

## Die Schlinge um den Hals ... der Logik?

**Plädoyer für eine „unbewusste“ Medizin: Intuitive Diagnostik als „bildgebende Droge“ bei der Behandlung einer transgenerationalen Schmerzsymptomatik<sup>1</sup>**

**Peter Heintl**

*Wisse das Bild ...*

Rainer Maria Rilke, Die Sonette an Orpheus IX

*Wir sind die Bienen des Unsichtbaren ...*

Rainer Maria Rilke, Brief an Witold Hulewicz

### Zusammenfassung

*Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand einer klinischen Fallstudie die schon in einer Serie früherer Publikationen dargestellte Dimension und den Facettenreichtum des diagnostischen und therapeutischen Potenzials von Intuitiver Diagnostik am Beispiel der Behandlung und unerwartet schnellen Auflösung einer chronischen psychosomatischen Schmerzzerkrankung vor Augen zu führen. Die Arbeit versteht sich als ein Plädoyer für die Integration dieser „bildgebenden“, sich selbst-organisierenden und auf unbewussten Erkenntnisprozessen beruhenden Methodik in die konventionelle medizinische Diagnostik.*

### Die Fallgeschichte. Eine belanglose Einbildung oder ein „wissendes“ Bild?

Einige Wochen vor einem stattfindenden Seminar tauchte unvermutet in bestechender Klarheit ein Bild in mir auf, in welchem ich mich im Kreise der zukünftigen, obgleich mir noch unbekanntem SeminarteilnehmerInnen sitzen sah. Ohne bewusste Gedanken zu verfolgen, sah ich vor meinem inneren Auge eine bildhafte, imaginäre Seminarszene, in welcher ich, aus meinem Arbeitskoffer eine längere rote Schnur in die Hand nehmend, von meinem Stuhl aufstand, um mit der Schnur in der Hand auf eine mir gegenüber sitzende Teilnehmerin zuzugehen. Als säße ich in einem „inneren Kino“, sah ich dann, wie ich ohne Umschweife und ohne zu zögern dieser Teilnehmerin mehrmals die rote Schnur um den Hals legte. Gewiss tat ich dies nicht in der Art, als würde ich sie strangulieren wollen. Dennoch legte ich die Schnur so an, dass die Teilnehmerin die Schnur um ihren Hals spüren würde und somit zumindest der subjektive Eindruck oder die Assoziation einer Strangulation nicht auszuschließen war. Nachdem ich ihr die Schnur umgelegt hatte und mich wieder meinen Platz einnehmen sah, endete der innere Film.

1) Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. T für ihre Bereitschaft, mir ihre Aufzeichnungen über die Arbeit mit mir zu überlassen und mir die Erlaubnis zur Veröffentlichung dieser Arbeit zu gewähren.

Ohne dass sich mir eine tiefere Bedeutung dieser bildhaften Szene erschlossen hätte und ohne dass ich die Neigung verspürt oder mich bemüht hätte, eine Bedeutung ergründen zu wollen, blieb diese Bildsequenz wie ein Fixierbild in meinem Gedächtnis haften.

Ich verstand dieses, in gestochener Schärfe und in ein irisierendes Licht getauchte, innere Bild nicht als eine konkrete Handlungsanweisung, sondern als eine Andeutung von Dingen, die, wenn sie tatsächlich vorbestimmt waren, sich ohnehin ereignen würden. Daher ging ich einige Zeit später der Leitung des Seminars in der Art nach, wie ich es auch sonst tue. Zudem erforderte die berührende Intensität der menschlichen Schicksale und die Dynamik des Seminarablaufes zu sehr meine Aufmerksamkeit, als dass ich diese Bildsequenz sonderlich hätte im Blickfeld behalten können.

So blieb ich gelassen, als ich am Ende des Seminars feststellte, dass die besagte Bildsequenz für das Seminar ohne Relevanz gewesen zu sein schien. Vielleicht war sie nicht mehr als eine Laune des Zufalls gewesen, ja ein hilfreicher Anstoß, um erneut meine Wachsamkeit für die hauchdünne Grenzlinie zu schärfen, die mäanderartig zwischen solchen inneren, aus dem Ozean des Unbewussten auftauchenden Bildern und Abbildern der realen Wirklichkeit dahinzieht.

Während meine Gedanken noch um Fragen von bewusstem und unbewusstem Wissen, Vorwissen, Wissen von Nichtwissen und Nichtwissen von Nichtwissen kreisten, schlief ich ein, in der Erwartung, am nächsten Tag die Heimreise anzutreten.

### Eine rätselhafte chronische Schmerzerkrankung

Unerwarteterweise erhielt ich am nächsten Morgen den Anruf einer 46-jährigen ärztlichen Kollegin, Frau Dr. T, die an dem Seminar teilgenommen hatte. Sie bat mich dringend um eine Konsultation, da sie in der Nacht kaum geschlafen habe und jetzt, am Morgen, nur „sehr schlecht beisammen sei“. Ich erklärte mich sofort bereit, dem Wunsch der Kollegin nachzukommen und sah sie kurze Zeit später.

Schon beim Betreten des Raumes war Frau Dr. T's angegriffener seelischer Zustand erkennbar, als sie bleich und übermüdet vor mir stand. Kaum, dass sie mich begrüßt hatte, standen ihr die Tränen in den Augen. Nachdem Frau Dr. T Platz genommen hatte, bat ich sie, mir ihre Beschwerden näher zu erläutern. Mit verweinten Augen schilderte sie mir dann, dass sie schon seit Längerem nicht mehr „so schlecht beisammen“ gewesen sei. Nur weil sie sich in der vergangenen Nacht in einer solchen Not gefühlt habe, habe sie sich entschlossen, mich anzurufen. Belastend sei hinzugekommen, dass ihre chronischen Rückenschmerzen wieder verstärkt aufgetreten seien sowie starke Verspannungen und Schmerzen im Nackenbereich und Kopfschmerzen. All diese Beschwerden seien jetzt spürbar.

Frau Dr. T's Krankengeschichte, die sie nun im Einzelnen beschrieb, zeigte einen fluktuierenden 30-jährigen, von Phasen der Besserung unterbrochenen, jedoch therapieresistenten Verlauf. Eine Folge verschiedenartiger, therapeutischer Maßnahmen hatte zu keinem dauerhaften Erfolg geführt. Erwähnenswert waren neben der Odyssee an Behandlungen auch Ansätze zu einer eigenen, subjektiven Krankheitstheorie.

### Die „Drogenwirkung“ eines Bildes: Die Auflösung des Rätsels

Während ich mich darauf konzentrierte, Frau Dr. T's immer wieder von Weinen unterbrochenem Bericht über ihre Familie zuzuhören, verdichtete sich in mir der Eindruck, dass sich in dem Fluss der Erzählung die Umrisse verschiedener Belastungsfaktoren abzeichneten, von denen jeder für sich genommen jedoch vermutlich nicht ausreichend war, als Erklärung für eine psychosomatische Ätiologie der chronischen Rücken-, sowie auch gelegentlich auftretenden Nacken- und Kopfschmerzen, zu dienen, auch wenn eine Kombination all dieser Belastungsmomente gravierend genug erschien, Dr. T's chronisches Beschwerdebild zu verursachen und zu unterhalten.

Aber solchen Überlegungen stellte sich folgendes Problem in den Weg: Frau Dr. T war sich durchaus ätiologischer Zusammenhänge zwischen auslösenden Faktoren und Beschwerdebild bewusst. Aber dieses Bewusstsein schien machtlos an der Mauer des chronischen Beschwerdebildes abzurallen, obgleich es Frau Dr. T nicht an dem Bemühen hatte fehlen lassen, die Ursache ihrer Beschwerden zu verstehen.

In einer Verfassung, in welcher sich rationale Überlegungen und schwer kalkulierbare, von Stimmungen getragene Einschätzungen die Waage zu halten schienen, schob sich ein Kapitel von Frau Dr. T's Familiengeschichte in den Vordergrund, das ihre Mutter betraf. Die biografischen Hinweise, die mir Frau Dr. T über ihre Mutter mitgeteilt hatte, hatten mich aufhorchen lassen und während ich dem weiteren Bericht zuhörte, kam es mir vor, als würde eine Splittergruppe meiner inneren Prozesse aus dem Pulk der Gedankengänge ausscheren, um sich auf eigene Spurensuche zu begeben.

Die Lebenssituation ihrer Mutter, als sie mit Frau Dr. T schwanger war, hielt Frau Dr. T in ihrem retrospektiven Bericht wie folgt fest:

„Sie [Dr. T's Mutter] war ledig, jung, ungewollt schwanger und ohne Schulbildung, die ihr nicht ermöglicht worden war. Für sie brach eine Welt zusammen. Es war wegen der damals herrschenden, engen Moralvorstellungen und ihren bescheidenen finanziellen Möglichkeiten untragbar, unverheiratet, alleine ein Kind auszutragen und großzuziehen. So entschied sie sich, meinen Vater zu heiraten, und eröffnete erst nach ihrer Hochzeit ihrer Mutter, dass sie gravid war. Meine Großmutter reagierte völlig negativ auf diese Situation.“

Als würde ein unerwarteter Windstoß ein Nebelfeld schwer erkennbarer Gedanken, Abwägungen, Möglichkeiten und Ungewissheiten zerstreuen, kam mir wieder die seltsame Bildsequenz in den Sinn, in der ich vor dem Seminar einer/m mir unbekanntem Seminarer/teilnehmer/in die rote Schnur um den Hals gelegt hatte.

Alleine geleitet von einem Gefühl der Gewissheit, dass das Bild relevant sei, ohne jedoch den Grund für die Relevanz zu wissen, entschloss ich mich, Frau Dr. T zu berichten, dass ich einige Zeit vor dem Seminar eine innere Bildsequenz gesehen hatte. Nachdem mir Frau Dr. T mehrmals und nachdrücklich versichert hatte, das Bild wissen zu wollen, willigte ich ein und schilderte ihr den Inhalt der von mir einige Zeit vor dem Seminar wahrgenommenen Bildsequenz von der roten Schnur um den Hals.

Die Wirkung auf Frau Dr. T war ebenso schlagartig als sie dramatisch war. Frau Dr. T wandte und drehte förmlich ihren Kopf, als wolle sie ihn aus einer imaginären Schlinge befreien, wobei ich, um jegliches Missverständnis zu vermeiden, nochmals hervorheben möchte, dass ich ihr nur von dem Bild der roten Schnur berichtet hatte, ohne eine solche rote Schnur Frau Dr. T um den Hals zu legen. Die Tränen schossen Frau Dr. T in die Augen. Sie weinte heftig, wobei sie jedoch im gleichen Atemzug sagte: „Ja, ... das passt einfach.“ Das, was Frau Dr. T in diesen Momenten erlebte, beschrieb sie später mit folgenden Worten:

„Anschließend berichtete er [PH] mir, dass ihm einige Tage vor diesem Seminar ein Bild zu diesem Kurs gekommen war. Ganz behutsam fragte er mich, ob ich es wissen wollte. Ich ahnte, es musste ein Bild sein, das eine besondere Belastung ausdrückte. Mit einer neugierigen Spannung und einem leichten Kribbeln folgte ich den Ausführungen von Dr. Heidl... Er sah eine Gruppe von Menschen (könnte unsere Gruppe sein) mit verschwommenen Gesichtern vor sich und er legte jemandem eine Schnur um den Hals. ‚Ein heftiges Bild!‘ dachte ich, ‚es hat sich jemand erhängt.‘ Er fragte mich: ‚War Ihre Mutter in ihrer Schwangerschaft suizidal?‘... Dieser Gedanke war mir nicht fremd, da ich im letzten Jahr selber suizidale Episoden durchlebte... Mit diesem Hintergrundwissen hatte ich keine Zweifel, dass sie [Dr. T's Mutter] selbstmordgefährdet war. Auf mein zustimmendes Ja brach ich in Tränen aus und eine ganz, ganz tiefe Traurigkeit erfasste mich, gleichzeitig fühlte sich mein Rücken locker an, wie kaum jemals zuvor. Mir schien als fielen riesige Steine von mir ab und große Erleichterung machte sich breit... Voller Schrecken stellte ich einen Zusammenhang zu meiner Tochter her, die als Wunschkind mit der Nabelschnur um den Hals geboren wurde... Eine emotionale Erkenntnis durfte ich erfahren, auf die ich schon lange gehofft und die ich auch ersehnt hatte.“

Während Frau Dr. T, wie sie schrieb, im Erleben des Bildes von einer „tiefen Traurigkeit“ ergriffen wurde, lösten sich die Rückenschmerzen schlagartig, als sei ein Stein heruntergefallen.

„Es ist für mich unbeschreiblich, was gestern mit mir passiert ist,“ schrieb Frau Dr. T einen Tag später. „Ich [konnte] die Wurzel meiner Last, die ich seit Jahrzehnten am Rücken trage, erkennen ... Meine Lendenwirbelsäule und meine Halswirbelsäule fühlen sich einfach locker und entspannt an.“

Einige Monate später schrieb mir Frau Dr. T: „Meine Heilungsgeschichte wirkt nach wie vor sehr stark in meinen Alltag herein. Manchmal habe ich das Gefühl, dass das auch die Patienten spüren. Intensive Gespräche mit Patienten häufen sich, wo erlittene Traumen in Worte gefasst werden können. Eine spannende Geschichte!!!“

### Diskussion

Ebenso wie die in einer früheren Publikation beschriebene Krankengeschichte eines chronischen Hüftschmerzes (Heidl 2006d) fällt auch die vorliegende Krankengeschichte in die Kategorie eines substanzialen, chronischen Krankheitsbildes, das zu heftigen Schmerzzuständen, Einschränkungen der Mobilität, seelischen Belastungen und signifikanten Reduzierungen der Lebensqualität führte. Die Krankengeschichte deckt sich mit dem so häufig anzutreffenden Charakteristikum solcher chronischer Beschwerdebilder, indem sie sich gegenüber einem Spektrum therapeutischer Maßnahmen als resistent erwies, wobei es zu der dringenden Empfehlung eines chirurgischen Eingriffes kam, was durchaus keine Rarität ist. Gegen diesen Hintergrund werfen die in den beiden Fallgeschichten beobachteten, ebenso unerwarteten wie schlagartigen Auflösungen der jahrelang bestehenden psychosomatischen Beschwerdebilder Fragen zu der Natur der Erkenntnisprozesse auf, die der diagnostischen Methodik zugrunde liegen.

### Intuitive Diagnostik versus konventionelle Diagnostik

Die sich im Rahmen dieser als auch vorangehender Arbeiten (Heidl 1988–2006d) mit unerwarteter, impulsartiger visueller Prägnanz einstellenden und von der Aura einer Ge-Wissheit getragenen Bilder bzw. Bildsequenzen sind in ihrem Entstehungsmodus nicht rationalen Abwägungen und Überlegungen zuzuschreiben, sondern einer intuitiven Prozessdynamik. Da die Bilder Einblicke in tiefere, individuelle und transgenerationale psychotraumatische und psychosomatische Zusammenhänge eröffneten, stellen sie Kernelemente einer intuitiven Diagnostik dar, die Zugänge zu verborgenen, unbewussten Strukturen ermöglicht. So „unmethodisch“ die Methode der intuitiven Diagnostik auf den ersten Blick auch anmuten mag, so bezeugen die zitierten Fallbeispiele die Existenz einer immanent operierenden Methodik, die oft genug mit verblüffendem Effekt und, in der Tat, in einer der rationalen Herangehensweise überlegenen Art und Weise zu Werke geht, auch wenn sich diese außerhalb des Radius fassbarer Gedankengänge abspielt.

### Mustererkennung und inneres „Google-System“

Ziel der etablierten klinischen, psychiatrischen Diagnostik ist es, in dem Spektrum der von Patienten geschilderten, subjektiven Beschwerden sowie der zu beobachtenden, objektiven Symptome psychopathologische Muster zu erkennen, um diese mit etablierten Krankheitsbildern in Übereinstimmung zu bringen, sodass eine klinische Diagnose gestellt werden kann wie beispielsweise die einer Depression oder eines Angstzustandes. Die Kunst des diagnostischen Prozesses besteht also darin, in der bunten, oftmals verwirrenden Fülle der von Patienten dargebotenen Informationen all die pathologischen Komponenten zu erkennen, diese in einen kausalen oder empirischen Zusammenhang zu bringen und eine solche Musterkonstellation mit bekannten, im DSM Manual niedergelegten Diagnoseformen zu korrelieren.

Es stellt sich die Frage, ob es eine strukturelle Ähnlichkeit zwischen einer solchen rational durchgeführten Diagnostik und der „bildgebenden“ Intuitiven Diagnostik gibt, die sich ohne mein bewusstes Zutun und alleine getragen von einem sich selbst-organisierenden, immanent-intuitiven Elan abspielt.

Aufgrund meiner Eigenbeobachtungen erscheint es plausibel, dass es auch bei der Intuitiven Diagnostik letztlich um das Erfassen, Erkennen und Vergleichen subtiler Muster geht, auch wenn diese Prozesse auf einer unbewussten Ebene ablaufen.

Das „Manual“, auf das im Rahmen der Intuitiven Diagnostik Bezug genommen und das auf analoge Muster „gescannt“ wird, ist jedoch kein diagnostisches DSM Manual, sondern das Referenzsystem an Daten, die in dem eigenen inneren Gedächtnis gespeichert sind; ein immenses System an Daten, zu denen sowohl eigene Lebenserfahrungen als auch im Laufe der beruflichen Tätigkeit erworbene Beobachtungen, Einsichten und Erkenntnisse zählen.

Somit tendiere ich zu der Auffassung, als sei ein mir zwar nicht bewusst fassbares, aber unterschwellig spürbares „Google-artiges“ Suchsystem am Werke, dessen Algorithmen es mir ermöglichen, das an Gefühls- und Ausdrucksnuancen reiche Kommunikationsmuster eines erwachsenen Menschen in meiner inneren Datenbank auf Analogien mit gespeicherten kindlichen Erfahrungs- und Traumatisierungsmustern zu prüfen und mit in meinem inneren Datensystem niedergelegten und „katalogisierten“ Mustern in Übereinstimmung zu bringen (vgl. auch Claxton 1997).

### Raum-Zeit-strukturierte Kommunikation als Fenster in das Unbewusste

Wenn es im Rahmen der Intuitiven Diagnostik möglich ist, subtile Kommunikationsmuster auf einer unbewussten Ebene zu erfassen, stellt sich die Frage nach den Informationsquellen dieser Kommunikationsmuster. Zum einen sind wir als menschliche Wesen weitgehend in der Lage, ein Spektrum an emotionalen Ausdrucksformen wahrzunehmen, eine auf Charles Darwin zurückgehende, wichtige Beobachtung und eine Fähigkeit, die in unserem evoluti-

onären Make-up verankert ist (Lewis et al. 2001). Die Kunst der Empathie, wie sie in der Psychotherapie gelehrt und praktiziert wird, stellt eine Verfeinerung dieser Grundlage dar.

Das Konzept des Kommunikationskörpers (Heidl 1991) bietet eine Erklärung für das Aus-senden subtiler, bis in die Kindheit reichender, kommunikativer Muster und deren Wahrnehmung, sofern der/die Empfänger/in über die entsprechende Sensibilität für feine Schwingungen kommunikativer Signale verfügt. Somit würde die Differenziertheit kommunikativer Muster quasi ein Tor in den unbewussten Raum öffnen, was ohne langwierige und aufwendige Umwege Einblicke in den frühen Erfahrungsraum ermöglicht. Daher mag das Unbewusste durchaus verschlüsselt sein, aber es ist nicht prinzipiell verschlossen. Es bedarf nur des Codes der feinkalibrierten Wahrnehmung, um die auf die Kindheit zurückgehenden und in der Kommunikation enthaltenen, subtilen Chiffren wahrzunehmen.

Das Problem, wie es sich im Zusammenhang mit der Arbeit mit Frau Dr. T darstellt, besteht jedoch darin, dass die in mir wahrgenommene Bildsequenz schon vor der Begegnung mit Frau Dr. T in mir entstand. Wie ließe sich daher eine Erklärung für einen Zusammenhang zwischen der Ursache, d. h. der psychogenen Ursache von Frau Dr. T's Krankheitsbild, und der Wirkung, d. h. der Erkenntnis im Sinne des diagnostischen Bildes von der Schlinge um den Hals, finden, wo beides in umgekehrter zeitlicher Reihenfolge auftrat, was den Gesetzen der Logik zu widersprechen scheint?

Eine denkbare Erklärung wäre die, dass das von mir wahrgenommene Bild im Grunde genommen nur ein Zufallsprodukt darstellte, weil es sich zwar auf eine durchaus vorstellbare, menschliche Leidenskonstellation bezog, ohne sich zwangsläufig auf eine/n konkrete/n Seminar-TeilnehmerIn beziehen zu müssen. Es wäre dann alleine dem Verwirrspiel des Zufalls zuzuschreiben, dass in mir vor dem Seminar eine solche innere Bildsequenz entstand, welche dann wiederum zufälligerweise quasi wie eine perfekte Vorlage und dank der subtilen Wahrnehmung von Dr. T's Kommunikationskörper zu ihrer Schmerzerkrankung passte. Mit welchem Wahrscheinlichkeitsgrad ein solcher Zufall eintreten würde, vermag ich jedoch nicht zu beurteilen.

Andererseits war es aus der Sicht meines subjektiven Erlebens so, als empfand ich eine Gewissheit, dass ein jeder Ratio widersprechender, tieferer innerer Zusammenhang zwischen der Eingebung der Bildsequenz vor dem Seminar und dem *nachfolgenden* Geschehen bestand. Ich bin mir vollkommen bewusst, dass eine rein subjektive, gefühlsmäßige Empfindung nicht als eine logische Erklärung für einen anti-logischen Befund, nämlich den der zeitlichen Vertauschung von Ursache und Wirkung, ausreicht.

Interessanterweise gibt es jedoch denkwürdige Beispiele für Vorahnungen, die in den Menschen, in denen es entsteht, ein Maß an Gewissheit entstehen lassen, als handele es sich um ein Vorwissen einer zukünftigen Wirklichkeit. Hierzu zählen Georg Heyms be-

rühmtes, 1911 entstandenes Gedicht „Der Krieg“ oder Paul A. Webers (1932) Lithographie „Das Verhängnis“.

### Die „bildgebende“ Methode der Intuitiven Diagnostik als „Droge“

Wie die Fallgeschichte zeigt, stellt die Intuitive Diagnostik nicht nur eine ausschließlich diagnostische, sondern auch eine mit verblüffender, therapeutischer Wirkkraft ausgestattete Methode dar. Dies wirft die Frage nach der Natur des therapeutischen Agens auf. Denn ähnlich wie im Falle der Krankengeschichte des Herrn K (Heidl 2006d) kam es bei Frau Dr. T zu einer unerwarteten Auflösung eines chronischen, psychosomatischen Beschwerdebildes sowie spürbaren Aufhellungen der emotionalen Befindlichkeit und einer Reihe weiterer positiver Auswirkungen.

Da sowohl Frau Dr. T als auch Herr K das Beziehungsverhältnis zu mir als konstruktiv beschrieben, ist anzunehmen, dass dies zu dem erfolgreichen Ergebnis beitrug. Die überwältigende Evidenz spricht jedoch dafür, dass das entscheidende Agens die spezifischen, in mir entstandenen und von mir kommunizierten Bildsequenzen waren. Denn ähnlich der Verabreichung einer potenten pharmakologischen Droge, löste in beiden Fällen die Kommunikation der Bilder lawinenartige, emotionale Reaktionen aus. Zudem kam es in beiden Fällen neben einer schubartigen, unmittelbar spürbaren partiellen bzw. völligen Auflösung der psychosomatischen Beschwerden zu positiven Auswirkungen entlang des emotionalen Befindlichkeitsspektrums und der familiären Beziehungen.

Somit ist davon auszugehen, dass die „Verabreichung“ der Bilder Wirkungen erzielte, die dem schmerzlindernden Effekt einer Droge vergleichbar sind. Da jedoch keine „lokale“ „Verabreichung“ der Bilder in der Körperregion erfolgte, die als schmerzhaft erlebt wurde, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die Bilder ihre schmerzlindernde Wirkkraft im Gehirn entfalteten.

### „Bilddroge“ und neuronale Netzwerkintervention

Es erscheint nahe liegend zu postulieren, dass das in beiden Fallgeschichten beobachtete Spektrum an Veränderungen durch einen „Eingriff“ in neuronale Netzwerke hervorgerufen wurde. Eine denkbare Erklärung für die durch die Bilder ausgelösten Veränderungen könnte darin bestehen, dass die Bilder im Sinne eines Katalysators Prozesse auslösen, die zur Umgestaltung bestehender, jedoch dysfunktionaler Netzwerke führen. Die Vorstellung eines Katalysators erscheint aus dem Grunde nahe liegend, als bei Frau Dr. T Erlebnisbausteine vorhanden waren, die jedoch offensichtlich nicht in der Lage waren, derart neuronal miteinander zu „reagieren“, um eine angemessene emotionale Verarbeitung dieser Erlebnisbausteine zu bewirken. Dass in beiden Fällen vorangehende, therapeutische Interventionen keine Auflösung der Beschwerdebilder erzielten, ist möglicherweise dem Umstand zuzu-

schreiben, dass diesen Interventionen die für die Veränderung der Netzwerke notwendige Spezifität fehlte. Es bedarf vermutlich eines spezifischen „Bild“-Katalysators, um eine Erlebniskonfiguration aus dem Zustand der potenziellen Veränderungsfähigkeit in die tatsächliche Veränderung zu „hieven“, analog der Wirkung eines chemischen Katalysators, dessen Spezifität den Anstoß gibt, ein inertes, chemisches System zur Reaktion zu bringen.

Gegen den Hintergrund dieser Überlegungen ist es leicht einzusehen, dass die „Produktion“ eines solchen spezifischen und auf die individuelle Problemlage zugeschnittenen „Bild“-Katalysators entscheidend von der Subtilität der intuitiven Wahrnehmung im Rahmen der Intuitiven Diagnostik abhängen wird. Denn Letztere fungiert als das Sammelbecken, in dem die für die Gestaltung des Katalysators relevanten Informationen aufgefangen werden können, desto maßgeschneiderter wird im Empfänger auch deren innere Verarbeitung zum „Bild“-Katalysator sein.

So merkwürdig die Vorstellung einer neuronalen Netzwerkintervention auf den ersten Blick auch anmuten mag, so lässt sie sich nach neuem neurobiologischen Verständnis prinzipiell im Sinne einer Umstrukturierung von neuronalen Netzwerken („Engrammen“) verstehen. Der amerikanische Gedächtnisforscher und Nobelpreisträger Eric Kandel vertritt die These, dass „zwei Menschen, die miteinander kommunizieren (und sich das Gespräch merken), synaptische Verknüpfungen in den neuronalen Netzwerken ihres jeweiligen Gehirns... verändern... – auch in einer Psychotherapie“ (zitiert in Rüegg 2003). So rätselhaft demnach auf den ersten Blick das Verschwinden der chronischen Rücken- bzw. Hüftbeschwerden (siehe Heidl 2006d) auch anmuten mag, so ist es eine ebenso reizvolle wie faszinierende Vorstellung, dass es mithilfe Intuitiver Diagnostik gelingen kann, neuronale Netzwerke umzustrukturieren.

Formal gesehen lässt sich das aus Frau Dr. T und mir bestehende System als ein Feedbackkreis beschreiben, wobei, ebenfalls sehr formal betrachtet, die partizipierenden Personen „mobile psychoneurobiologische Kommunikatoren“ (Heidl 2006a) repräsentieren. Im Unterschied zur bewussten Kommunikation spielte sich jedoch sowohl das Gewinnen der für die „Bild“-Katalysatoren notwendigen Informationen als auch der Effekt der „Bild“-Katalysatoren auf Frau Dr. T im Unbewussten ab bzw. tangierte unbewusste Erfahrungsbereiche.

### Die Bilderzeugung in der Intuitiven Diagnostik als Modell für transgenerationale Trauma-Transmission

Sowohl im Falle von Frau Dr. T als auch Herrn K spricht die Evidenz dafür, dass es sich bei den vorliegenden psychologischen Traumata im Kern um von einer Generation auf die andere übertragene, d.h. transgenerationale Traumata, handelte. Dies wirft die Frage nach dem spezifischen Übertragungsmechanismus auf. Der Umstand, dass keine Anhaltspunkte

für eine genetische Übertragung dieser Traumata oder eine „Infizierung“ durch stoffliche Noxen vorliegen, spricht für einen psychologischen Modus der Trauma-Transmission. Wie könnte ein solcher Mechanismus konkret beschaffen sein?

Die Annahme erscheint plausibel, dass die Bilderzeugung, die sich im Rahmen der Intuitiven Diagnostik einstellte, als ein Modell zum Verständnis der transgenerationalen Trauma-Transmission dienen könnte. Denn die aus der Intuitiven Diagnostik entspringenden Beobachtungen illustrieren die Intensität, Dichte und Prägnanz, mit welcher, wenn auch in verschlüsselter Form, traumatische Inhalte zwischen nicht-verwandten Personen kommuniziert werden können. Wenn die Übertragung solcher komplexer und kompakter Informationen zwischen nicht-verwandten Personen möglich ist, wie eben beispielsweise zwischen Frau Dr. T bzw. Herrn K und mir, so liegt der Schluss nahe, dass traumatische Inhalte auch zwischen verwandten Personen in analoger Weise kommuniziert werden können, umso mehr als die Berührungsfläche und -dauer zwischen Eltern und Kindern in der Regel unvergleichlich näher und dichter ist und Jahre intensivster Entwicklungsprozesse umfasst.

Der Unterschied zwischen nicht-verwandten und verwandten Personen ist jedoch vermutlich nicht so sehr in dem traumatischen Inhalt des Kommunizierten, d. h. der speziellen Datenmenge an sich, begründet oder in einer prinzipiellen Unterschiedlichkeit der Aufnahmefähigkeit für die übermittelten traumatischen Inhalte – auch wenn die Sensibilität für eine solche Aufnahmefähigkeit individuellen Schwankungen unterliegen mag –, sondern in dem Maß, in dem empfangene, traumatische Inhalte vom Empfänger bewusst und konstruktiv verarbeitet werden können.

In meinem Erleben war die irisierende Klarheit der wahrgenommenen Bilder in eine Aura ungewöhnlicher Intensität getaucht. Hätte ich solche Bilder zum ersten Mal wahrgenommen, so hätten sie mich gewiss in den Bann ihrer Ausstrahlung gezogen, mich beunruhigt oder gar emotional überwältigt. Davor bewahrte mich die Fähigkeit, die in mir wahrgenommenen Bilder in ihrer eindrucksvollen Intensität zwar wahrzunehmen, für wahr und ernst zu nehmen und zu werten, aber gleichzeitig über ein solches Maß an innerer Stabilität und Toleranz zu verfügen, um auch angesichts der Ausstrahlungskraft solcher Bilder meinen eigenen, unverrückbaren und unverrückten Standpunkt zu bewahren.

Es ist jedoch leicht einzusehen, dass einem Säugling, kleinen Kind oder selbst Jugendlichen, die in Abhängigkeit und im traumabelasteten Beziehungsfeld zu einem oder zwei traumatisierten Eltern aufwachsen, die notwendigen, mentalen operationalen Instrumente fehlen, um auf sie aufprallende und oftmals komplexe, verschlüsselte, traumatische Kommunikationsmuster zu decodieren, als von einer externen Quelle und nicht in ihnen selbst entstammend einzuordnen, emotional und begrifflich zu verarbeiten und entsprechend zu archivieren als auch angesichts einer solchen Herausforderung die Aufgabe zu bewältigen, das Fundament und die Stabilität des eigenen Ich-Gebäudes zu bewahren und auszubauen.

Die Macht solcher traumatisch besetzter, chronisch schädigender Kommunikation und das Fehlen entsprechender operationaler Verarbeitungsmechanismen können daher in der transgenerationalen Eltern-Kind-Konstellation bei den Kindern und Jugendlichen, wie eben auch bei Frau Dr. T, zu psychischen oder psychosomatischen Störungen führen, deren gordischer Knoten erst durch eine kommunikative „Bild-Droge“ aufgelöst werden kann.

### Intuitive Diagnostik: Vorstoß in die „unbewusste“ Medizin

Der Wert der Intuitiven Diagnostik in der klinischen Anwendung hat sich mir über viele Jahre auch im Zusammenhang mit jahrzehntelang nicht diagnostizierten, unbewussten, unbetrugten und unverarbeiteten kriegsbedingten Psychopolytraumen gezeigt sowie im Zusammenhang mit der Übertragung dieser Polytraumen auf die nächste Generation, ja Generationen (Heint 1987, 1994, 2001).

Es vergeht im Rahmen meiner Tätigkeit bis heute kein Monat, ohne dass nicht solche Störungen, erstmals Jahrzehnte später, ans Licht kommen. Das immense Ausmaß solcher substanzieller und dennoch über Jahrzehnte praktisch ungesehener Polytraumen zeigt, wie wichtig es ist, das Prinzip im Auge zu behalten, dass in der Regel in der Medizin nur das diagnostiziert wird, was bekannt ist, aber nicht das, was aufgrund fehlender oder zu unscharfer Diagnostik noch nicht erkannt wurde und daher in der Dunkelkammer des diagnostischen Niemandslandes sein leidvolles Dasein fristet. Letzteres trifft auch auf das Unbewusste zu, das erst vor circa einem Jahrhundert von Freud entdeckt wurde, obgleich es seit Menschengedenken ein fundamentaler Bestandteil unserer Seele gewesen ist.

Die Bedeutung und Achtung, die der Intuition in der Mathematik und den Naturwissenschaften entgegengebracht wurde und wird, steht jedoch in auffallendem Kontrast zu der Haltung, die gegenüber der Intuition in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie inklusive der Diagnostik eingenommen wird. Denn bis heute herrscht noch weitgehend eine spürbare Kühle, wenn nicht gar schroffe Ablehnung gegenüber der Intuition, weil es sich angeblich nicht um eine wissenschaftliche Vorgehensweise handele, unbesehen des Paradoxons, dass es ja erwiesenermaßen gerade die Intuition war und ist, die ihre kunstfertigen Finger im Spiele hat, wenn es um das Entdecken glänzender, wissenschaftlicher Erkenntnisse geht und geht. So ist es nun an der Zeit zu hoffen, dass auch in der psychologischen, psychiatrischen und psychosomatischen Domäne der Intuition der ihr längst überfällige und gebührende Platz gewährt wird. Denn da die Bedeutung des Unbewussten für die Dynamik unserer seelischen Verfassung nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, erscheint es als eine dringliche Aufgabe, sich noch sehr viel bewusster der Herausforderung zu stellen, das Schattenspiel leidvoller, unbewusster pathologischer Mechanismen zu erfassen.

Denn, so stellt sich die Frage, wenn menschliche Wesen mit einem Unbewussten ausgestattet sind, warum sollte es im Prinzip nicht möglich sein, sich des Unbewussten, seines

Potenzials und seiner Wirkungsweise zu bedienen, um konstruktive und kreative Impulse für den diagnostischen Erkenntnisprozess zu gewinnen? Warum sollte eine so wichtige Schaffens- und Erkenntnisquelle im Ringen um die Aufklärung seelischer Leiden im Dunkel der Nichtbeachtung liegen bleiben?

Ich sehe es daher als eine besondere Herausforderung an, das ungemein breit und differenziert entwickelte Spektrum rationaler, technologischer, diagnostischer Methoden, über das die moderne somatische Medizin verfügt, durch eine intuitiv diagnostische Methodik zu komplementieren und zu bereichern, die geeignet ist, Licht in das Dunkel unbewusst verankerter Beschwerdebilder zu werfen. Denn wenn es ein Bewusstsein und eine bewusste Medizin gibt und wenn es auch ein für unsere Existenz so bedeutsames Unbewusstes gibt, dann erscheint es sinnvoll, die Vision einer „unbewussten“ Medizin zu entwerfen und die diagnostischen Instrumente zu entwickeln, die geeignet sind, präzise und zuverlässig die unbewussten Gründe und Abgründe von Leidenszuständen zu erkennen und zu behandeln, so dass in der Kunst der medizinischen Diagnostik nicht nur die auf rationalem Wissen beruhenden, sondern auch jene unbewussten Fähigkeiten zum Ausdruck kommen dürfen, die ebenfalls in dem im Schädel verborgenen „mysteriösen Firmament“, wie es schon im Dezember 1610 der berühmte Astronom Johannes Kepler formulierte (Banville 1990), am Himmel der Erkenntnis ihre Kreise ziehen. Dies kann und wird für die Weiterentwicklung einer humanen Humanmedizin und das Verständnis so mancher Leiden und Leidender nur von Vorteil sein.

Ermutigendes zeichnet sich ab. Max Planck, der „Revolutionär wider Willen“ (Segrè 1980) leistete einen fundamentalen Beitrag, das Tor zu einem modernen Verständnis der Materie aufzustoßen. Auch er musste auf dem langen Weg eines Ringens um Verstehen wohl seiner Intuition vertraut haben. 1931 befragt, wie er auf so etwas Unglaubliches wie die Quantentheorie gestoßen sei, antwortete Max Planck: „It was an act of desperation. For six years I had struggled with the black body theory...“ (Segrè 1980). Später trat dann das ein, was Max Planck in seiner Nobelpreisrede als eine Art innerer visueller Erleuchtung beschrieb: „... After some weeks of the most intense work of my life, light began to appear to me and unexpected views revealed themselves in the distance“ (Segrè 1980).

Sein Name lebt auch in der Max Planck Gesellschaft und ihren renommierten diversen Forschungsinstitutionen fort. Zu ihnen zählt das Berliner Max Planck Institut für Bildungsforschung, dessen Direktor, Gerd Gigerenzer, es darum geht, „... dass man die Intuition nicht länger spöttisch mit weiblicher Einfühlung assoziiert und unterhalb der Ratio ansiedelt, sondern ihr den Respekt zollt, der ihr gebührt“ (Höbel 2007).

Tempora mutantur.

*“Events will show, Sancho,” answered Don Quixote: „for time, which reveals all things, leaves nothing that it does not drag into the light of the day, even things hidden in the bosom of the earth...”*

Miguel de Cervantes Saavedra, The Adventures of Don Quixote

## Literatur

- Banville, J. (1990). Kepler. London: Minerva, pp. 137, 149, 151/152.
- Bell, E. T. (1953). Men of Mathematics II. London: Penguin, pp. 593, 603, 605, 606.
- Brian, D. (1996). Einstein. A Life. New York: John Wiley & Sons, pp. 71f.
- Cervantes Saavedra, M. de (1950). The adventures of Don Quixote. London: Penguin, p. 637.
- Claxton, G. (1997). Hare Brain Tortoise Mind. Why Intelligence increases if you think less. London: Fourth Estate, pp. 56, 57, 93.
- Erb, R. (2001). Rainer Maria Rilke, Ich, das Gold, das Feuer und der Stein, Ausgewählte Gedichte. Leipzig: Reclam.
- Fröhling, U. (1991). Die langen Schatten der Kindheit. Brigitte 11, pp. 118-124.
- Heidl, H. und Heidl, P. (2004). Körperschmerz-Seelenschmerz. Die Psychosomatik des Bewegungssystems. Ein Leitfaden. München: Kösel.
- Heidl, P. (1987). Visual geneogram work and change: a single case study. Journal of Family Therapy 9 (3), pp. 281-291.
- Heidl, P. (1988). Object sculpting, symbolic communication and early experience. A single case study. Journal of Family Therapy 10 (2), pp. 167-178.
- Heidl, P. (1991). Therapie im sprachlosen Raum: HWS-Trauma in der Kindheit. „Kopf-Körper-Entkopplung“ und deren Erfassen durch die Arbeit mit einem Objekt. Praxis Psychotherapie Psychosomatik 36, pp. 324-330.
- Heidl, P. (1994). „Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg...“ Seelische Wunden aus der Kriegskindheit. München: Kösel.
- Heidl, P. (1998). Sich selbst organisierendes Denken in der Exploration früher familiensystemischer Erfahrungen. Systema 12(1), pp. 44-55.
- Heidl, P. (2001). Splintered Innocence. An Intuitive Approach to Treating War Trauma. London/New York: Brunner-Routledge.
- Heidl, P. (2004a). Intuitive Diagnostik früher Erfahrungen, Autologik und kommunikativer Feedbackkreis. Gestalttherapie 18(2), pp. 22-33.
- Heidl, P. (2004b). Invisible ruins in the unconscious mind: The intuitive discovery of childhood war trauma. Children in War 1(2), pp. 109-115.
- Heidl, P. (2006a). Aufbruch in den Denkraum – Intuitive Diagnostik und Datentransfer zwischen mobilen psychoneurobiologischen Kommunikatoren. In: Rimmel et al. [Hrsg.]: Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologische und neurobiologische Grundlagen der Borderline-Störung. Stuttgart: Schattauer.
- Heidl, P. (2006b). Trümmer, Trauma und Transmission im Spiegel der Intuitiven Diagnostik: Die unbewusste Übertragung von Kriegstraumata auf nachfolgende Generationen. Gestalttherapie 20(1), pp. 151-162.

- Heidl, P. (2006c). Die Ungnade der späten Geburt: Der 100jährige Krieg in den Katakomben des Unbewussten. In: Janus, L. [Hrsg.]: Geboren im Krieg. Kindheitserfahrungen im 2. Weltkrieg und ihre Auswirkungen. Gießen: Psycho-Sozial Verlag.
- Heidl, P. (2006d). Rumpelstilzchen, Teufel, Supermann ... und Hüftschmerz. Das Systemische und therapeutische Potenzial Intuitiver Diagnostik. *Systema* 20(3), pp. 257-269.
- Heym, G. (1999). Gedichte. Frankfurt: Suhrkamp.
- Höbel, W. (2007). Kognition. Sorge Dich nicht, denke! Die richtige Einschätzung von Risiken und die Macht der Intuition. Hamburg: Der Spiegel, 37, 10. 09. 2007, p. 185.
- Hoffmann, B. (1982). Interview mit D. Brian am 29. 10. 1982, zitiert in D. Brian (1996). *Einstein. A Life*. New York: John Wiley & Sons, p. 61.
- Holthusen, H. E. (1958). Rilke. Hamburg: Rowohlt, Brief an W. Hulewicz, p. 152.
- Kandel, E. (1999). Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am J Psychiatry* 156(4), pp. 505-524.
- Kanigel, R. (1992). The man who knew infinity. *A Life of the Genius Ramanujan*. London: Abacus, Richard Askey, pp. 280f.
- Lewis, T., Aminis, F., Lannon, R. (2001). *A General Theory of Love*. New York: Vintage.
- Poincaré, H. , zitiert in Bell, E. T. (1953). *Men of Mathematics II*. London: Penguin, p. 607.
- Reiser, S. (1978). *Medicine and the Reign of Technology*. Cambridge: Cambridge University Press, zitiert in Claxton, G (1997). *Hare Brain Tortoise Mind. Why Intelligence increases if you think less*. London: Fourth Estate, pp. 167f.
- Remarque, E. M. (1998). *Im Westen nichts Neues*. Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Rüegg, J. C. (2003). *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn*. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage.
- Segrè, E. (1980). *From X-rays to Quarks. Modern Physicists and their Discoveries*. York: W. H. Freeman & Co, pp. 72, 76, 80, 100.
- Singh, S. (1997). *Fermat's last Theorem. The story of a Riddle that Confounded the World's Greatest Minds for 358 Years*. London: Fourth Estate, pp. 297f.
- Weber, P. A. (1932). *Das Verhängnis*. Lithographie 35.

Dr. med. Peter Heidl MRCPsych