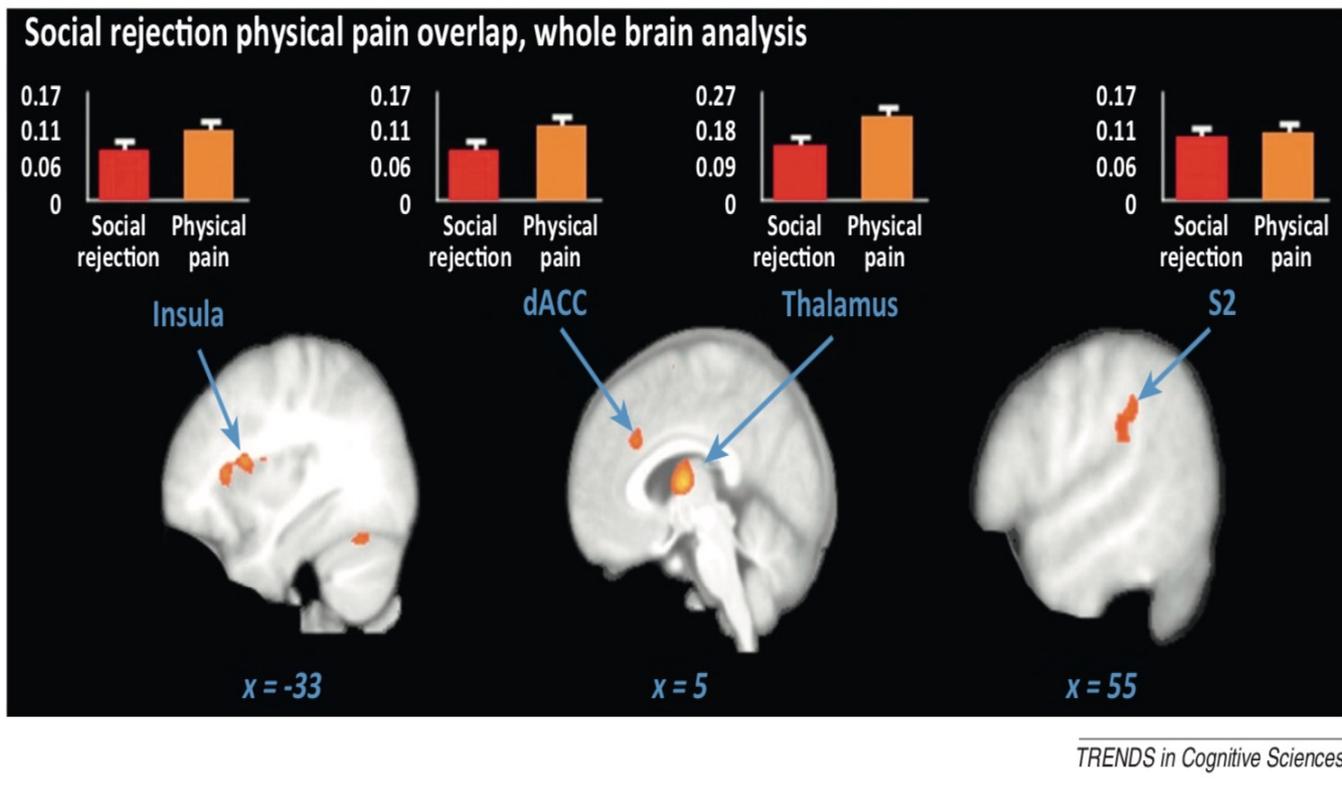
<https://www.youtube.com/watch?v=A3UTXsJzAj4>

## Cyberball- Experiment +

### fMRT:

including / excluding the  
third player





**Figure 1.** Common activation for social rejection and physical pain. Comparison of brain responses elicited by nociceptive stimulation and by pictures evoking recent romantic rejection. On the basis of the similarity of the active regions (i.e., thalamus, insula, cingulate cortex, secondary somatosensory cortex), the authors concluded that 'rejection and physical pain share a common somatosensory representation'. Reproduced, with permission, from [11].

# Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

Naomi I. Eisenberger,<sup>1\*</sup> Matthew D. Lieberman,<sup>1</sup>  
Kipling D. Williams<sup>2</sup>

Hinweise, dass soziale Schmerzen, die durch Zurückweisung bzw. als Bedrohung einer Beziehung entstehen, die neuronalen Mechanismen mit der Verarbeitung von physischem Schmerz teilen.

# Physischer und sozialer Schmerz

(Eichenberger, 2003)

**Physischer Schmerz** = unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer tatsächlichen oder potentiellen Verletzung des Gewebes assoziiert ist.

**Sozialer Schmerz** = belastende Erfahrung, die sich aus der Wahrnehmung tatsächlicher oder potentieller psychologischer Distanz zu wichtigen Bezugspersonen oder einer sozialen Gruppe ergibt.

# Affektive Schmerzverarbeitung im ACC (Treede et al., 1999; Eisenberger, 2003)

- Der **dorsale Abschnitt des ACC (dACC)** sowie die **vordere Insel (AI)** sind für die affektiven Komponenten bei physischem und sozialem Schmerz verantwortlich.
- Gesteigerte Aktivität im **dACC** geht mit verstärkten negativen Affekten während der Schmerzwahrnehmung einher.

# Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

Naomi I. Eisenberger,<sup>1\*</sup> Matthew D. Lieberman,<sup>1</sup>  
Kipling D. Williams<sup>2</sup>

Die **Areale der affektiven Komponente** des körperlichen Schmerzens überschneiden sich mit den **Arealen des sozialen Schmerzens** (Eisenberger et al. 2003; Eisenberger 2012).

## „Overlap“ der Verarbeitungsareale

(u.a. im ACC: unbewusste, reale Empfindung)

**Sozialer Schmerz** wird in affektiven Schmerz-Regionen (dACC, AI) verarbeitet, um via körperlichem Schmerz vor **sozialen Schäden** zu warnen / diese zu verhindern.

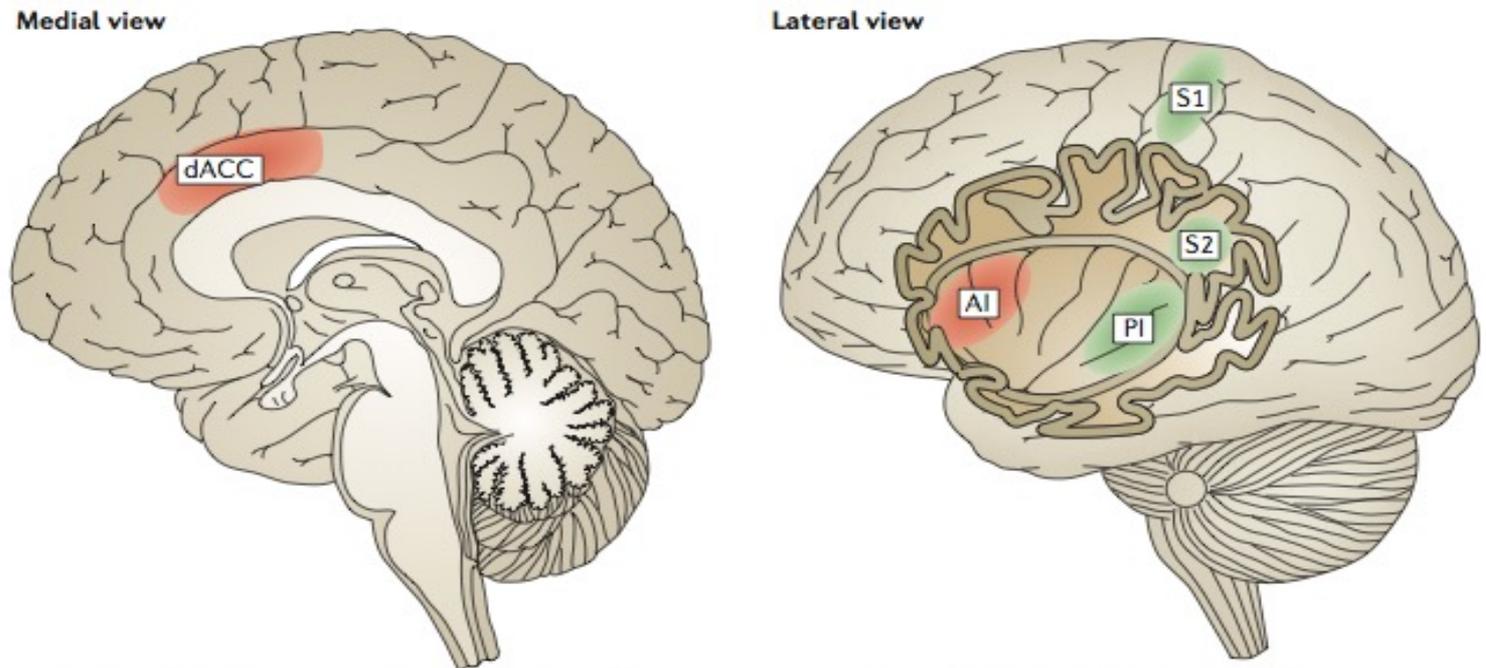
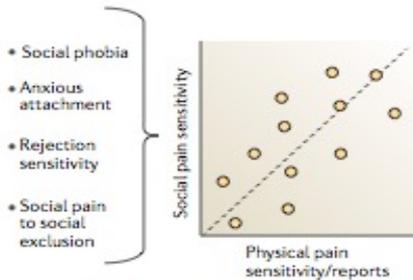


Figure 1 | **Cortical substrates of the affective and sensory components of physical pain.** The medial view on the left shows the dorsal anterior cingulate cortex (dACC). The lateral view on the right shows the primary somatosensory cortex (S1) on the outer surface of the brain, the secondary somatosensory cortex (S2) on the edge of the cut-out of the brain and the anterior insula (AI) and posterior insula (PI) in the middle of the cut-out of the brain. Sensory components are shown in green and affective components in red.

**a Physical-social pain overlap**



**b Trait consequences**



**c State consequences**

Type of manipulation	Type of pain	
	Social	Physical
Increase pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Early social trauma</li> <li>• Failure</li> <li>• Social exclusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sickness/injury</li> <li>• Inflammatory activity</li> <li>• Experimental pain</li> </ul>
	↑ Physical pain	↑ Social pain
	Decrease pain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Social support</li> </ul>
↓ Physical pain		↓ Social pain

**Figure 3 | Model depicting the functional consequences of a physical-social pain overlap.** **a** | To the extent that physical and social pain rely on shared neural substrates (dorsal anterior cingulate cortex, (dACC) and anterior insula, (AI)), there should be trait and state consequences. **b** | The trait consequences of a physical-social pain overlap are that individual differences in sensitivity to one kind of pain should relate to individual differences in sensitivity to the other. The graph here shows the forms of social pain sensitivity that have been associated with physical pain sensitivity. **c** | The state consequences of a physical-social pain overlap are that factors that increase or decrease one kind of pain should affect the other in a similar manner. The box here lists the factors that are typically associated with altering one kind of pain (for example, Tylenol typically reduces physical pain) and have been shown to have the same effect on the other kind of pain (for example, Tylenol can also reduce social pain). Figure modified, with permission, from REF. 148 © (2012) Wolters Kluwer Health.

## Physical-social-pain overlap

Sensitivität im sozialen Bereich interagiert mit Sensitivität im physischen Bereich.

## Sensorische Schmerzverarbeitung in den sensomotorischen Rindenfeldern (Eisenberger, 2003)

Die **sensorischen Rindenfelder (S1, S2)** und die **posteriore Insel (PI)** sind v.a. für die sensorischen Komponenten der Schmerzverarbeitung verantwortlich.

Aber:

Mit-Aktivierung von sensorischen Arealen infolge sozialer Ablehnung (Fisher et al. 2010, Kross et al. 2011).

# Sensorische Schmerzverarbeitung in den sensorimotorischen Rindenfeldern (Eisenberger, 2003, 2015)

## Weitere Differenzierung:

Bei **Verlust** wird die affektive Komponente des Schmerzerlebens aktiviert (dACC), bei **Entwertung** die sensorische Komponente (sensorimotorische Rindenfelder).

## ... der Schritt in Bewusstsein-

Präfrontaler Kortex (PFC): Kognitive / emotionale Bewertung (Bildung von Gedanken)

**Ventromedialer PFC:** emotionale Bewertung des Schmerzreizes (in Kooperation mit vorderem Gyrus cinguli): Phänomenal-atmosphärische Gedanken

**Dorsolateraler PFC:** Kognitive Bewertung des Schmerzreizes (imaginäre + symbolische Gedanken)

# Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

Naomi I. Eisenberger,<sup>1\*</sup> Matthew D. Lieberman,<sup>1</sup>  
Kipling D. Williams<sup>2</sup>

## Kybernetischer Regelkreis: Gegenregulation (top-down)

- Aktivierung des dACC infolge sozialer Zurückweisung geht mit Aktivierung des rechten ventralen präfrontalen Cortex (RVPFC) im Sinne einer **top-down-Regulation des limbischen Alarmsystems** einher.
- Der RVPFC dient einer Selbstregulation, um den Schmerz zu vermindern.

Gefühle der zwischenmenschlichen  
Ablehnung (Verlust, Entwertung) modulieren  
die neuronale Schmerzverarbeitung.

# Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

Naomi I. Eisenberger,<sup>1\*</sup> Matthew D. Lieberman,<sup>1</sup>  
Kipling D. Williams<sup>2</sup>

- Die Überlappung von physischem und sozialem Schmerz hat eine adaptive Funktion, um die Versorgung durch die Mutter zu gewährleisten und eine Trennung zu vermeiden (Eisenberger & Lieberman, 2004).
- Hypothese: Eventuell entsteht anhaltender Schmerz, wenn sich die Mutter länger abwendet, z.B. wegen Depression oder mangelnder Empathie (Lacans „Mangel“).

# Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion

Naomi I. Eisenberger,<sup>1\*</sup> Matthew D. Lieberman,<sup>1</sup>  
Kipling D. Williams<sup>2</sup>

- Emotionales Bindungssystem wurde dem physischen Schmerzsystem im **Huckepackprinzip** aufgelagert, um Überleben zu sichern: Entfernen aus der Gruppe wird mit physischem Schmerz sanktioniert.
- ACC ist ein „**Alarm-System**“, das in Situationen, die das Überleben bedrohen, anspringt.
- Schmerz dient dazu, physische und soziale Gefahren (Verlust, Entwertung) zu identifizieren.

# Beyond metaphor: contrasting mechanisms of social and physical pain

Gian Domenico Iannetti<sup>1</sup>, Tim V. Salomons<sup>2</sup>, Massieh Moayed<sup>1</sup>,  
André Mouraux<sup>3</sup>, and Karen D. Davis<sup>4,5</sup>

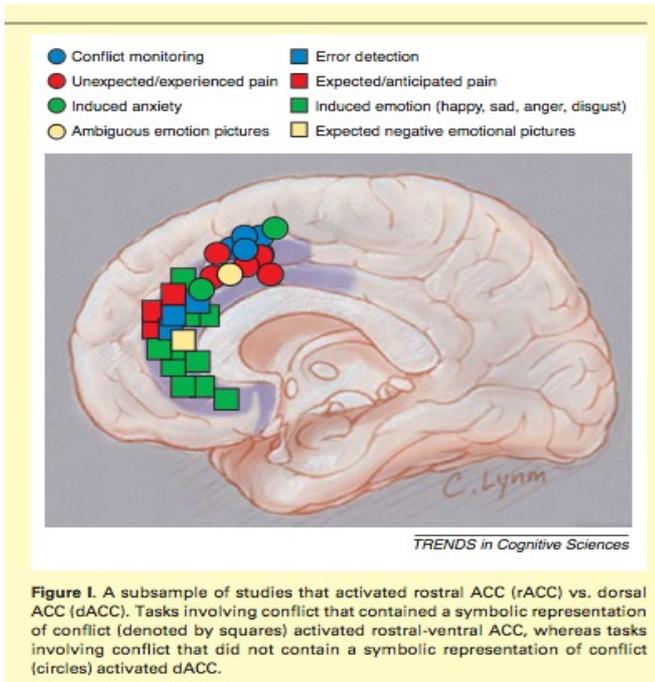
<sup>1</sup> Department of Neuroscience, Physiology and Pharmacology, University College London, London, UK

<sup>2</sup> Department of Psychiatry, University Health Network, Toronto, Canada

<sup>3</sup> Institute of Neuroscience, Faculty of Medicine, Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium

<sup>4</sup> Division of Brain, Imaging, and Behaviour – Systems Neuroscience, Toronto Western Research Institute, University Health Network, Toronto, Canada

<sup>5</sup> Department of Surgery and Institute of Medical Science, University of Toronto, Toronto, Canada



**Kritik:** ACC hat verschiedene Aufgaben (v.a. Identifizierung Prägnanter Merkmale)

Nimmt der körperliche Schmerz bei Zurückweisung tatsächlich zu?



# Neurobiologie der (hysterischen) Konversionsstörung



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com/en](http://www.em-consulte.com/en)



REVIEW/MISE AU POINT

# Brain circuits implicated in psychogenic paralysis in conversion disorders and hypnosis

*Circuits cérébraux des paralysies psychogènes liées aux troubles de conversion et à l'hypnose*

**P. Vuilleumier**

*Laboratory for Behavioral Neurology and Imaging of Cognition (LABNIC), Department of Neuroscience (NEUFO), University Medical Center (CMU), 1, rue Micheli du Crest, 1205 Geneva, Switzerland*

Received 27 December 2013; accepted 12 January 2014

# Neurobiologie der Konversions-Störung (Paraplegie, Amnesie, Blindheit)

- Symptombildung ist zeitlich mit (hemmender) Aktivitäts-zunahme im präfrontalen Kortex assoziiert (Bell 2011).
- **Paraplegie:** Präfrontale hemmende Top-Down-Steuerung der exekutiven motorischen Prozesse + Inhibition in den subkortikalen Schleifen (Basalganglien, Thalamus) → Hypoaktivität in den motorischen Feldern → kontralaterale Lähmung (Vuilleumier et al. 2001).
- **Psychogene Amnesie / Blindheit:** Hypoaktivität in den spezifischen somatosensiblen Abschnitten des Gehirns (Becker et al. 2013, Thomas-Anterion et al. 2010).

# Präfrontale Hemmung → Hemmung der motorischen Areale → kontralaterale Lähmung

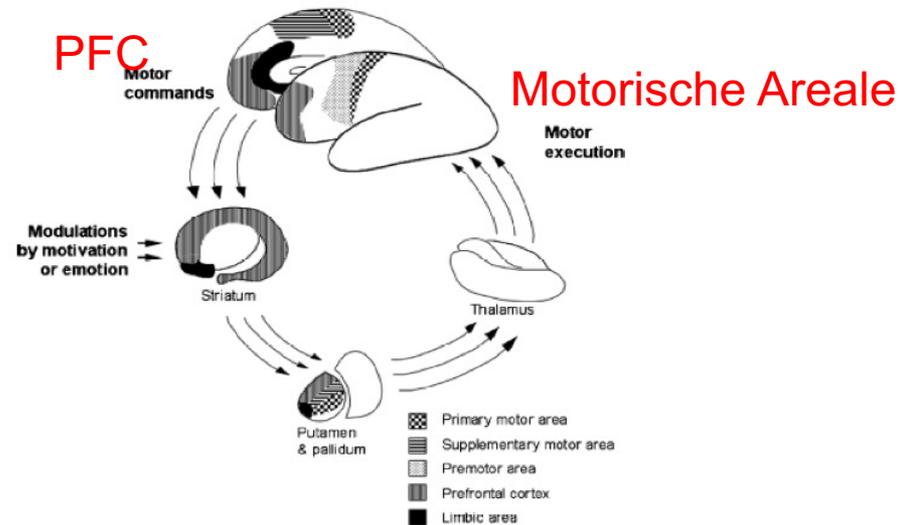
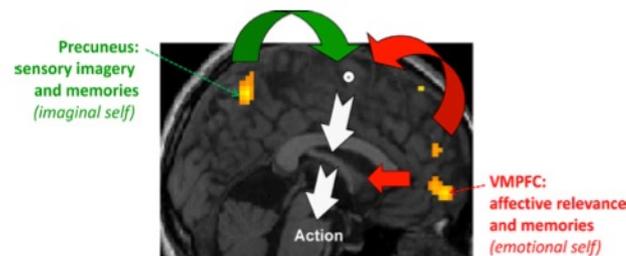


Fig. 4. Schematic illustration of cortico-subcortico-cortical loops. These circuits link various areas in frontal cortex to the caudate nucleus, putamen and pallidum, thalamus, and then back to the cortex, allowing a modulation and coordination of motor commands initiated in the cortex during movement execution, but presumably also during more complex cognitive operations. Such loops provide several neural sites, particularly in the striatum/caudate, where neural signals can be modulated by affective and motivational inputs from many other brain regions (such as orbitofrontal cortex, cingulate cortex, or amygdala), constituting a cerebral system thought to be critical for the integration of volitionally guided and emotionally triggered expressions of behavior.

# Einfluss autobiografischer Erinnerungen und Selbstrepräsentanzen auf die sensorischen und motorischen Felder

via Aktivierung u.a. des **ventromedialen präfrontalen Kortex**  
(VMPFC, „emotional self“) und des **Precuneus** („imaginal self“)  
(Vuilleumier 2014)



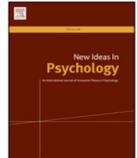
**Figure 6** Schematic neuroanatomical model of psychogenic paralysis. Both precuneus and ventromedial prefrontal cortex (VMPFC) are core components of brain networks mediating access to self-representations and personal episodic memories, including sensory or agency information (for precuneus) and affective relevance (for VMPFC). Frequent recruitment of these areas in conversion patients and enhanced connectivity with motor or sensory areas suggests an important role in modulating behavior and self-awareness, perhaps by modulating motor or sensory processes (at cortical and/or subcortical level) under the influence of memory and affective representations unconsciously generated in these regions. VMPFC activity appears specific to conversion, whereas precuneus is also recruited during hypnosis.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

New Ideas in Psychology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/newideapsych](http://www.elsevier.com/locate/newideapsych)



# Connectivity- Conversion Paradigm

## The connectivity / conversion paradigm - A new approach to the classification of psychosomatic disorders



Lutz Goetzmann<sup>a,\*</sup>, Adrian Siegel<sup>b</sup>, Barbara Ruettnner<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Department of Psychosomatic, Medicine and Psychotherapy, Segeberger Kliniken, Am Kurpark 1, D-23795, Bad Segeberg, Germany

<sup>b</sup> Centre of Neurology, Zurich-Thalwil, Gotthardstrasse 52, CH-8800, Thalwil, Switzerland

<sup>c</sup> Department of Psychology, Medical School Hamburg, Am Kaiser Kai 1, D-20457, Hamburg, Germany

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

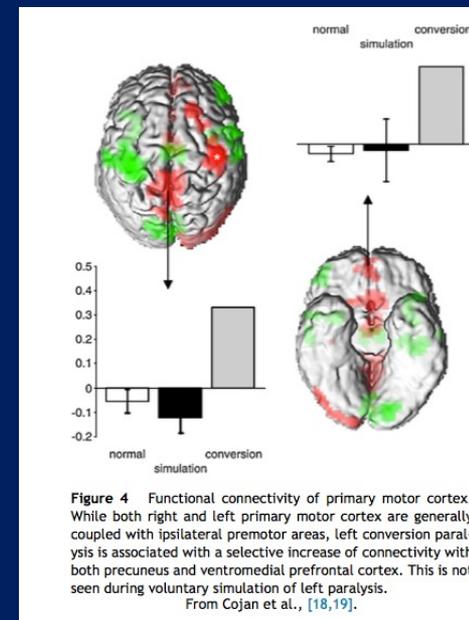
Connectivity  
Conversion  
Dissociation  
Somatoform disorder  
Somatic symptom disorder  
Neuroimaging  
Classification

### ABSTRACT

The classification systems DSM-5 and ICD-10/11 are predominantly based on a phenomenological description of psychic disorders. Psychological and neurobiological findings are only marginally considered. In a conceptual framework, the article proposes a classification system for psychosomatic disorders encompassing descriptive, psychological, and neurobiological aspects. We suggest “connectivity” (neurobiological term)/“conversion” (psychological term) as the common factor which translates emotional distress into physical symptoms. Three types of “conversion disorder” can clinically be distinguished: 1.) The dissociative type comprises a down-regulation of emotionality. 2.) In the asymbolic-operational type, only the physical part of distress is perceived. 3.) The symbolic-expressive type is characterized by the fact that unconscious, mostly conflict-laden images are presented with the aid of symbolic physical symptoms. In a mixed form, the aforementioned conversion types may occur simultaneously or at different times. This multidimensional classification – against the background of the connectivity/conversion paradigm – might become a prerequisite for specific psychotherapeutic interventions tailored to the respective conversion types.

# Connectivity

Vernetzung neuronaler Systeme, die mit physischen, emotionalen und kognitiven Funktionen (einschließlich des Abrufs autobiographischer Erinnerungen) assoziiert sind.



Grundprinzip: Top-Down-Steuerung

# Connectivity-Paradigma

## Transformation + Konversion (dialektisch, via Aufhebung)



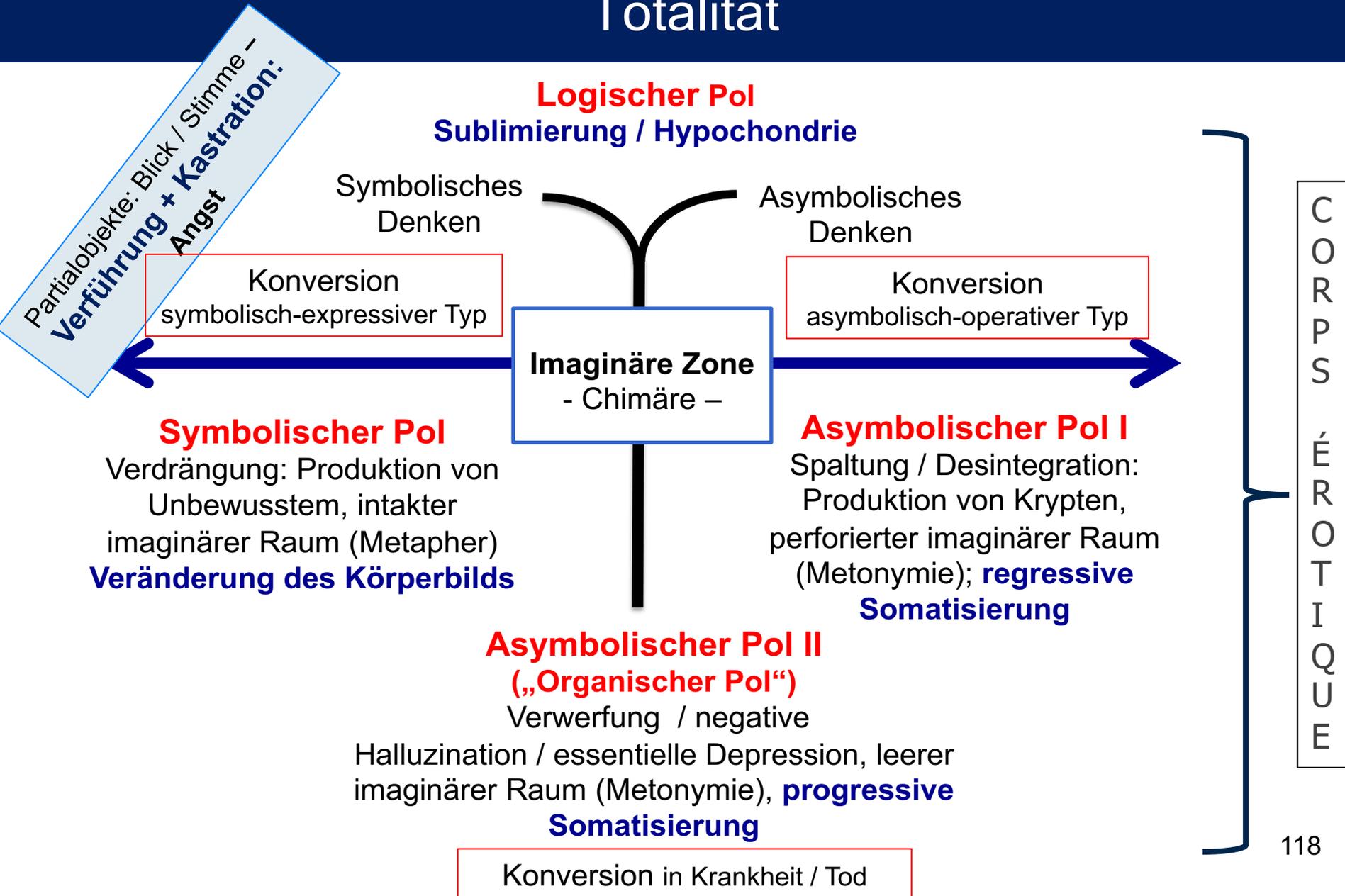
"There you go, Professor: One dry martini and a first edition of Hegel's 'Phenomenology of spirit'."

# Fragen der psychosomatischen Behandlungstechnik

BARBARA RUETTNER, ADRIAN SIEGEL &  
LUTZ GOETZMANN

»Der Sprung ins Imaginäre« – zur behandlungstechnischen  
Verwendung psychosomatischer Körpersymptome\*

# Die Achse der Psychosomatischen Totalität

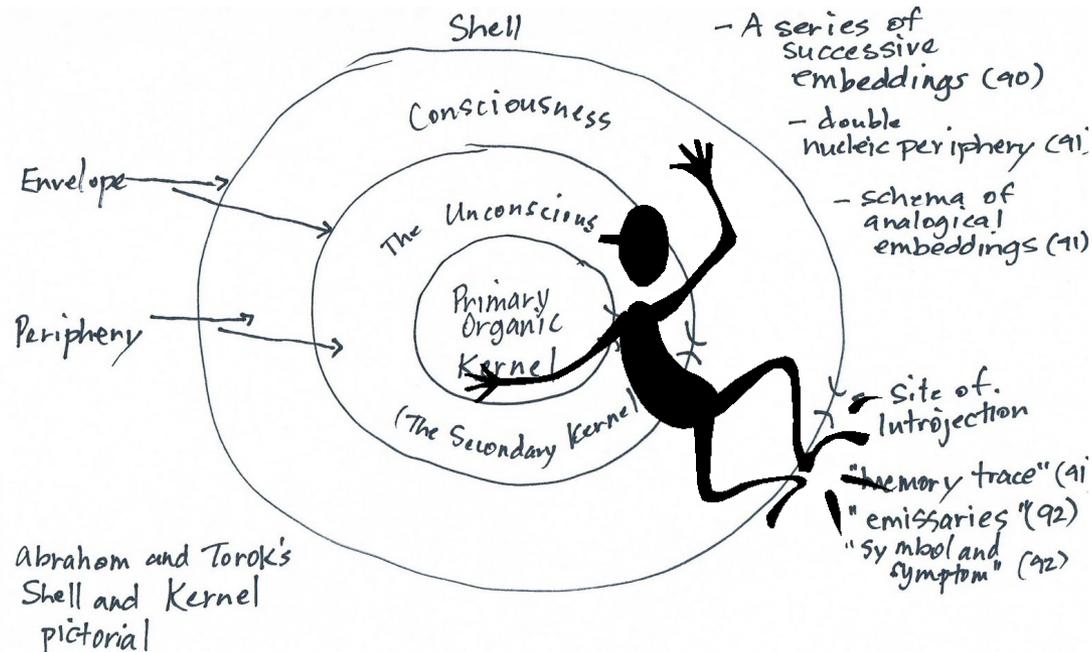


# Intervention in der Imaginären Zone

## Sinnliches Hologramm

### Sprung ins Imaginäre

**Indikation:** Das Körpersymptom lebt,  
ist aus einem lebendigen Stoff, es ist „da“.

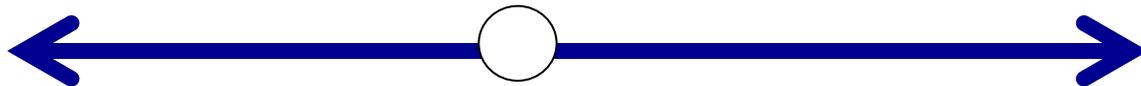


Identität von Körper & Selbst

# Zone der Präsenz

In der „Mitte“ der Achse ist eine Stelle, an welcher Körper und Psyche im Gleichgewicht sind: Lebendige Qualität des Symptoms.

**Sprung ins Imaginäre**



# Die Epoché als therapeutische Haltung

*Εποχή* (altgr.) = „Zurückhaltung seines Urteils“  
(vom Verb *επιεχω* = „anhalten,  
zurückhalten“; „gegenüberstehen“)

Die Epoché bildet einen Freiraum und ermöglicht  
so den „Sprung ins Imaginäre“ — ins körperlich Unbewusste.

„... springen, eintauchen, sich hineinbewegen -“

# Körpersymptome als Oberflächenabgründe (vgl. Baudrillard 2012, S. 59)

Das Körpersymptom ist die Oberfläche, die einen Abgrund in  
Form des Realen bildet.

Beispiele: Knochenkälte – Starkstrom – genitaler  
Juckreiz

**Verweile in der Zone der Präsenz!**

# Übung: „Weihnachten“

Weihnachten...

Augen schließen. Innerlich versammeln. Ruhe  
Körpergefühle.

... in die Körpergefühle hineingehen und  
verweilen

Bilder und Gedanken zulassen

Sich mit Nachbar\*in austauschen



„Was du gesehen hast, verrät es nicht - bleib in dem Bild.“

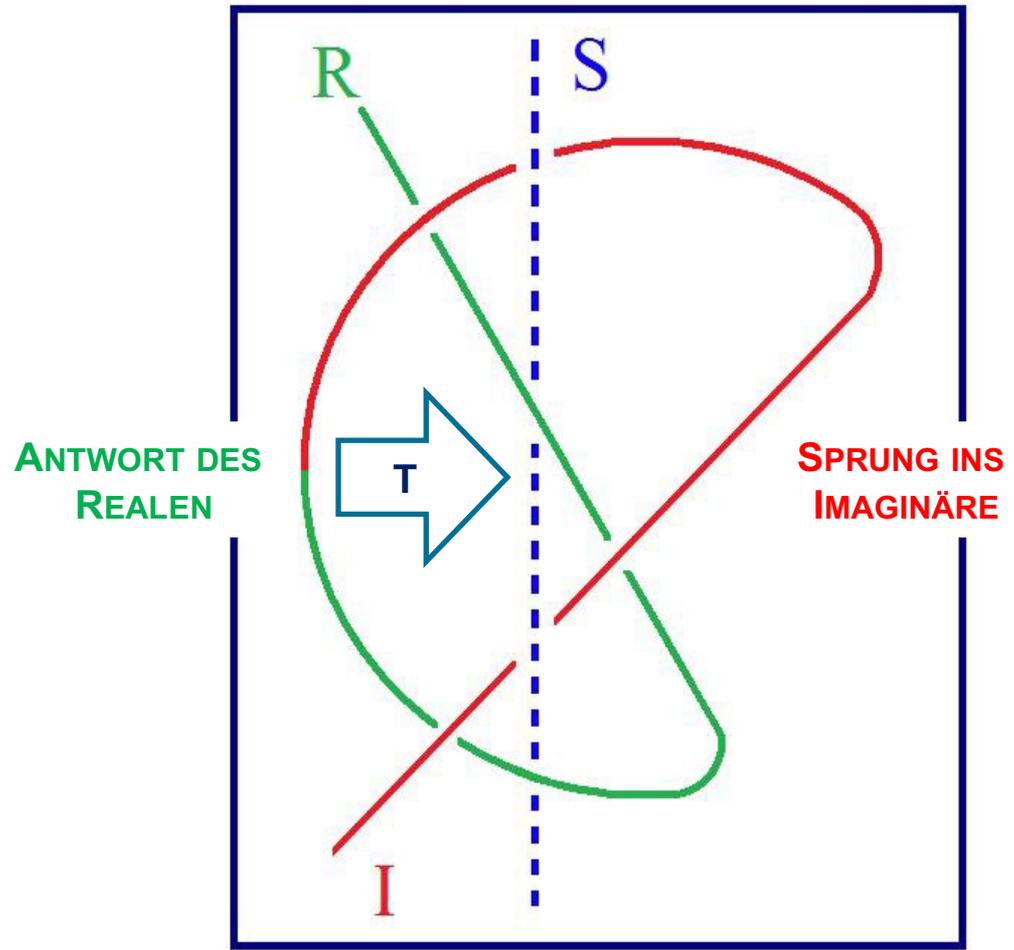
Peter Handke (1995): „Die Stunde, da wir nichts voneinander wussten“

# Réponse du réel = Validierung der Präsenz

Es findet eine Antwort = Validierung durch das Reale statt.  
(réponse du réel)

Die „Antwort des Realen“ veranlasst uns, die Realität zu symbolisieren, d.h. das Unsagbare in eine erträgliche Wirklichkeit zu transferieren.

**Symbolisierung als kreative Abwehr**  
**Kontakt / Toleranz - Transformation**





[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Knossos\\_silver\\_coin\\_400bc.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Knossos_silver_coin_400bc.jpg)

# Intervention am symbolischen Pol

## Metapher

### Durcharbeiten des ubw. Konflikts

**Indikation:** Das Körpersymptom löst Phantasien aus, die sich in einen Sinn-Zusammenhang einbetten lassen.

Das Imaginäre konnte sich entfalten und ist intakt  
(= erträgliche Abwesenheit / Anwesenheit des  
Primärobjects) + Triangulierung ( → symbolische  
Kapazität → Symbolisierung triangulärer Konflikte /  
aktueller Traumata): **Sinn / Bedeutung.**

# Intervention am asymbolischen Pol I + II (Metonymie)

## Baby Talk / affektive Spiegelung / Entdeckung der eigenen Subjektivität

**Indikation:** Das Körpersymptom ist verschlossen, wird nur  
somatisch erlebt.

Das Imaginäre konnte sich nicht entfalten und / oder  
wurde von traumatischen Krypten durchlöchert bzw.  
verwüstet

(= unerträgliche Abwesenheit / Anwesenheit des  
Primärobjects) + traumatische Dyade (→ keine  
symbolische Kapazität): **versiegelte Leere**

Grundhaltung im psychosomatischen Gespräch

**Holding**  
**Listening**  
**Containing**

# Psychotherapie bei Patienten mit vs. ohne somatische Herzerkrankung

<b>... mit somatischer Herzerkrankung</b>	<b>... ohne somatische Herzerkrankung</b>
Beziehung aufbauen	Beziehung aufbauen
Realität der somatischen Erkrankung anerkennen	Realität der psychosomatischen Erkrankung anerkennen
Erfahrungen und Auswirkungen der Erkrankung thematisieren	Gemeinsames subjektives Krankheitskonzept entwickeln
Sinn und Bedeutung geben	Sinn und Bedeutung geben
(biographische, usw) Zusammenhänge herstellen	(biographische, usw) Zusammenhänge herstellen
Unbewusste Phantasien verstehen	Unbewusste Phantasien verstehen

# Was ist wichtig?

Wärme - Augenkontakt

Wertschätzung - emotionale Anteilnahme -

Achten auf eigene Gefühle -

- Vorstellungsvermögen – logische Phantasie

Piglet sidled up to Pooh from behind.  
"Pooh," he whispered.

"Yes, Piglet?"

"Nothing," said Piglet, taking Pooh's paw,  
"I just wanted to be sure of you."



# Differentielles Vorgehen an den Polen der Achse der Psychosomatischen Totalität

Körpersymptome am symbolisch-imaginären Pol sind keine  
Tunnelsymptome. Sie sind - konversionsneurotisch - in die  
Abwehr eingebunden

**Cave: „Labyrinth“**

Körpersymptome am imaginär-organischen Pol bleiben durch  
ihre Nähe zum „Organischen“ für den Sprung ins Imaginäre  
verschlossen

**Cave: „Versiegelung“**

# Leitlinien für die klinische Arbeit mit Konversionsstörung (Kaplan, 2014)

## Allgemeine positive Prognosefaktoren

1. Angemessene mütterliche Bindung und einige positive verinnerlichte Objekte und Identifikationen.
2. Kindheitstrauma, an der die mütterliche Bezugsperson nicht beteiligt ist.
3. Einige Erfolge in Beziehungen und/oder Karriere.
4. Kürzlich aufgetretene Symptomatik im Zusammenhang mit einer Konsultation zur Psychotherapie, ohne offensichtliches Ziel, behindert zu werden.
5. Konversionssymptom, das „eine Geschichte erzählt“.
6. Kein schwerer Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit.

# Leitlinien für die klinische Arbeit mit Konversionsstörung (Kaplan, 2014)

## Allgemeine negative Prognosefaktoren

1. Signifikante mütterliche Bindungsprobleme, wenige positive interne Objektrepräsentationen oder -identifikationen.
2. Schweres Kindheitstrauma, an dem die Mutter beteiligt ist, einschließlich der Weigerung der Eltern, den Missbrauch anzuerkennen und zu stoppen oder bei der Genesung zu helfen.
3. Wenig Erfolg in Beziehungen oder Karrierebemühungen.
4. Langanhaltende Symptome, bestehende Invaliditätsleistungen oder offensichtliches Ziel, für behindert erklärt zu werden, um Leistungen zu erhalten.
5. Somatisierung mit einer langen Liste von Symptomen, die keine zusammenhängende Geschichte erzählen.
6. Drogenmissbrauch und -abhängigkeit.

Zum Abschluss...  
Die Via regia des Rhizoms



Sebastian Leikert (Hrsg.)

## Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechnik



Dieser innovative Band markiert einen Aufbruch: An vielen Stellen wird ein vermehrtes Interesse an der Frage sichtbar, wie Körperlichkeit und Körpergedächtnis stärker in die psychoanalytische Arbeit einbezogen werden können. Das Buch versammelt hierzu aus dem nationalen und internationalen Bereich Richtungweisende Arbeiten, die nach zwei Kriterien ausgesucht wurden:

- Die AutorInnen versuchen nicht, Körperlichkeit mit überkommenen Begriffen zu fassen, sondern schlagen neue, aus der klinischen Erfahrung her erarbeitete Konzepte vor;
- Sie schildern die Anwendung der neu entwickelten Vorstellungen in der klinischen Praxis und zeigen, welche konkreten handlungstechnischen Aufmerksamkeitsstellungen und Interventionen angewandt werden können und was sie bewirken.

ca. 300 S., Hardcover mit Fadenheftung  
und Lesebändchen  
ISBN 978-3-85558-215-6  
Warengruppe 1 535  
Auslieferung März 2022  
ca. € 34,90



### MIT BEITRÄGEN VON

Christophe Dejours, Lutz Guetzmann,  
Ewa Kolbyńska-Bohe, Sebastian Leikert,  
Riccardo Lombardi, Reinhard Plassmann,  
Jörg M. Scharff, Ulrich Schulz-Venrath,  
Timo Storck, Ursula Vitz-Bloer

### EBENFALLS LESEWERT



### ÜBER DEN AUTOR



Sebastian Leikert, Dr. en Psychoanalyse (Paris), Dipl.-Psych., Psychoanalytiker (EGP), aff. Mitglied der DPAV) niedergelassen in freier Praxis, Lehranalytiker und Supervisor am Heidelberger Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie. Mehrere Buchveröffentlichungen, Publikationen zu klinischen und theoretischen Fragestellungen u. a. in der *Psyche* und im *International Journal of Psychoanalysis*. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Musik. Letzte Buchveröffentlichung: *Schönheit und Konflikt – Umrisse einer allgemeinen psychoanalytischen Ästhetik* (2012).



## Die Via regia – der Königsweg

Die Traumdeutung bildet eine „Via regia“: sie ist der Königsweg „zur Kenntnis des Unbewussten“ (Freud 1900, S. 613).

Thesen:

- Auch das Körpererleben ist ein solcher „Königsweg“.
- Dieser Königsweg ist von rhizomatischer, d.h. geflechtartiger Natur.

## Die Via regia – der Königsweg (Thora)



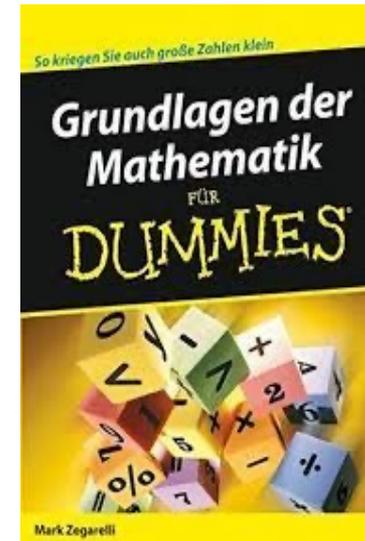
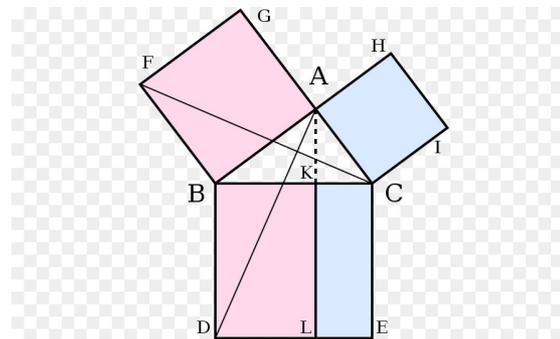
„Israel schickte Boten zum Amoriterkönig Sihon und ließ ihm sagen: Ich möchte durch dein Land ziehen. Wir werden nicht in die Felder und Weinberge abbiegen, und wir werden kein Wasser aus euren Brunnen trinken. Wir wollen nur die Königsstraße benutzen, bis wir dein Gebiet durchzogen haben.“ (Numeri 21, 21-22)

... das Amoriterland wurde allerdings dann „im Vorübergehen“ unterworfen -

Der Ägypterkönig Ptolomaios I (ehemals General des Alexanders dem Großen) soll Euklid von Alexandria gefragt haben, ob dieser (als Lehrer seines Sohnes) keinen kürzeren und leichteren Weg kenne als die *Στοιχεῖα*.



Euklid: „Leider gibt es keinen Königsweg zur Geometrie!!“



Darius I: Königsweg - für eine rasche Kommunikation + für rasche Truppenbewegungen.



„Via regia“ = Lehrbücher / politische Handlungsanleitungen, die nach dem Vorbild des karolingischen *Fürstenspiegels* entstanden.

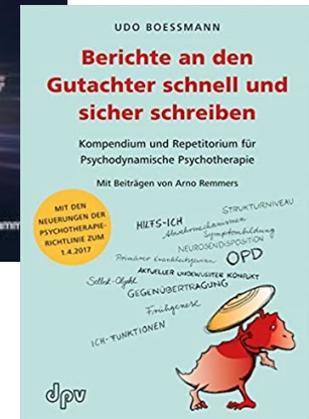
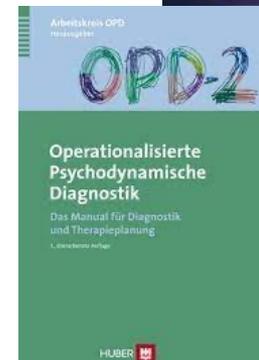
**Freuds Traumdeutung:** Lehrbuch, das auf die Traum-Wege ins Unbewusste hinweist, oder auch eine Art „Reiseführer“ + rascher Weg in unbewusstes.

... „Königswissenschaft“ (Deleuze & Guattari 1977)



# Königswissenschaft (Deleuze & Guattari, 1977)

- Lehrbücher / Guidelines
- ein Wissenskorporus, das klar-geordnet und strukturiert ist (... „evidenzbasiert“)



# Rhizom: Kartographie des Wissens (Deleuze & Guattari, 1977)

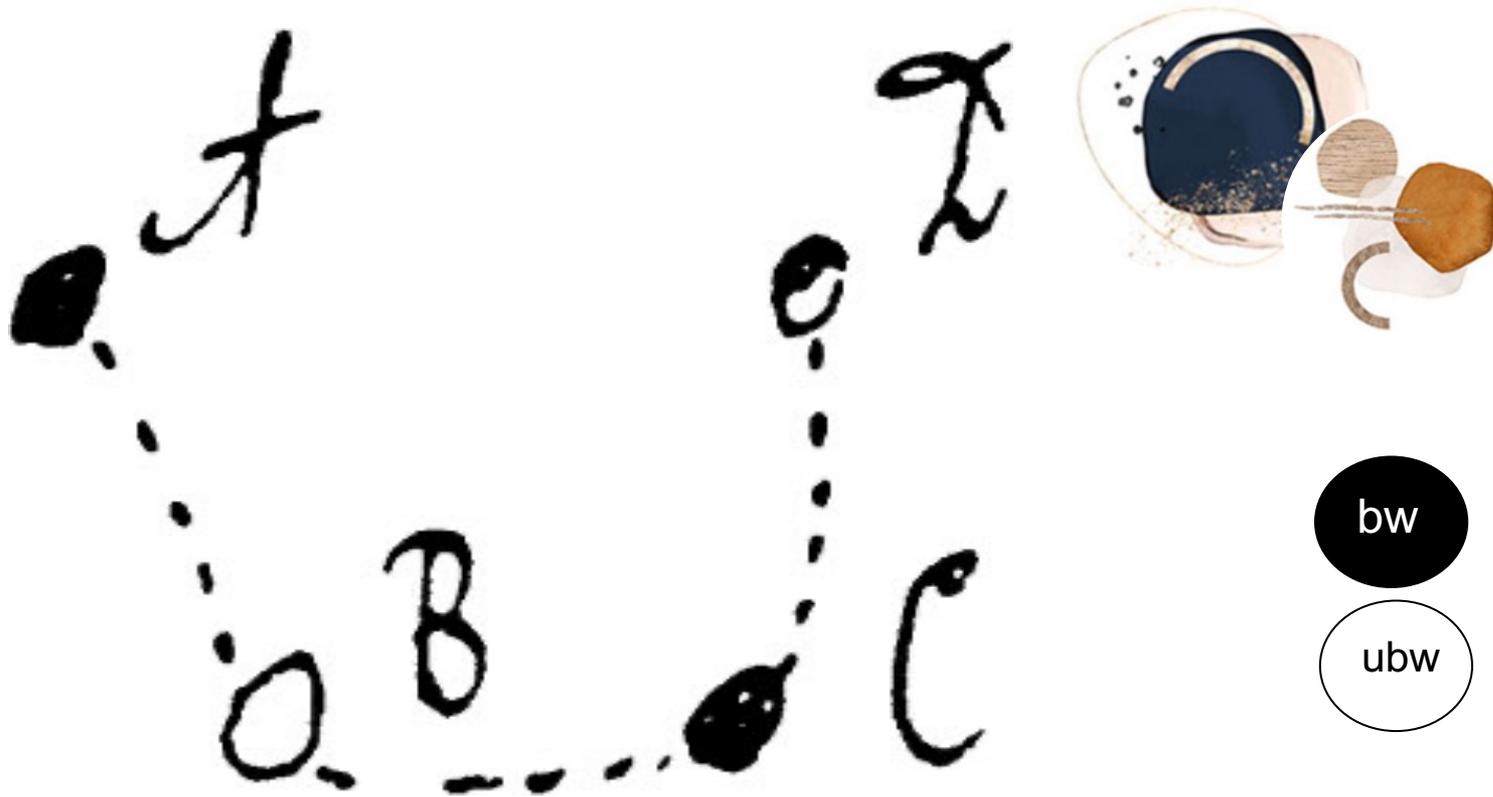


**Rhizom:** unterirdischer Gangbau oder Knollenwerk;  
ein Modell der Wissensorganisation und Weltbeschreibung, in dem die Baum-Metapher (für die Hierarchie des Wissens) durch das Wurzelgeflecht der Rhizoms ersetzt wird.

... die Spuren eines solchen Rhizoms aktualisieren sich als Gegenentwurf zu Königswegstruktur

... Durchdringung von Chaos + Ordnung  
(James Joyce: „Chaosmos“ – Chaos + Kosmos)





Es sei *A* eine bewusst gewordene Traumvorstellung, sie führe zu *B*; anstatt *B* findet sich aber *C* im Bewußtsein, und zwar weil [es] auf dem Wege zwischen *B* und einer gleichzeitig vorhandenen *D*-Besetzung liegt. Es ergibt sich also eine Ablenkung durch eine gleichzeitige, andersartige, selbst übrigens nicht bewußte Besetzung. Es hat sich also darum *C* dem *B* substituiert, während *B* der Gedankenverbindung, der Wunscherfüllung besser entspricht. Der gleichzeitig vorhandene Gedanke [*D*] ist die sexuelle Natur von *A*'s Krankheit (Freud, 1895, S. 436)



... statt Einheiten: Vielheiten = Plateaus

**Plateau:**

eine Vielheit, die mit anderen Stängeln verbunden sein kann  
(so dass sich ein Rhizom bildet).

„Diese können zwar miteinander verbunden sein, sind jedoch nicht so miteinander organisiert, dass wie im Baummodell ein Element zum Stamm erklärt wird, von dem alle anderen abhängig sind. **Das Zentrum kann überall und nirgends sein.**“

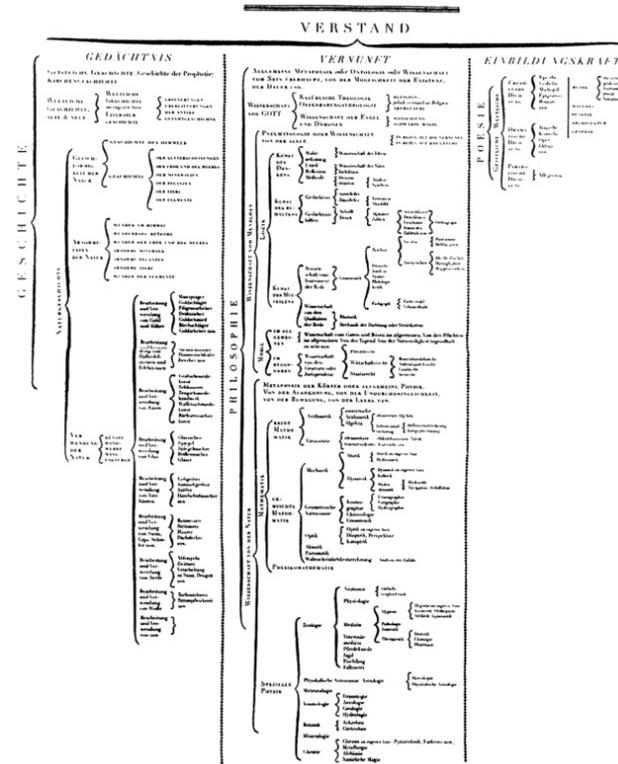
*<https://www.ute-lennartz-lembeck.de/styled-4/styled-11/>*

# Das dichotome Baummodell

(„Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers“)

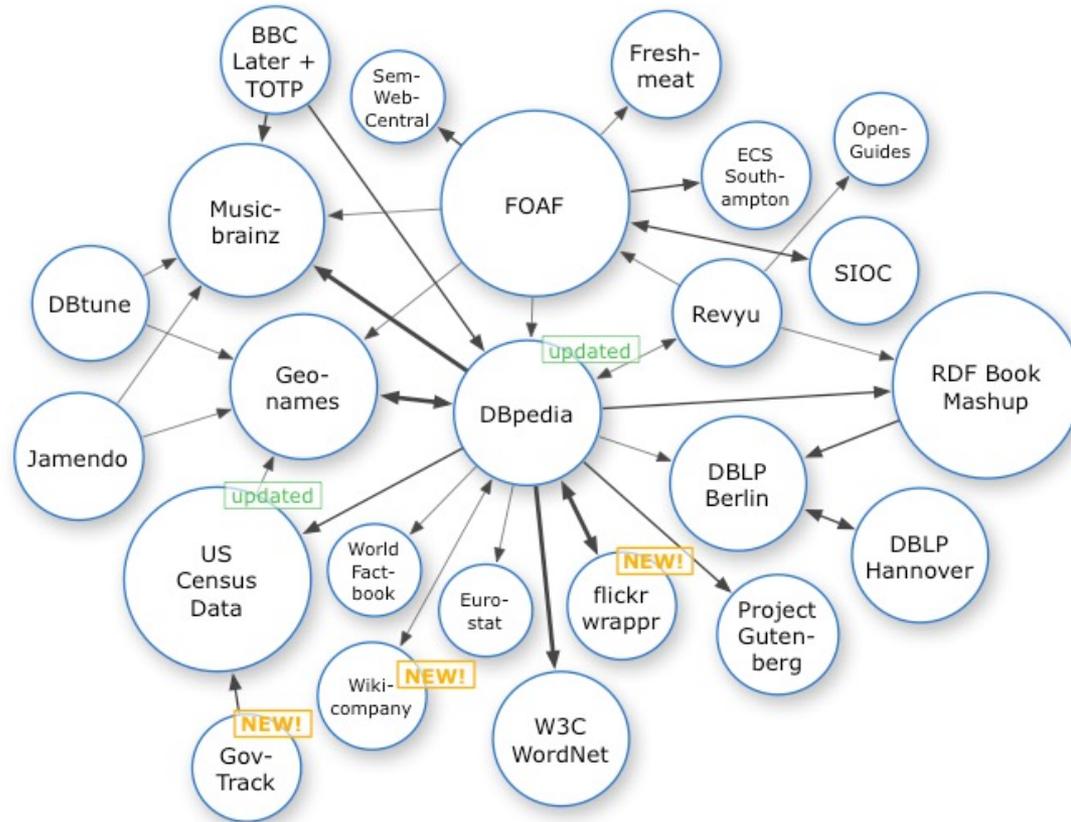


FIGÜRLICH DARGESTELLTES SYSTEM  
DER KENNTNISSE DES MENSCHEN



[https://www.wikiwand.com/de/Rhizom\\_\(Philosophie\)](https://www.wikiwand.com/de/Rhizom_(Philosophie))

# Rhizomatisches Denken



Rhizomatische Verweisstruktur zwischen Webseiten



水彩画

音楽  
新しい  
ルール

四季の折り紙

週末起業

電気工事士

料金受取人私  
所信北局承認  
1507

発行有効期間  
平成20年12月  
31日まで

(受取人)  
東京都市新宿北區  
私書箱第2006  
(東京都新宿区高田馬場4の2の38)  
生涯学習

つけて、下の封書をか  
資料 無料進呈用

郵便番号	郵便局名	郵便種別	郵便番号	郵便局名	郵便種別
160-0001	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0002	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0003	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0004	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0005	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0006	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0007	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0008	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0009	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0010	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0011	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0012	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0013	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0014	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0015	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0016	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0017	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0018	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0019	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0020	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0021	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0022	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0023	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0024	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0025	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0026	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0027	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0028	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0029	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0030	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0031	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0032	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0033	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0034	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0035	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0036	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0037	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0038	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0039	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0040	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0041	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0042	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0043	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0044	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0045	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0046	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0047	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0048	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0049	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0050	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0051	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0052	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0053	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0054	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0055	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0056	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0057	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0058	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0059	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0060	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0061	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0062	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0063	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0064	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0065	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0066	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0067	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0068	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0069	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0070	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0071	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0072	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0073	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0074	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0075	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0076	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0077	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0078	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0079	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0080	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0081	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0082	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0083	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0084	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0085	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0086	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0087	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0088	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0089	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0090	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0091	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0092	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0093	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0094	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0095	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0096	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0097	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0098	東京都新宿区西新宿	郵便
160-0099	東京都新宿区西新宿	郵便	160-0100	東京都新宿区西新宿	郵便

水彩画入門

俳句

TOPIオクト

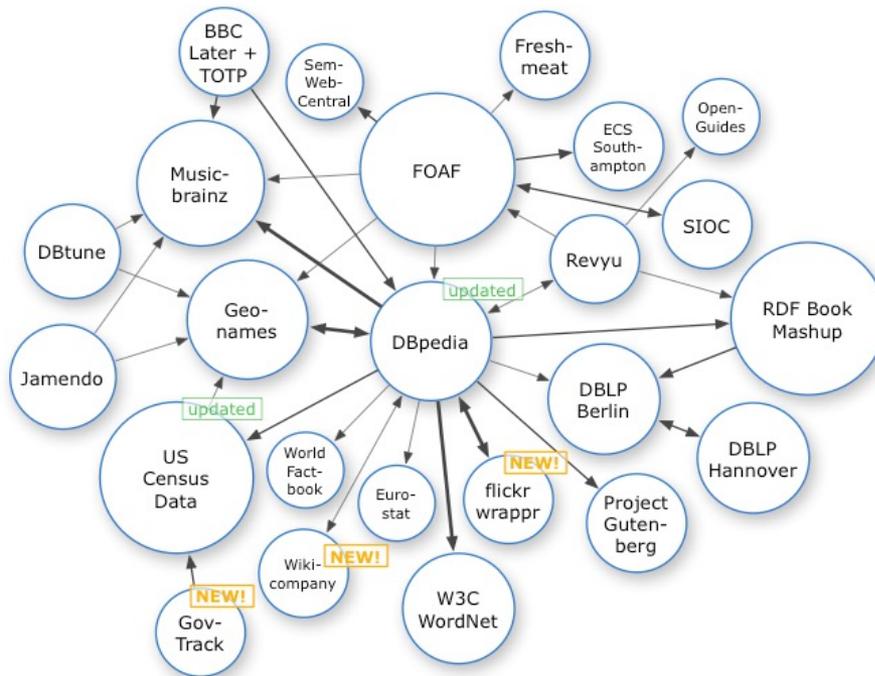
漢

管理

機械無門

水彩画

# Das rhizomatische Modell



[https://www.wikiwand.com/de/Rhizom\\_\(Philosophie\)](https://www.wikiwand.com/de/Rhizom_(Philosophie))

**Und... und... und...**  
„Tausend Plateaus“ von Gilles Deleuze und Felix Guattari ■  
Von Mathias Bröckers



## Rhizomorphizität

Das Rhizom ist Prozess - die „Rhizomorphizität.“  
... es kommt auf den Prozess an, nicht auf das Produkt !!

„Bildet Rhizome und keine Wurzeln, pflanzt nichts an. Sät nichts aus, sondern nimmt Ableger!  
Seid weder eins noch multipel, seid Mannigfaltigkeiten. Zieht Linien, setzt nie einen Punkt!  
Geschwindigkeit macht den Punkt zur Linie. Seid schnell, auch im Stillstand! Glückslinie,  
Hüftlinie, Fluchtlinie. Lasst keinen General in euch aufkommen!“ (Deleuze & Guattari, 1992:  
Tausend Plateaus, S. 41; vgl. <https://taz.de/!1645739/>)

7 vedi NOTE

# XIV piano piece for David Tudor 4

disegno del 1949  
adozione pianistica: 27.3.1959

6

1 { S  
M  
P

2 Basso Muto  
Cappiccio  
Tulliano

3 { sequenza  
frequenza  
timbro  
durata  
intensità

4 ( u o  
lento il piano

5 (

SYLVANO BUSSOTI

<https://www.youtube.com/watch?v=nzwWc8NTOYA>



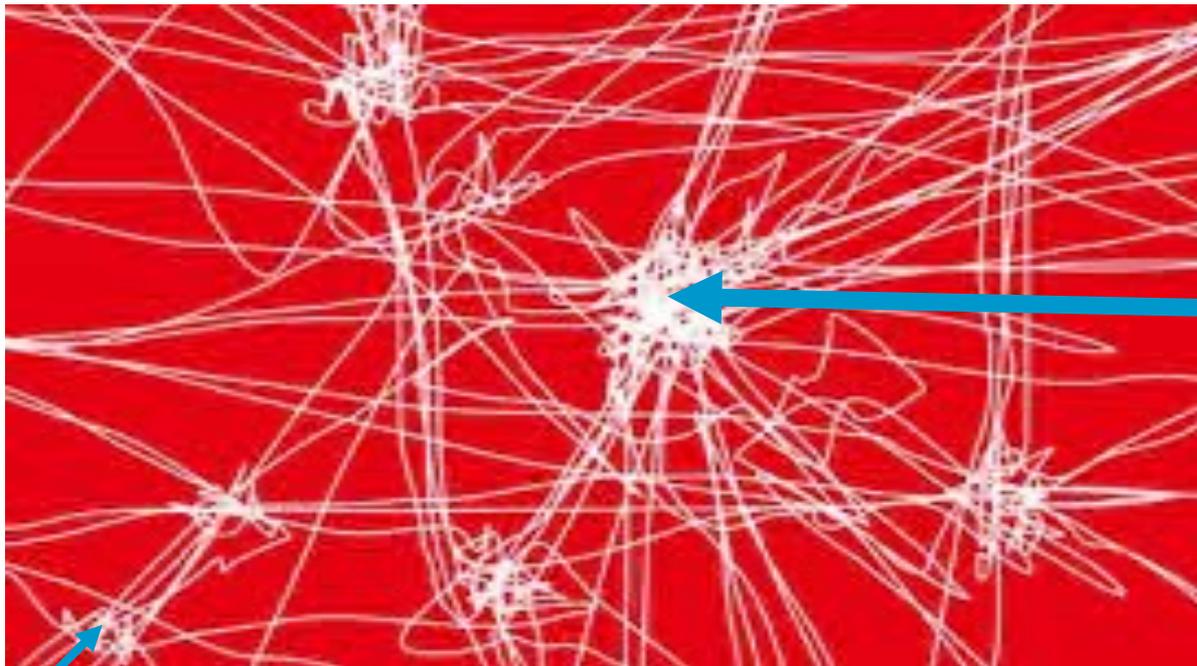
# Neuronale Netzwerke

<https://www.innovations-report.de/fachgebiete/biowissenschaften-chemie/ein-tiefer-einblick-ins-gehirn-vermessung-der-neuronalen-netzwerke-in-der-grosshirnrinde/>

## *Rhizomatisches / Nomadisches Denken:*

*... ein Denken ohne festen Ort, ein Denken in Bewegung, ein Denken in Linien. Es hat weder Ursprung noch Ende und auch keine Einheit, stattdessen hat es Vielheiten und ist ein «Werden».*

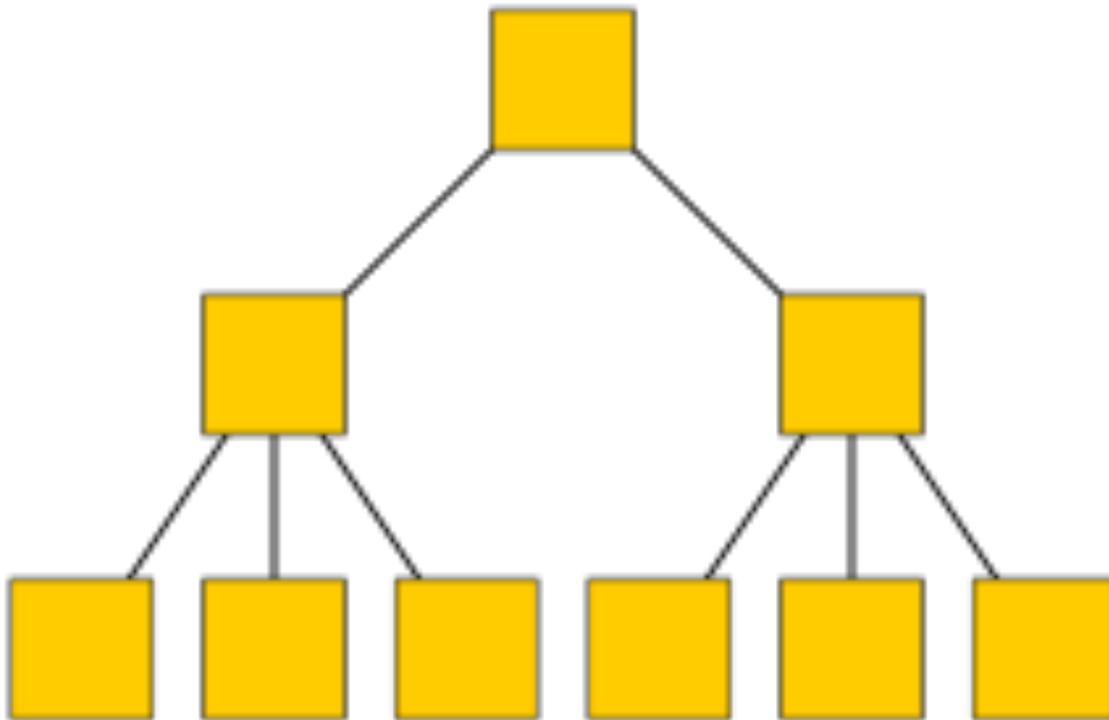
Ubw: Plateau – Linie - Punkt



Schorf

Lues

# Hierarchisches Denken (Baumstruktur)



[https://de.wikipedia.org/wiki/Hierarchisches\\_Datenbankmodell](https://de.wikipedia.org/wiki/Hierarchisches_Datenbankmodell)



## Rhizom als Via Regia

- das Rhizom als „Königsweg ins Unbewusste“
- das entsprechende Lehrbuch: kein naturwissenschaftliches, sondern eher ein universalpoetisches

... rhizomatische Gänge (Linien, Fluchtlinien, Plateaus...) durchqueren nicht nur die Territorien des Traums, sondern auch Territorien des imaginären / unbewussten Körperbildes (auch an den Abgründen des Realen)

Beispiel: S. Freud (1900, S. 110 ff): Traum von Irmas Injektion (Schorf = Reales, Diphtherie / Lues – Sexualität + Tod)

Georg sucht mich auf, weil er seit Wochen unter Zuständen leidet, in welchen er sich wie gelähmt fühlt: Tatsächlich liegt er dann auf dem Sofa und kann sich nicht rühren, weder seelisch noch körperlich. Er spürt nichts mehr, kann nicht aufstehen, nicht sprechen, nicht denken, ist gar nicht mehr da. Mehrmals musst der Notfalldienst geholt werden. Alle stehen ratlos um ihn herum. Das Einzige, was er an Affekt spürt, ist eine riesige, sorgenvolle Angst, die, so wie Georg im Nachhinein davon berichtet, keinerlei Grenzen kennt. Er ist in dieser Zeit überhaupt viel beunruhigt, oft plötzlich gequält und verzweifelt, weil er nicht weiß, was mit ihm los ist, und weswegen er in solche lähmende Löcher fällt. Zum Beispiel findet einmal ein Gartenfest bei Georg zu Hause statt, alle sind ganz heiter, gelöst, die Nachbarn, die Freunde, einige Kollegen aus dem Sportclub, es ist schönes Wetter usw. – Georg ist, obwohl er als ein etwas scheuer, differenzierter Typ gilt, in dieser bodenständigen Welt aus Einfamilienhäusern und Gartengrundstücken, etwas außerhalb einer mittelgroßen Schweizer Stadt - ganz und gar beliebt, fraglos integriert. Als Makler für Immobilien ist er durchaus erfolgreich. Aber an diesem Nachmittag fühlt er sich betäubt, abgetrennt, außerhalb von allem. Dieses Abgetrenntsein macht erschöpft, kraftlos, so dass er sich aus dem Partylärm und der entspannten Leutseligkeit seiner Gäste plötzlich zurückziehen muss. Es geht nicht mehr. Er beginnt innerlich zu zittern, hat einen Tinnitus, muss sich hinlegen, fühlt sich schwach, hat Kopfweg. - Seine ganze desaströse Kindheit hatte in seinem jetzigen Leben keine Rolle mehr gespielt. Er hatte sie ausgeblendet, vergessen, die Personen aus seinem persönlichen Leben ausgesperrt.

Erst in der Analyse beginnt er, weil ich mich dafür interessiere, von der erschütternden Geschichte zu erzählen. Es ist eine Geschichte von Armut, Gewalt, Chaos, Ohnmacht, Scham, Verlorenheit, Leid und Alkohol. Der Vater war Alkoholiker, ein riesenhafter Mann, ein grimmiger, grobgeschnittener Hüne (so erinnert sich Georg), der immer, wenn er zu Hause aufkreuzte, betrunken war, jedenfalls immer gereizt und frustriert. Bei sieben Kindern und einer völlig überforderten Mutter, die den Eindruck von einer bleichen, angstvollen Frau vermittelte, die zwischen Gewalt und Armut zerrieben wurde, fand dieser Vater, der sich selbst innerlich verloren fühlte, immer Anlass, gereizt, empört und aufgebracht zu sein: Einmal hatten die älteren Brüder aus einem verwahrlosten Gestus heraus (der kleine Georg war auch dabei) eine Bretterhütte in Brand gesetzt. Die Buben hockten dann bis spät in die Nacht in einem Baum, um vom Vater nicht halbtot geprügelt zu werden. Überhaupt war das Heimkommen furchtbar, weil man nur geduckt hineinschleichen konnte, wenn der Vater in der Haustüre stand. Oft wurde die Mutter zusammengeschlagen, und dann verschwand sie für Tage, und die Kinder mussten für sich selbst sorgen. Ich möchte hier den äußeren Anlass, den heftigen Beziehungskonflikt mit Verlassensein und Enttäuschungen, auch mit verbaler Gewalt, überspringen, um auf folgende Stunde sprechen zu kommen.

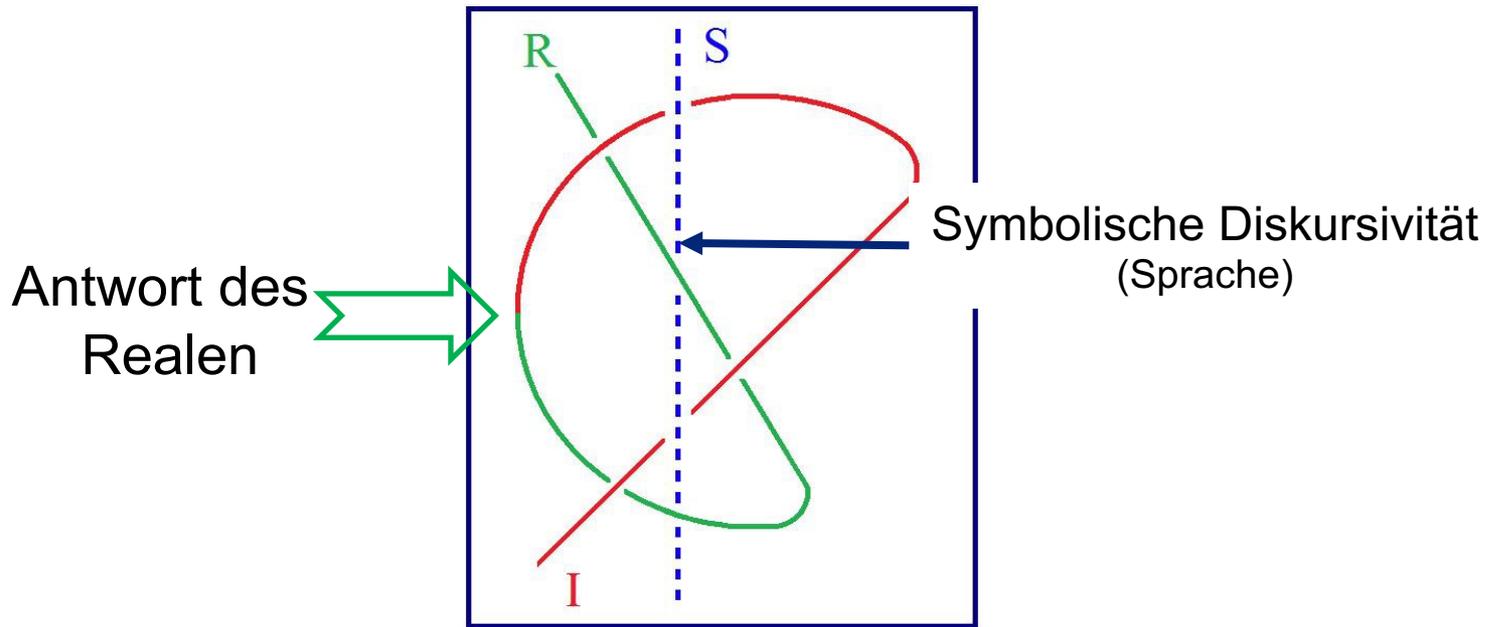
In einer Stunde, im zweiten Jahr der Analyse, verliert Georg den Halt. Das Körpergefühl entsteht nicht plötzlich, sondern, so kommt mir die Atmosphäre vor, allmählich: Wie ein inneres Rutschen, Herabrutschen, das vom Sprechen ablenkt, verstummen oder still werden lässt, bis Georg zu fallen beginnt. Als Analytiker bin ich präsent, aufmerksam, und es würde mich nicht wundern, wenn ich mich etwas nach vorne gebeugt hätte. Aber ich sage nichts, ich versuche nicht, mit irgendetwas diesen Fall (d.h. den Prozess des Fallens) zu unterbrechen, es ist eher die emotionale Atmosphäre im Raum, dass ich da bin, es ist ein »Raum erlebter Anwesenheit«, der mit der Atmosphäre eines Gefühls erfüllt ist (Schmitz, 2020, u.a. S. 34). Vielleicht kann man sagen, dass sich hier die Skizze eines Torbogen oder einer Türe abbildet, welche weiterführt, als Eingang in das Labyrinth des Rhizoms. Georg sagt jetzt, etwas leise und nüchtern, wie es seine Art ist:

Georg: »Ich falle einfach...«

Die Atmosphäre ist so, dass wir den Raum unserer Gefühle teilen, d.h. dass im imaginären Raum des Behandlungszimmers unsere Gefühle vorhanden sind, sich in diesem Raum ausdehnen. Mein Gefühl kann als Anteilnahme, Zuwendung und Sympathie beschrieben werden kann, auch als ein Betroffensein, das aber nicht im Vordergrund steht, sondern lediglich vorhanden ist, wie eine Hintergrundfarbe. So finden Georgs Sturz und meine Anwesenheit in diesem atmosphärischen Raum statt. Ich gehe nun einen Schritt weiter, versuche, mit dem Körpergefühl des Fallens, d.h. – wie sich phänomenologisch sagen liesse, mit Georgs »leiblicher Atmosphäre« des Fallens Kontakt aufzunehmen (Schmitz, 2020, S. 16). Um in diesen Kontakt zu treten, hilft es, alles an Gedanken, Einfällen, an Kontrolle aufzugeben und einen atmosphärischen bzw. imaginären Freiraum zu schaffen, in welchem das Gefühl des Fallens aufgenommen werden kann. Husserl (2002, S. 57) spricht von der Haltung der »epoché«, die, aus diesem Freiraum heraus, ein vorbehaltlosen Betrachtens eines Gegenstandes, so eines Gefühls, ermöglicht. Es geht nicht um Zergliederung, Analyse, Rekonstruktion, sondern um eine phänomenale Wahrnehmung. Mit dieser Offenheit gehe ich in das Fallen Georgs hinein. Ich bilde einen Anteil dieser Atmosphäre seines Körpergefühls, trete in den Raum dieses Körper- oder Leiberlebens ein (Schmitz 2020, S. 16). Ich betrete die Skizze des Torbogens, betrete das Gefühl des Fallens – oder lasse zu, dass sich das Körpergefühl des Fallens auf mich ausdehnt. Ich bin in diesem Raum, der Raum ist in mir. Man könnte, je nach Temperament, auch von einem Sprung ins Imaginäre sprechen (Ruettnner et al. 2015). All dies sind lediglich sprachliche Bestimmungen einer körperlichen Empfindung, die aber tiefer, intensiver, intimer oder packender ist als das in Worte Gefasste

Ich bleibe in dem Gefühl, und ich muss auch Georg nicht bitten, darin zu bleiben, er tut es sowieso. Sonst hätte ich ihm auch vorschlagen können (ohne viele oder weitere Erklärungen, um von dem Prozess nicht abzulenken), in dem Körpergefühl zu verweilen. Wahrscheinlich wird dieses Körpergefühl früher oder später unerträglich. Es spitzt sich zu, es ist gut möglich, dass es die Qualität von etwas Schrecklichem, Bedrohlichem, Ausgesetzten erhält. Dass sich der Fall beschleunigt, Angst aufsteigt und jeder Kontakt verloren geht. Es wächst die für diese Situation typische Gefahr, ins Reale zu stürzen, d.h. dass das Körpergefühl seine imaginäre Verfassung verliert und etwas Nicht-Repräsentiertes oder Nicht-Repräsentierbares, das sich aus frühen Traumata ableitet, die Oberhand gewinnt. Insofern ist das Körpergefühl tatsächlich ein »Oberflächenabgrund« (Baudrillard 2012, S. 59): Man gelangt durch die imaginäre Oberfläche des Symptoms in den Abgrund der realen Empfindungen. Dieses Reale gilt es auszuhalten, jedenfalls für eine gewisse Zeit. Dieser situative Breakdown ist nur möglich, weil er in der emotionalen Atmosphäre des Gehaltenwerdens stattfindet, gleichwohl die Übertragung (oder das faktische Verhalten des Analytikers, das sich mit der Übertragung verbündet) einen wesentlichen, wenn auch vielleicht subtilen Trigger enthalten kann. Lacans Skizze zeigt diesen Moment des Überschreitens ins Reale.

Auf der **Abbildung 4** geht die grüne Linie (das Imaginäre) in die rote Linie des Realen über. Das Unerträgliche aber, die Hoffnungslosigkeit des Fallens, die Berührung des Realen ist die Validierung des imaginären Körpergefühls. Lacan hat diese Prozesse graphisch folgendermaßen dargestellt (Lacan 1976-1977, S. 81)



Das Verhältnis von Realem, Imaginärem und Symbolischem in der Zone des Imaginären (vgl. Lacan 1976-1977, S. 81); Abbildung in der franz. Ausgabe, Version Staferla).

Das Unerträgliche, d.h. die Berührung des Realen ist die Validierung des imaginären Körpergefühls. Um sich zu retten, zieht der Analytiker bzw. Analysand früher oder später die Reißleine der Symbolisierung, dies ist die blaue Linie in Abbildung 4. De M'Uzan (1989) beschreibt eine ähnliche Schutzmaßnahme, die den Analytiker davor bewahren soll, psychotisch zu werden. Diese Symbolisierung, ob diese nun mithilfe innerer Bilder (noch im imaginären Register) oder mittels der Sprache (bereits im symbolischen Register) eingesetzt wird, ist eine Antwort auf das Reale: Sie dient als Notbremse oder als Fallschirm. Die Symbolisierung setzt bei mir ein, indem ich zulasse, dass im Fallen Bilder auftauchen, die mir einen Halt geben: Der symbolisierende Fallschirm öffnet sich. Es wird eine Szene gebildet, die eine imaginäre Übersetzung der Empfindung des Fallens ist – aber der eigentlichen Sturz, das, was wir »Fallengelassen-werden« nennen, bleibt im Realen verborgen. Hier geht es nicht (nur) um die (nachträgliche) Rekonstruktion einer traumatischen Szene, nämlich dass die Mutter geschlagen wird, sondern um ein tieferes Erleben, für das alle Worte nur Platzhalter sind, auch das Gesagte in diesem Artikel.

Ich sehe eine Frau, die wegschaut, im Halbprofil vor einem weißen (oder leeren) Hintergrund. Das Bild hat etwas stilisiertes, vielleicht wie ein Gemälde von Mark Chagall, ich verbinde seine Kunst mit Jugend, schwebender Liebe, aber auch Verlust, Heimweh nach Witebsk, dem Geburtsort Chagalls, den er in seinem Werk neu erfand, er, der älteste von neun Geschwister, seine Vater war ein Arbeiter in einem Heringsdepot, die Mutter führte ein kleines Lebensmittelgeschäft usw. - ich entschlief mich, Georg eine Mitteilung zu machen, und verwende den Inhalt des Bildes, weil ich glaube, dass das Imaginäre des Bildes, das in mir auftaucht und das Imaginäre des Körpergefühls atmosphärisch näher miteinander verwandt sind, als wenn ich eine abstraktere Deutung gegeben hätte. Ich möchte meine Mitteilung offen und ungesättigt halten, sage also nicht: »Eine Frau schaut weg«, sondern:

Analytiker: »Jemand schaut weg.«

Ich habe das Gefühl, dass diese Worte in das Weltgefüge aus Bild (»Eine Frau schaut weg«) und Körpergefühl (»Fallen«) passen. Eine weitere Präzisierung hätte gestört. Ich suche also nach einer Balance aus Abwehr (gegenüber dem Realen, Unfassbaren) und der symbolisierenden Kreativität, also, dass es Georg und mir gelingt, eine Signifikantenkette ( $S_1 - S_n$ ) aufzunehmen. Symbolisierung, und so auch die Rêverie des Analytikers ist immer beides: Abwehr und kreative Transformation. Jedenfalls verflüchtigt sich mein Sturzgefühl, und unser Weg besteht darin, sich in den Räumen des Labyrinths zu bewegen, ganz dem folgend, was sich auftut. Dieser Weg ist labyrinthisch, rhizomatisch, es ist ein Zusammenspiel von Abwehr und Begehren, welches das nomadische Umherstreifen, Sich-Vorwärtsbewegen, Fuss-vor-Fuss-Setzen, oder anders gesagt, den atmosphärischen Grundriss, die Sprache des Labyrinths, die kontingent-inkontingente Abfolge oder Flucht signifikanter Räume bestimmt. Georg sagt nach einer Weile:

Georg: »Das war – mein Vater schlug die Mutter, ich glaube mit einem Regenschirm, er war komplett außer Rand und Band.«

Ich sehe das Bild, wie der Vater, dieser Riese, auf Georgs Mutter, die halb auf dem Boden liegt, voller Wut einschlägt. Die Mutter versucht, sich mit den Unterarmen zu schützen.

Analytiker: »Sie schaute weg.«

Georg: »Nein, nein, ja – aber das Schlimme war, das Schreckliche: Ich habe weggeschaut! Ich kann nicht hingucken, ich höre nur das Geschrei, er hat diesen Regenschirm - und ich, ich kann nichts machen, ich kann nichts machen... «

Es gibt aber auch Körpersymptome, die wie versiegelt sind. Sie treten z.B. in Form einer muskulären Verkrampfung aus. Die materielle Erregung breitet sich im Körper aus, weil die reale (ideelle) Empfindung nicht anders, also weder imaginär noch symbolisch übersetzt und mentalisiert werden kann. Hier ist diese Technik des Hereintretens nicht möglich. Man spürt das sofort, bleibt wie außen vor. Es ist ein intuitiver Entscheid: Wir befinden uns im Bereich B (siehe Abbildung 2), also in der Enklave des realen Unbewussten. Oder aber die Körpersymptome sind symbolisch (Metaphern) als Ergebnis einer Modifikationen des Körperbildes im verdrängten Unbewussten (Bereich A in Abbildung 2). Sie verweisen auf eine verdrängte unbewusste Fantasie. Das Körpersymbol ist ein Nebenschauplatz, im Grunde eine Ablenkung vom eigentlichen Begehren, dessen Realisierung verunmöglicht ist. Das Körpergefühl in der imaginären Zone lädt jedoch ein, in den atmosphärischen Raum einzutreten. Also lasse ich mich auf das Fallen ein. Es ist unangenehm: Ich finde keinen Halt. Es ist ein Sturz ins Irgendwohin, ich weiß nicht, was noch kommt. Ich spüre jedenfalls das Fallen erst in meiner Brust, es ist dann wie eine spezielle Körperinsel, bevor das Gefühl den ganzen Körper ergreift.

Wir lassen eine Stille zu. Ich will gar nicht entscheiden, welches Erleben tiefer oder traumatischer ist: die Beobachtung der (sexuellen) Gewalt, die Mutter, die das Kind nicht halten kann und immer wieder von der Bildfläche verschwindet, oder Georgs eigene Hilflosigkeit, auch seine Scham, die Mutter nicht retten zu können. Es bildet sich ein Signifikantenschwarm:  $S_1, S_2, S_3...$  – verschiedene Räume, die sich aus dem Sturz ergeben, labyrinthisch eröffnen. Georg sagt jetzt:

Georg: »Ich fühle mich ganz schwer. Die Hände sind total schwer, ich kann sie kaum bewegen. Alles ist so schwer.«

Die Schwere ist die Blockade, auch die blockierte Wut, Georgs Hände sind so schwer, dass er sie nicht heben kann. Alles ist in dieser Schwere. Dann sagt er leise:

Georg: »Jetzt bin ich unten.«

Analytiker: »Wo unten?«

Georg: (lacht) »Auf der Couch!«

In den weiteren Stunden arbeiten wir das Ohnmachtsgefühl durch, das innere Stürzen, die Hilflosigkeit und die Angst, auch die tiefe Beschämung, der Mutter nicht helfen zu können, die Existenzangst und die Verletzung des Ich-Ideals, den Ödipus und die Auswirkungen des sadistischen Überichs, und Georg gelingt es, das alles in Worte zu fassen, es mit mir zu teilen. Er beginnt die heutigen Auslöser zu erkennen und in seine Geschichte einzuordnen, wird in der Familie aktiver, klärt und benennt Konflikte und erlebt nun jene Kompetenz, die er in seiner Kindheit nicht haben konnte. Ich glaube, dass die Körpergefühle einen Zugang zu seiner traumatischen, armseligen und gewaltvollen Kindheit waren, die hinter Verdrängungen und Abspaltungen verschüttet gewesen sind und auch hinter dem Wunsch, alles Schreckliche zu vergessen. Es muss irgendeinen Trigger gegeben haben, vielleicht ein Unaufmerksamkeit meinerseits, oder eine plötzlich auftauchende Erinnerung, welches das Körpergefühl des Fallens (oder des Fallengelassen-Werdens) ausgelöst hat, und das in der Sicherheit unserer Beziehung zugelassen werden konnte. So sind es die Symptome der imaginären Zone gewesen, die einen Zugang zur der verlorenen Zeit ermöglichten, an welcher ich mithilfe meiner körper-empathischen Identifikation und Übersetzertätigkeit teilnehmen konnte.

Ich möchte hier andere Routen oder Linien, Wege der psychosomatischen Symptombildung und der entsprechenden Intervention skizzieren, die am symbolischen Pol bzw. an dem asymbolischen Pol I stattfinden: Anne, von Beruf Lehrerin, die in einer süddeutschen Kleinstadt aufgewachsen ist, entwickelt während der Analyse das Gefühl eines Fremdkörpers im linken Oberschenkel. Er ist nicht richtig störend, aber dennoch irgendwie irritierend. Sie phantasiert, dass dieser Fremdkörper sich aufrichten und wieder erschlaffen könnte, je nachdem, wie sie sich fühlt. Vielleicht ist es auch andersherum: Sie fühlt sich gut, wenn der Fremdkörper erigiert ist, spürt dies dann förmlich, und hinfällig, wertlos, schwach, wenn der Fremdkörper schlaff wird oder ganz weg ist. Gelegentlich sind die Beine so schwach, dass Anne kaum laufen kann. Sie muss sich dann an der Tischkante festhalten. Wir arbeiten die Phantasie durch: Vom bewunderten, erotischen und attraktiven Vater, der einem Filmstar gleicht, einen Phallus (oder ein Baby) zu besitzen, bis hin zur Angst vor der neidischen, unterkühlten Mutter, die sie am liebsten losgeworden wäre. Natürlich wäre es möglich, auch hier in das körperliche Symptom hineinzugehen, weil auch hier imaginäre Körperbildvorstellungen verwendet werden. Aber hier ist das Körpersymptom ein Nebenschauplatz, nämlich die figurative Darstellung unbewusster (Übertragungs)-Phantasien (z.B. den Phallus des Vaters / Analytikers in sich zu tragen, ein Baby zu haben, ein Baby oder auch Phallus zu sein). Hier ist es sinnvoller, das latente Unbewusste und das Begehren zur Sprache zu bringen, so dass die körperlichen Symptome mit der Zeit, d.h. mit der Durcharbeitung der verdrängten symbolisch-imaginären Phantasien abklingen dürfen. Wir erkunden also die (materiellen) Symptome, die Ausdruck einer Modifikation des verdrängten, symbolisch-imaginären Körperbildes (im Bereich A, siehe Abbildung 2) sind, nach dem die rätselhafte, verführerische und erotische Botschaft des Vaters übersetzt, aber sogleich wieder verdrängt wurde, um sich dann im Körpersymptom zu manifestieren.

Eine völlig andere Situation zeigt sich bei Patienten, die operativ leben, d.h. keinen guten Zugang zu ihren Affekten haben, die wenig phantasieren und deren Körpersymptome (sei es im Rahmen einer regressiven oder progressiven Somatisierung, als vorübergehendes Kopfweg oder einem Herzinfarkt) lediglich eine materielle Oberfläche sind. Hier geht es überhaupt erst um den Aufbau einer affektiv-imaginären Welt, bevor Symbole verstanden werden. Gefühle der Einsamkeit, der Verlorenheit, der Wut oder der Kränkung müssen überhaupt erst entdeckt und dann - in ihrem Kontext, von der Kindheit bis zum heutigen Alltag - benannt werden. Manchmal ist es in Ordnung, wenn der Analytiker dann, wenn sich eine erste Ahnung früher Verletzungen einstellt, diese wie in einem Baby-Talk, mit einfachsten, nahen Worten benennt, so dass der Druck auf den Körper mit der Zeit nachlässt. – Während ihrer Analyse erzählte Gerda, eine junge Frau, dass sie kürzlich wieder Rückenschmerzen gehabt hatte. Gerda war in einer Familie aufgewachsen, in welcher kaum über Gefühle gesprochen wurde. Das affektive Innenleben, geschweige denn die Sexualität, wurde als etwas erlebt, das unordentlich, gleichwie unsauber und jedenfalls irritierend war. Besonders die Mutter funktionierte auf einem analen Niveau, auf welchem die Affekte eliminiert wurde. Sogar die Gefühle von Einsamkeit, Traurigkeit und Unverstandensein, so entdeckten wir in der Analyse, wurden kaum gespiegelt oder in Form eines Containings verarbeitet. Es waren körperlich gespürte Panikattacken, welche Gerda in die Analyse geführt hatten, als sie in einer kinderlosen Ehe über das Ende dieser Beziehung nachzudenken begann.

Gerda hatte also wieder einmal Rückenschmerzen. Eine Freundin fragte sie, ob ihr die Ursache der Schmerzen bekannt seien. Ich, als Analytiker fragte: »Was haben Sie geantwortet?« - Gerda sagt darauf recht still, fast wie ein Kind, sehr bei sich: »... das kommt, wenn ich mich einsam fühle, selbst unter Leuten.« - Wir beide wussten inzwischen, wie dieses Gefühl der Einsamkeit eines Kindes, auf das eigentlich niemand groß eingegangen ist, früher zustande gekommen war. Wie gesagt, am Anfang der Analyse gab es nur Rückenschmerzen und körperlich erlebte Panikattacken, die in Form ständiger regressiver Somatisierungen auftraten; erst mit der Zeit entdeckte Gerda ihre Gefühle der Einsamkeit, lernte ihre Ursachen kennen und einen Bezug zu deren Exzess im Körper, d.h. in der Rückenmuskulatur herstellen.

# Rhizomatische Spaziergänge I

- Einer dieser Eingänge ist das **Körpersymptom**, das sich in der imaginären Zone öffnet.
- Der „Königsweg“ besteht hier darin, sich der **Linie des Körpergefühls** zu überlassen und dieser Linie, die etwas Unabsehbares hat, zu folgen, d.h. diese auftauchen zu lassen (= herzustellen)
- ... vom Punkt einer Wahrnehmung des **imaginären Körpergefühls** bis zu einem anderen Punkt, der möglicherweise schon im **Realen** liegt (Punkte = temporale Linien!)

## Rhizomatische Spaziergänge II

- ... von dort aus gibt es **weitere (Flucht-)Linien**, die durch die Schichten und Segmente des Imaginären und Symbolischen führen
- ... diesen Linien intuitiv folgen, ohne die Karte im Voraus zu kennen (epoché)
- **Die Karte entsteht im Gehen**: Prozess der „Kartographie“

... von einem „szientistischen“  
zu einem „ethisch-ästhetischen Paradigma“  
(Guattari, 2017, S. 16)

„Der Therapeut engagiert sich, geht Risiken ein, setzt seine eigenen Fantasien ein und schafft ein paradoxes Klima aus existentieller **Authentizität**, begleitet von einer **Freiheit des Spiels** und des Simulacrums.“

# Königswissenschaft + Rhizomorphizität

- ... **Baupläne** helfen, die Eingänge in das Labyrinth, d.h. die Körper-Symptome einzuschätzen, um zu wissen, wo man steht,
- ... und sie helfen, auf diesen **Streifzügen** zu verstehen, wie man „Rhizom macht“ (Deleuze & Guattari, 1977, S. 19)
- Wenn das Nomadische beginnt, vergiss die Münze in der Hand!

# Die Labyrinthmünze



[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Knossos\\_silver\\_coin\\_400bc.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Knossos_silver_coin_400bc.jpg)

# Königswissenschaft + Rhizomorphizität

Die Karte zeichnet sich während der Sitzung  
(„performatives Erkennen“)

Die Pfade entstehen beim (Spazieren)Gehen.

Chaosmose: Chaos + Kosmos (Ordnung)