

HYSTERISCH SEIN

Grundzüge des Erlebens und Behandelns inneren Verloren-Seins

Ein Gespräch

RENATE BUKOVSKI, ALFRIED LÄNGLE

Hysterische Verhaltensweisen und Persönlichkeitszüge haben eine hohe Verbreitung in der Bevölkerung. Wegen ihrer genuinen Adaptabilität an das soziale Umfeld sind sie oft nicht als solche auffällig, sondern im sozialen Miteinander eher versteckt und nicht leicht zu erkennen, obwohl sie durchaus Probleme machen können. Einzelne Züge sind naturgemäß weniger auffällig als die ganze Ausprägung der histrionischen Störung. Das Vollbild der histrionischen Persönlichkeitsstörung ist aber viel seltener als das Auftreten einzelner Verhaltensweisen oder Persönlichkeitszüge und wird überdies heute weniger diagnostiziert. Häufig sind solche Züge hinter anderen Diagnosen versteckt.

Dieses Gespräch soll die Grundzüge des hysterischen Erlebens und Verhaltens sowie seine Dynamik deutlich machen und die entsprechend wichtigsten Elemente der therapeutischen Vorgehensweise aufzeigen. Damit sollen ein am Erleben orientiertes Bild der zugrundeliegenden Schmerz-Dynamik vermittelt und der in der Behandlung nötige Umgang aus existenzanalytischer Sicht besser nachvollziehbar und emotional zugänglicher werden.

SCHLÜSSELWÖRTER: Hysterie, Diagnose, Therapie, Gesellschaft

BEING HYSTERICAL

Main features of experiencing and treatment of inner lostness
A discussion

Hysterical behavior patterns and personality traits are widely spread among the population. Due to their genuine adaptability to the social surrounding they often aren't noticeable as such, but rather hidden in social togetherness and hard to recognize, even though they definitely can cause problems. Individual traits naturally are less conspicuous than the complete spectrum of the histrionic disorder. But the full image of the histrionic personality disorder is much rarer than the occurrence of individual behavior patterns or personality traits and is more seldom diagnosed these days. Frequently it is hidden behind other diagnoses.

This discussion is meant to demonstrate the main features of hysterical experiencing and behavior, explain its dynamics, and accordingly point out the most significant elements of therapeutic proceedings. In doing so, an image of underlying pain-dynamics oriented on experiencing will be shown, rendering more plausible the necessary way to deal with it in treatment from an existential analytical point of view and making it easier to access emotionally.

KEYWORDS: Hysteria, diagnosis, therapy, society

RB: Ich darf Ihnen nun meinen Interviewpartner Alfried Längle vorstellen. Sie hier im Raum werden ihn kennen, aber für jene, die sich gerade von zu Hause zuschalten und im Wohnzimmer Platz genommen haben, ein paar Basics: Alfried Längle ist Arzt, Psychologe, Psychotherapeut in Wien... ich habe gehört, in der Pandemie ist er ein wenig sesshafter geworden, früher war er sehr viel mehr um den Erdball unterwegs. Er ist habilitiert im Fachbereich Psychotherapie an der Universität Klagenfurt. Alfried Längle ist Gründer dieser, diesen Kongress organisierenden Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse International. Er hat die Präsidentschaft 16 Jahre inne gehabt. 2017 hat er „lebenslänglich bekommen“ – d. h. er ist seither unser Ehrenpräsident. Auch für die Insider noch ein paar weniger oft gehörte Informationen: Alfried hat eine Professur für Psychotherapie in Moskau, ein Ehrendoktorat an der Universität Temeswar, und eines an der Universität Santiago de Chile. Er hat sechs Ehrenprofessuren in Europa und Amerika und eine Gastprofessur an der Sigmund-Freud-Universität in Wien. Zum Thema: „Hysterisch sein – Züge des Erlebens von innerem Verlo-

rensein“, ist zu sagen, dass Alfried bereits 1999 sein Verständnis der Hysterie publiziert hat. Wir werden schauen, wie dieses Verständnis sich heute zeigt und was sich da auch weiterentwickelt hat.

RB: Ich erläutere vorab noch den Ablauf unseres Gesprächs: Wir wollen ein Patientenbeispiel an den Beginn stellen, sodass wir ein bisschen etwas „zum Anfassen“ haben für die Theorie und so die Ausführungen auf die Praxis bezogen werden können. Dann werden wir den Raum für ein paar Fragen aus dem Publikum öffnen. In einem zweiten, kürzeren Teil werden wir noch auf die Phänomene in der Gesellschaft eingehen und nochmals den Raum öffnen für die Diskussion hier im Raum und auch für das Publikum zu Hause.

Gut dann beginne ich mit meiner Patientin. Ich nenne sie jetzt mal Frau R., sie wird vom Psychiater mit einer mittelgradig depressiven Episode in die Therapie empfohlen. Es kommt eine junge, derzeit karenzierte, Frau, sie hat drei kleine Kinder, verheiratet, gegenwärtig ist sie mit dem Hausbau am Land ausgelastet. Sie ist hübsch, hat

ein ebenmäßiges Gesicht, natürlich, wenig geschminkt, hat wallende, gelockte, rötliche Haare, trägt sportliche Jeans und ein rosa Glitzeroberteil dazu, das sich für meine Geschmack farblich mit den rötlichen Haaren schlägt und wirkt angespannt. Sie sieht sich beim Hereinkommen hektisch um in der Praxis, goutiert eines der Bilder – „Ah, nett, das wollt ich mir auch schon kaufen“ – und lässt sich ins Sofa fallen. Sie berichtet von extremer körperlicher Schwäche, Herzrasen, einem anfallsartigen, ganzkörperlichen Zittern bei geringsten Anforderungen. Sie fühle sich hochgradig erschlagen und gleichzeitig angetrieben, ständig unter Strom. Sie erzählt ohne Punkt und Komma, zwischendurch tiefe Seufzer, ich komme wenig zum Sprechen.

Vor drei Wochen habe sie aus heiterem Himmel eine erste Panikattacke erlitten. Seither begleite sie ein diffuses Angstgefühl, das sich immer wieder zu panikartigen Anfällen steigere, sie fürchte dann sofort die Kontrolle zu verlieren, „verrückt zu werden, in ein tiefes, tiefes schwarzes Loch gezogen zu werden, in das sie fallen würde ohne Ende“. Frau R. weint jetzt heftig, kurz. Ich spüre dabei nicht wirklich, wovon sie gerade so berührt ist, bevor ich es ansprechen kann, erzählt sie weiter. Vor einer Woche sei ihr Mann berufsbedingt weggefahren. Sie wäre alleine mit den Kindern gewesen und habe einen Zusammenbruch erlitten. Dieser habe sie zum Psychiater geführt, der ihr Antidepressiva und beruhigende Mittel verschrieben habe. Sie nehme diese, situativ helfen ihr die Medikamente ein wenig, dennoch erlebe sie Verzweiflung, Unruhe, es gehe ihr „extrem schlecht“. Sie rutscht auf dem Sofa hin und her, nach vor und zurück, man merkt ihre innere Spannung. Sie erzählt dann noch aus ihrer Biographie, dass ihr Vater jähzornig gewesen sei, die Mutter depressiv. Sie wären drei Kinder gewesen, sie ist die mittlere. Sie habe ein „Muttertagskind“ werden sollen, deshalb sei ihre Geburt eingeleitet worden. Sie lächelt bei diesen Erzählungen aus ihrer Biografie, „es war ja ok, wie es war“. Als Jugendliche habe sie etwas Künstlerisches machen wollen, eine Friseur- oder Kosmetiklehre, durfte das aber nicht, da der Vater dagegen gewesen sei. Sie habe dann eine Lehrstelle als Einzelhandelskauffrau bekommen, weil diese gerade in der Nähe des Elternhauses zur Verfügung gestanden sei. Das habe sie kurz gemacht, dann sei sie schwanger geworden. Ihren Mann habe sie auf einem Urlaub kennen gelernt, drei Monate später sei sie schwanger gewesen, sie hätten geheiratet, drei Kinder. Nun lacht sie laut auf.

Sie habe nun Sehnsucht nach der großen weiten Welt, es sei alles so schnell gegangen mit den Kindern. Sie sei „total überfordert mit dem Hausbau, mit den Kindern“. Sie wolle weg, weit weg, „endlich wieder etwas erleben“. Das

Dorf, in dem sie lebe, sei seit ein paar Monaten „unfassbar langweilig“ für sie, sie fadisier sich. Das sagt sie ein bisschen beschämt, traut sich gar nicht ihren Wunsch auszusprechen. Sie traue sich das nicht wirklich denken, es sei doch nicht in Ordnung, es gehe ihr doch gut. Gleichzeitig habe sie keine Kraft dafür. Sie weint wieder heftig.

Aber schon seit ihrer Jugendzeit habe sie immer eher das getan, was andere wollten oder meinten und in kaum einem Lebensbereich die eigenen Wünsche leben können. Auch aus diesem Grund traue sie sich kaum ihren Wunsch auszusprechen, denn es sei etwas anderes, als die anderen von ihr erwarten würden.

Was möchte sie von der Therapie: Ob sie durch die Therapie wohl schnell wieder funktionieren könne? Sie möge diese Zustände loshaben, sie seien so grauenhaft. Sie möge eine Arbeit beginnen, zu Hause sei es zu langweilig, aber dazu wolle sie dann eine Umschulung machen, denn der Job, den sie vor den Kindern hatte, dorthin wolle sie nicht zurück. Sie wisse aber nicht, was sie beruflich machen möge.

So ging das ohne Punkt und Komma die ersten 50 Minuten und meine erste Frage an dich ist jetzt: Wenn Du das so hörst und auf dich wirken lässt, was davon spricht dich an in Bezug auf das Thema Hysterie? Siehst du da etwas Hysterisches im Erleben, im Verhalten oder im Eindruck, den die Geschichte auf dich macht? Von deinem Gesamteindruck her – erlebst du da etwas Hysterisches?

AL: Danke, du hast eine schöne genaue Schilderung gegeben, die in wenigen Worten sehr viel skizziert von diesem Verhalten. Wenn ich den Gesamteindruck auf mich wirken lasse, dann frage ich mich zunächst, wer diese Frau R. ist? Wen habe ich da gegenüber? Ich habe vielerlei und vieles, das sich schwer anbinden lässt und der Gesamteindruck ist: Es ist schwer zu fassen. Sie ist wie nicht da, obwohl so viel „Action“ ist. Und auch du, als Therapeutin konntest ihr gar nicht so leicht dazwischenkommen, „ohne Punkt und Komma“ beschreibst du ihre Sprechweise. So konntest du gar nicht an sie herankommen. Und ähnlich geht es mir allein beim Zuhören: Da bleibt eine große Distanz zwischen ihr und mir. Sie spricht nicht wirklich von Gefühlen, aber sie hat Affekte und sie hinterlässt ein sehr flüchtiges Bild. Die Unruhe, die Sprunghaftigkeit dominieren, ebenso wie das Unstete, Oberflächliche. Die Klientin ist schnell, funktional, immer beurteilend: „alles ist langweilig“, „grauenvoll“. Zur Geburtseinleitung meint sie: „aber es war ja ok.“ Es ist auffallend, dass sie immer gleich urteilt. Und dann ist sie ständig unter Strom, angetrieben, angespannt, ist nicht zu bremsen, spricht ohne Punkt und Komma. Es dominiert das Wechselhafte: Tiefe Seufzer wechseln sich mit Lachen ab, gefolgt von einem kurzen Weinen. Und sie

hat Panikattacken – das Panische hat ja immer auch einen hysterischen Anteil. Symptomatisch sind auch ihre Übertreibungen – diese dramatischen Angstvorstellungen wie „in ein tiefes schwarzes Loch zu fallen“ oder die Beschreibung, es gehe ihr „extrem schlecht“. Ich erlebe sie sehr im Außen und weit weg von sich und mit starken Beschreibungen operierend, wie um beim Gegenüber einen Eindruck zu erwecken. Ihr Erscheinen in der Praxis gleicht einem Auftritt, die Praxis wird zu ihrer Bühne. Ihre Kleidung – das Glitzernde, das sich dann noch ein bisschen schlägt mit den Haaren, sind Hinweise auf eine hysterische Grundthematik. Das unvermittelte Inspizieren des Raumes, des Bildes mit dem Kommentar, das hätte sie auch schon mal gewollt, zeigt, wie die Klientin alles auf sich bezieht.

Sie rutscht hin und her – sie hält es auch im Stuhl schon nicht aus, sie meint, sie müsse aus der Enge des Dorfes hinaus, sie möchte in die Weite, möchte reisen, sie hat einen Erlebnishunger und weiß aber eigentlich nicht, was sie wirklich will. Sie verfügt lediglich über ein paar (diffuse) unreife Fantasien, die man schwer ernst nehmen kann: Sie will den Beruf wechseln oder noch was lernen und kennt aber eigentlich vom Leben nur den Begriff „Funktionieren“. Was hier sehr dominiert, ist das schwer Fassbare, das Fluktuierende, das Wechselhafte, das Übertriebene und Funktionale – in ihren eigenen Vorstellungen und Erwartungen an sich selber und auch in ihren Erwartungen an die Therapeutin, von der sie sich wünscht, dass sie bald wieder funktionieren kann.

Hast du noch etwas zu ergänzen? Du kennst sie ja persönlich....

RB: Mir ist noch dieses fein Grenzüberschreitende aufgefallen. Dieses Hereinstürmen in die Praxis, der Kommentar zum Bild... Zum Teil hat sie Grenzüberschreitungen selbst erlitten, so wie andere mit ihr umgegangen sind, aber auch sie überschreitet leicht Grenzen, zeigt grenzüberschreitende Tendenzen. Nicht massiv, aber doch tendenziell. Bei der Bemerkung, sie habe sich dieses Bild auch schon mal kaufen wollen, habe ich mich ein bisschen ertappt gefühlt, dass es dieses Bild überall zu kaufen gibt. Ich war erstaunt, ein bisschen irritiert von dieser Bemerkung.

AL: Grad, dass sie nicht dazu gesagt hat: „Ja, das wollte ich mir auch im Möbelhaus kaufen.“

RB: Ja, da haben wir einen ähnlichen ersten Eindruck. Du hast ja 1999 das existenzanalytische Verständnis von Hysterie publiziert als Herausgeber des Kongressberichts mit drei Artikeln von dir darin. Spannend finde ich, dass das ja eine Zeit war, in der die Hysterie bereits aus den Klassifikationen ICD und DSM entfernt war. So stellt sich mir die Frage: Warum sprichst du denn damals noch

weiterhin und warum sprichst du denn bis heute von Hysterie? Es ist im Grunde in der Alltagssprache fast ein Schimpfwort geworden. Was ist dir so wichtig, bedeutsam daran, von Hysterie zu sprechen und was genau bezeichnest du als hysterisch und was als histrionisch?

AL: Da möchte ich mehrere Punkte anführen: Zum einen – es ist ein Schimpfwort geworden und man meint nichts Positives, wenn man sagt: „sei nicht so hysterisch“. Aber es meint genau ein Verhalten, das recht gut in das Bild der Hysterie passt. „Sei nicht so ängstlich“ klingt eher nach Mut zusprechen, „sei nicht so depressiv“ eher nach Vorwurf. Das Hysterische wurde dagegen ein Schimpfwort. Es ist abwertend, weil das hysterische Verhalten natürlich die Umgebung mit einbezieht, es mühsam ist für sie, sie belastet oder verletzen kann. Das ist aber ganz präzise ein hysterisches Phänomen.

In der Psychotherapie und den psychotherapeutischen Klassifikationen wollen wir natürlich nicht Schimpfworte gebrauchen und somit hat es seine Berechtigung, vorsichtig zu sein im Umgang mit dem Begriff Hysterie. Auf der anderen Seite aber ist zu sagen, wenn wir so schamhaft versuchen diese Bezeichnung wegzutun, um jemandem nicht zu nahe zu treten oder ihn unangenehm zu berühren, dann verdrängen wir vielleicht das Phänomen und das ist meines Erachtens auch in der Nomenklatur geschehen: Es gibt den Begriff der Hysterie als Neurose nicht mehr. Er ist jetzt aufgespalten in somatoforme, in dissoziative, in Persönlichkeitsstörungen. Die klassische hysterische Neurose, die ja in den Fünfziger-Jahren sehr häufig vergeben wurde – ich glaube um die 60% der Diagnosen waren Hysterie (was wohl auch wieder eine übertriebene Verwendung der Diagnose war) – ist heute völlig verschwunden. Da ist wohl auch eine Gegenreaktion gegen die überbordende Verwendung enthalten. Aber die Hysterie ist eben auch selbst ein Chamäleon – sie unterliegt dem Zeitgeist, kann sich immer wieder verstecken und Schlupflöcher finden, wo sie sich unsichtbar macht.

Anstatt das Hysterische, das Schmerzliche und das auch in der Interaktion Unangenehme zu benennen und zu versuchen, dieses Leid in unser Dasein zu integrieren und sich zu sagen: „Das gibt es und das gibt es auch bei mir“, wird es eher ausgeblendet und als bloß „schauspielerisch“ (die Bedeutung von histrio) verharmlost. Ich hatte letzte Woche ein Erstgespräch mit einer Patientin, die meinte, sie wisse nicht, was ihr fehle, es gäbe nichts zu klagen und doch gehe es ihr nicht gut. Und auch mir fiel es schwer etwas zu greifen. Am Ende der Stunde meinte ich: „Das was sie haben, das gehört in das hysterische Bild.“ Die Patientin war regelrecht erleichtert. Jetzt konnte sie ihr Leiden erstmals fassen, sie wusste, es gibt ein Wissen dazu. Und zu hören, dass es das hysterische Bild

ist, ist für eine Hysterikerin nicht besonders schwer zu nehmen. Für Nicht-Hysteriker wäre so eine Diagnose viel schwieriger.

Ich plädiere dafür, diese hysterischen Erlebnis- und Verhaltensweisen, die in jedem Menschen mehr oder weniger im Rahmen der Selbstfindung, der Selbstgestaltung und im Rahmen des Ich-Seins mal aufkommen oder (zeitweise) dominieren können, bewusst zu halten und versuchen zu integrieren. Genauso wie wir auch die hysterischen Menschen selbst nicht ausschalten wollen durch Nicht-Beachten oder Nicht-Ansprechen der Problematik. Das ist ein Grund, warum ich den Titel Hysterie sehr provokant finde und auch beibehalten möchte. Ermutigt wurde ich hier auch vom Psychoanalytiker Stavros Mentzos, der ähnliche Sichtweisen hat.

Dann gibt es beim hysterischen Bild natürlich *inhaltliche Themen*, warum es wichtig ist, diese Diagnose zu erhalten: sie haben sich nicht, tun sich schwer, sich zu finden. Das hat zum einen mit dem *einheitlichen Verarbeitungsmodus* zu tun: Das Hysterische operiert mit Distanz und Sich-Übergehen, in die Externalisierung gehen, mit dem dissoziativen Schwarz-Weiß-Aufspalten, die Mitte vermeidend. Es ist sehr funktional. Und so erleichtern sich hysterische Menschen ihre Spannungen, ihre Probleme, ihre Konflikte und betäuben ihr Schmerzempfinden.

Ein weiteres, wichtiges Argument ist: Diese ganze Gruppe hat *dasselbe existentielle Thema* als Grundlage. Das ist natürlich für uns in der Existenzanalyse mit dem phänomenologischen Zugang gut sichtbar. Bei Klassifikationen, die statistisch vorgehen, ist das kaum möglich, denn bei diesem wechselhaften Bild kann man schwer gute statistische Ergebnisse herausfinden. Mit den statistikbasierten Manualen (ICD, DSM) kann Hysterie nicht wirklich gut erfasst werden. Darum ist es m. E. eine Aufgabe der existentiellen und phänomenologischen Richtungen (also nicht nur von uns), dass dieses Bild gut gefasst und existentiell auf das Wesen hin beschrieben wird.

Der *Begriff Hysterie* ist für mich der umfassende Begriff. Er beschreibt die hysterische Gruppe. *Histrionisch* ist ein Begriff, der 1980 in das DSM-3 eingeführt wurde, zum einen, eben weil der Begriff hysterisch so einen pejorativen Beiklang hat und zum anderen, weil die histrionische Persönlichkeitsstörung sich ein bisschen vom Gesamtbild des Hysterischen unterscheidet, also eine Sonderform bildet. Sie unterscheidet sich deshalb, weil sie praktisch keine oder nur wenig Konversionssymptome entwickelt. Daher ist es schon ok, die Persönlichkeitsstörung eigens als histrionisch zu bezeichnen. „Histrion“ ist im Lateinischen der Schauspieler und ist natürlich genderneutral. Aber wer weiß heute schon, woher der Begriff Hysterie kommt? Dass er sich vom griechischen Wort für Uterus ableitet

und auf einen alten Mythos zurückgeht, der die Hysterie sehr genau schon im Ägyptischen beschrieben hat? Das wären die Gründe, warum ich meine, dass wir uns nicht scheuen sollten, Hysterisches in seinem Wert und in seinem Leid zu uns zu nehmen und mit ihm zu sein.

RB: Hysterie als Selbst-Störung, als Störung im Selbst-Sein, ist existenzanalytisch gesehen eine Störung in der 3. Grundmotivation, in dem Thema: „Wer bin ich? Darf ich so sein, wie ich bin?“ Als gemeinsam erfasstes Phänomen hat sie sich in weiterer Folge ausdifferenziert in die Diagnosen, die wir heute kennen.

AL: Ja, genau – auf der reaktiven Ebene, der neurotischen Ebene und auf der Persönlichkeitsebene mit der ganzen Gruppe der externalisierten Persönlichkeitsstörungen.

RB: Da hat sich ja noch etwas weiter entwickelt seit diesen ersten Publikationen zu den Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Da ist ja noch viel passiert, auf das wir jetzt nicht so eingehen können. Aber vielleicht kann ich dir in diesem Zusammenhang eine Frage stellen: Erlebst du diese Patientin mehr auf neurotischem Niveau oder würdest du sagen, es geht bereits in Richtung einer histrionischen Persönlichkeitsstörung? Und v.a. – sie kommt ja mit der Diagnose einer mittelgradigen Depression – wie korrespondiert das Depressive bei ihr mit dem Hysterischen und woran würdest du es unterscheiden? Ich bekomme viele Patient:innen mit der Diagnose Panikstörung überwiesen oder dann aufgrund der Erschöpfung mit der Diagnose Depression. Woran unterschiedest du diese Bilder? Woran machst du es fest bei deinem ersten Eindruck?

AL: Bei dieser Patientin könnte man Depressives sehen, weil sie „in ein tiefes schwarzes Loch fällt“. Wenn das eine Fachperson hört, die kein Bild von Hysterie hat, geht sie nach dem Ausschlussprinzip vor: Angst ist es nicht und Sucht auch nicht – was bleibt dann übrig? Und mit einem Antidepressivum kann man ihr ja gleich einmal helfen – weil ein Anxiolytikum wird da nicht recht helfen und Antidepressiva sind ja schon recht potent und führen zu einer etwas besseren Stimmung. Doch liegt einer solchen Diagnosestellung ein ganz großes Nichtwissen zugrunde. Die Hysterie wird weitgehend nicht mehr gekannt und von ihr gewusst. Wir sollten uns als Existenzanalytiker wirklich bewusst sein, dass wir einen sehr guten Blick haben auf diese Entwicklung des Ichs, der Selbstwerdung und des Selbstwertes und der ganzen damit verbundenen Problematik, dass wir hier Anwalt sind für dieses damit verbundene Leiden, damit es auch eine präzise Behandlung bekommt und nicht einfach nur medikamentös mit diesen Diagnosen abgefangen und insuffizient behandelt wird.

Deine Patientin erscheint mir sehr neurotisch. Denn Neurotisches zeigt sich grundsätzlich, insbesondere auf der

Verhaltensebene. Sie führt ihre Spannungen durch Handlung ab. Die Persönlichkeitsstörungen fordern mehr die Ich-Unterstützung an. Die Persönlichkeitsstörung kämpft um die Aufmerksamkeit, sie setzt noch ganz andere Mittel ein und ist verführerisch, ist vielleicht sogar noch suggestibler. Wenn diese Frau sehr im Agieren ist, was ich als typisch für das Neurotische ansehen würde, wird die Therapie vielleicht nicht Jahre gehen, sondern vielleicht so ein Jahr oder zwei. Aber depressiv ist da nichts – da ist nichts von der Schwere, der Schuld, dem Versagen oder der Hoffnungslosigkeit, die das depressive Bild kennzeichnen.

RB: Ja, das bestätigt sich – die Patientin hat ja die Therapie bereits abgeschlossen nach ca. 1,5 Jahren. Da haben wir denselben Eindruck, dass das Depressive mehr dieses „Ich bin schlecht, ich bin schuld“ innehat.

Vielleicht könnten wir mit der nächsten Frage noch auf den Kern des Leidens, den Kern des Erlebens des Hysterischen zu sprechen kommen?

AL: Das hat Karin Steinert heute Vormittag sehr schön ausgeführt und ich kann das nur nochmals wiederholen: Ein übergroßer Schmerz, der mit den vorhandenen Ich-Strukturen nicht gehalten werden kann, der überfordert. Ein Schmerz von der Größenordnung des hilflosen Alleingelassenseins, des schmerzlichen gewaltsamen Missbrauchtwordenseins auf verschiedenen Ebenen, des Eingesetztwordenseins als funktionales Mittel in Beziehungen der Eltern. Es ist der Schmerz der Gewalt, der Beugung und ein Schmerz, der dazu führt, dass diese Menschen von sich weggehen müssen, damit sie überleben können. Aber dadurch gehen sie sich verloren.

RB: Ja, genau, du sprichst immer vom Sich-verloren-Gehen und jetzt frage ich mich: Wer geht denn wem verloren? Geht die Betroffene sich verloren oder hat sie sich vielleicht auch noch nie gefunden?

AL: Beides ist möglich. Ich weiß nicht, wie es bei deiner Patientin war, aber ich möchte die Frage aufgreifen, was wir mit „*sich verloren gehen*“ meinen. Das ist ein Begriff, den die Patient:innen auch selber verwenden: „Ich fühle mich so verloren“ kann man von ihnen durchaus hören. Sie sind verloren in der Welt, obwohl sie eine ganz große Geschicklichkeit haben, jedoch haben sie keine festen Wurzeln geschlagen oder Anbindungen. Und sie gehen sich verloren bei sich selbst. Sie kennen sich nicht, sie wissen nicht, was sie wirklich wollen. Deine Patientin weiß es auch nicht. Sie möchte irgendetwas beruflich machen, aber nicht das, was sie zuletzt gemacht hat und sie weiß nicht was sonst.

Sie sind verloren bedeutet auch: Sie sind nicht wirklich da. D. h. auf der einen Seite haben die Hysterischen etwas ungemein Feenhaftes, Luftiges, Leichtes, Feuerwerksartiges und auf der anderen Seite sind sie impertinent, for-

dernd, manipulierend, benutzend, mühsam, sich durchsetzend, nur funktional – aber auch darin sind sie nicht persönlich. Das sind nur Hülsen. Und so sind sie gleichzeitig in beiden Formen – und das Hysterische ist immer schillernd, immer wechselhaft: da ist einerseits das unglaublich Leichte und dann das Verbissene und Zähle. Also es ist sprunghaft, wechselhaft, mit viel Bewegung im Außen, aber innen ist es leer.

RB: Da könnten wir auch sagen, es fehlt diesen Menschen der Zugang, von dem auch gestern schon in mehreren Vorträgen die Rede war, der dann wichtig wäre für die Authentizität, der Zugang zum ursprünglich Eigenen, zum Stimmigen, zu Meinem, dass ich das nicht auffinden kann, was gestern auch Ariadne von Schirach und Christoph Kolbe schon angesprochen haben. Das, was in mir zu mir spricht, was jetzt das Stimmige wäre in der Situation, das Abgestimmte mit dem Anderen. Dass dorthin der Zugang fehlt, dass das nicht aufgefunden werden kann und es da eine große Verunsicherung gibt?

AL: Die Authentizität kommt ja aus der eigenen Mitte und das Hysterische ist die *Störung, der die Mitte fehlt*. Daher empfindet die hysterische Person dort kein Leben, sondern nur in den äußeren Flügeln des Extremen: „Ich habe wahnsinnige Schmerzen“ oder „das bringt mich um“, „ich habe es dir schon 1000mal gesagt“ ... aber in der Mitte, wo es nichts Spektakuläres gibt, wo das Normale, das Gewöhnliche ist, da ist nichts los, da ist es leer, das ist schwer auszuhalten. Durch diese Taubheit der Mitte ist das Spüren der inneren Schwingung oder Stimme betäubt, also das Gefühl: „das bin Ich“ und „das, was ich jetzt spüre, ist Meines“. Dieses Ursprüngliche, Authentische ist nicht zugänglich durch den großen Schmerz darunter. Die Mitte ist betäubt, um vom Schmerz loszukommen – man kennt das vom Zahnarzt, wenn man eine Lokalanästhesie bekommt, dann spürt man keinen Schmerz mehr, und so ist die Mitte beim Hysteriker „lokalanästhesiert“, weil der Schmerz sonst zu groß wäre. In der Mitte ist nichts mehr zu spüren und daher spüren sie auch nicht, was ihr Echtes, ihr Eigenes wäre. Und wie sollen sie da zu einer echten Willensbildung kommen? Im Innen leer geht ihr Leben ins Außen, da ist Wirbelwind und Schaumschlägerei. Du fragtest, ob das von Anfang an so gewesen sei, ob die sich je gehabt habe oder ob sie sich verloren habe? – In Bezug auf deine Patientin, kannst du vielleicht Konkretes dazu sagen?

RB: Ja, nicht von diesem Ersteindruck, aber von der längeren Therapie schon. Es begann schon sehr früh in ihrer Geschichte, dass sie nicht gefragt wurde. Bei ihr würde ich dazu tendieren, dass sie wenig Möglichkeit gehabt hatte, sich zu finden. Auch wenig Unterstützung darin von den Bezugspersonen.

AL: Was vielleicht bei deiner Patientin nicht zutrifft: Je höher der genetische Anteil bei der Entstehung ist, wie z. B. bei den Persönlichkeitsstörungen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich nie wirklich gehabt haben. Aber im Allgemeinen ist es bei solchen Verläufen, wie du einen schilderst so, dass in der Entwicklung wenig Begegnung stattgefunden hat...

RB: ... viel Anpassung gefragt und gefordert worden ist – die Mutter depressiv, deswegen musste die Klientin sich viel zurücknehmen, dann wiederum bei der Lehrstellenwahl musste sie das nehmen, was praktisch ist. Dieses wenige Gefragtwerden zeigt sich bei ihr und hier hätte die Klientin ja etwas Eigenes gehabt – so wie sie erzählt hat, sie hätte gerne was Künstlerisches (Kreatives) gemacht, aber das wurde dann eben nicht unterstützt. So fehlt auch die Bestätigung dieses Eigenen, um es auch wirklich ergreifen zu können.

Du hast jetzt ja schon dieses Phänomen angesprochen, des oft Schillernden und dann wieder Abstoßenden – ich kenne das von meinen Supervisand:innen, von mir, von meinen Klient:innen, wenn sie über Menschen aus ihrem Alltag sprechen, die vielleicht zu diesem Kreis des Hysterischen gehören, dass sie sagen: „Ma, der zipft mich an.“ Oder „Spinnt der?“

Was passiert da? Was machen diese Menschen mit uns? Was machen sie mit uns, dass es manchmal so schwierig wird mit ihnen? Sie machen etwas mit uns – kannst du uns beschreiben, was das ist? Zum Teil ist die Hysterie ja auch so attraktiv, sie hat ja auch oft etwas ganz Anziehendes. Bei Partys sind das ja Menschen, die im Mittelpunkt stehen, die attraktiv sind. Was ist das denn – ist es die Intensität der Hysterie, die sie so attraktiv oder abstoßend macht? Wie siehst du das?

AL: Zunächst mal zum *negativen Pol*: Hysterische Menschen sind anstrengend. Sie geben nicht viel her. Man redet mit ihnen, aber man bekommt wenig zu fassen. Sie sprechen ja nicht von sich. Sie sprechen zwar dauernd über sich, aber nicht *von sich*. Daher ist es anstrengend ihnen zu folgen: man ist wie eingeladen auf eine Fahrt und ist dann plötzlich zurückgelassen und sie schweben irgendwohin davon. Das ist schon mal frustrierend, enttäuschend. Und dann sind sie natürlich *manipulativ*: sie wollen was von mir, sie brauchen *meine* Gefühle, *meine* Affekte, *mein* Erleben, das sie abziehen, um ihr eigenes Defizit aufzufüllen, und das hat was von einem Schmarotzer. Das ist an sich sehr menschlich – das Kind braucht das von den Eltern, es will fühlen, wie die Eltern fühlen, oder sie hören und erleben. Das „detoxifiziert“ ihre unangenehmen Gefühle und bindet sie in ein normales Erleben ein; so können sie ihre Emotionalität lernen. Und das brauchen Hysteriker auch – nur ist bei ihnen

der Boden nicht da, so dass eine Entwicklung stattfinden könnte, denn dieser Boden ist anästhesiert. Sie können da nichts aufbauen. Daher holen sie sich das – ein normales Verlangen für die Entwicklung – aber sie können es nicht halten. Daher ist das Manipulative ständig da – man merkt: Die benutzen mich, man muss sich vor Grenzüberschreitungen schützen, sie sind unemphatisch, es kommt kein wirklicher Dialog zustande, sie sind egozentrisch, es geht immer nur um sie. Und man spürt sie nicht, man bekommt sie nicht zu fassen in dem, was sie sagen. Der Hysterische ist in dem Sinn einfach nicht „normal“, er ist extrem und das ist anstrengend und das „zipft“ einen an.

RB: Und gleichzeitig auch wenig spürbar – das macht es teilweise für einen selbst so anstrengend, so langweilig. Der andere erzählt viel, kann sich darin aber nicht spüren, weil er selbst so anästhesiert ist und er ist auch fürs Gegenüber schwer spürbar, wenn man dennoch versucht hinzuspüren.

AL: Das *Positive* sollte ich vielleicht noch erwähnen... nur kurz: Auf der anderen Seite sind Menschen mit hysterischen Zügen natürlich sprühend, abwechslungsreich, unterhaltsam, sie sprengen die Grenzen, bringen das Ungewöhnliche herein. Man kommt durch sie aus dem Korsett des Alltags doch ein gutes Stück heraus. Sie sind charmant, attraktiv, gehen auf Leute zu, knüpfen Verbindungen, öffnen andere Menschen und sind schillernd. Sie sind pflegeleicht und machen im Allgemeinen keine Probleme. Das ist natürlich bekömmlich und gerade für kurzfristige Partysituationen ist das eine ganz ideale Geschichte. Wenn so eine hysterische Person in der Gruppe ist, dann ist Leben in der Gruppe.

RB: Da ist was los, das ist auch begeisternd, aufweckend, wirbelig. Da kommt eine Lebendigkeit, eine Leichtigkeit herein und ich erlebe sie auch oft charmant.

AL: Ja, sie können sehr gewinnend sein und haben ja eine unglaubliche Fähigkeit, sich zu adaptieren und das zu zeigen, von dem sie spüren, dass das dem anderen gefallen wird. Dadurch kommen sie dann auch beim anderen näher heran und bekommen so eine gewisse Aufmerksamkeit, sozusagen einen Ersatz für Beziehung, Nähe, Liebe, was sie ja nicht wirklich fühlen können. Sie sind dafür mit ganz großen, feinen Antennen ausgestattet.

RB: Ja, fein, danke dir. Dann begeben wir uns zum Thema der Behandlung. Das spezifische Problem ist ja nicht nur die Vielzahl der Themen, die eingebracht werden, sondern auch die Geschwindigkeit in der Abfolge der Themen, die Dramatik in der Darstellung. Was hilft uns in der Arbeit mit den Menschen und was hilft den Betroffenen, damit sie mehr zum Wesentlichen und letztlich auch zu sich kommen können? Einen Teil hat Karin Steinert heute angesprochen – die tiefe Bearbeitung des

Schmerzes. Aber ich denke, das braucht auch Vorbereitung, das braucht Haltung und es braucht verschiedene Interventionen. Schön wäre, wenn du hier auf das spezifisch Existenzanalytische eingehen könntest.

AL: Da haben wir etwas, das ich fast für ein Alleinstellungsmerkmal für die Existenzanalyse halte, zumindest in der Deutlichkeit der Ausformulierung. Ich glaube schon, dass viele Menschen aus der Praxis und der Erfahrung heraus auch Ähnliches in der Behandlung der Hysterie entwickeln: das beginnt mit dem Verständnis, dass die hysterische Person den Zugang zu sich nicht hat. Sie weiß also nicht, wer sie wirklich ist, wer ihre Person ist, was in ihr als Echtes aufkommt. Sie kann gar nicht authentisch sein. Wie kann ich mit so einer Person therapeutisch arbeiten? Da bleibt ja alles irgendwie an der Oberfläche und die Gefahr ist wirklich – und das ist mir in den ersten Jahren oft mit den Hysterikern passiert und das passiert mir auch heute noch – dass wir so irgendwie in ein Reden kommen und ich merke, die Kupplung ist nicht mehr eingekuppelt, oder wir mahlen kein Korn mehr und die Stunde geht so leicht und so schnell, aber: Was haben wir denn jetzt gemacht? Diese Verführung soll auch immer wieder passieren, weil man aufgrund dieser Erfahrung dann mit den Patienten darauf zurückgreifen kann. Das ist mir besonders am Anfang häufig passiert, und vor allem länger, ich entkam dieser Schiene schwer, brauchte oft lange, bis ich das Gespräch verdichten konnte. Aber ich weiß ja, dass die hysterische Person den Zugang zu sich nicht hat. Und genau den sucht und braucht sie, aber sie hat auch Angst davor – denn dadurch kommen wir zum Schmerz. Und da operieren wir als Therapeut:innen mit dem Spezifischen der Existenzanalyse: Wir können das Problem angehen, indem wir ihr stellvertretend unser Personsein zur Verfügung stellen. D. h. als Therapeutin oder Therapeut nehme ich Bedacht darauf, dass ich *aus meiner Mitte spreche*, dass ich mich immer wieder zurücknehme, geradezu meditativ auf mich besinne, Föhlung aufnehme mit meinem Inneren, meinem Gefühl bis hin zu meinem Bauchgefühl, also phänomenologisch bleibe und vor allem phänomenologisch nach innen blicke. Denn das Phänomenologische nach außen kann uns in die Leere föhren, weil wir die Klient:innen ja als erstes in dem „Gegenüber, das sich nicht hat“ wahrnehmen. Aber wir können der Leere entkommen, wenn wir sie aufföllen mit der Fölle aus dem eigenen Erleben. Und das eigene Erleben den Patientinnen und Patienten vorlegen, es vor sie auf den Tisch legen, es ihnen anbieten, sodass sie schauen können, sehen können – mit ihrer hohen Suggestibilität kann auch eine Sickerwirkung entstehen – sodass sie eine Ahnung kriegen, um was es da gehen könnte. Sie brauchen das wie einen Kern, an dem sich ihr Eigenes kondensieren kann. Sie er-

leben, dass sie sehr ernst genommen werden, wenn ein Gegenüber so auf sich Bezug nimmt und das Eigene und das Seinige so präsent hat und ihnen vorlegt. Die Schwierigkeit ist dabei, dass ich das ja quasi in den Nebel hinein sage – ich sehe das Gegenüber ja nicht wirklich, kann ihm nicht begegnen. Bei der Persönlichkeitsstörung ist die Begegnungsschwierigkeit natürlich noch intensiver als bei der Neurose.

Das ist das Spezifische: die Therapeuten legen das vor, was sie jetzt persönlich anspricht, ihnen wichtig erscheint, geben Einblick in ihr Inneres und geben es ihm oder ihr zur Hand. Sie zeigen sich persönlich. Damit machen sie ein Begegnungsangebot, nicht einfach ein Beziehungsangebot. Diese Menschen brauchen Begegnung, die ihnen in ihren Nebel hinein entgegengebracht wird. Das ist auch für Therapeuten manchmal schwer auszuführen oder auszuhalten, das kann sie verunsichern. Ich habe da manchmal das Gefühl, wie wenn ich in einem dunklen Saal spreche, angestrahlt von Scheinwerfern und nur Schwarz vor mir sehe und keine Reaktion – es ist das Gefühl, kein wirkliches Gegenüber zu haben. Aber ich habe das Vertrauen, dass sich das langsam aufbauen wird. Das macht das Professionelle aus.

Diese innere Präsenz zu halten vor dem hysterischen, selbstverlorenen Menschen halte ich für ganz zentral in der Therapie und ist in dieser Ausformulierung schon spezifisch für die Existenzanalyse. Das Ernstnehmen der Patienten als Person ist hier natürlich ganz grundlegend. Die hysterischen Menschen werden ja ständig verletzt, weil man über sie hinweggeht, sie belächelt, weil man sie nicht greifen kann – es ist ja auch eine Gegenübertragung ihres eigenen, sich nicht ernstnehmen-könnenden Verhaltens. Dabei bauen wir die drei konstitutiven Ich-Strukturen ein. 1.) geht es um *Beachtung*. Wir hören ihnen zu und versuchen sie zu *sehen*. Im Dialog leiten wir sie an, dass sie sich artikulieren, dass sie ihren Schmerz aussprechen oder ihr Problem besprechen und versuchen, sie zu verstehen. Sie dürfen so sein, wie sie sind, und sie können erleben, jemand ist da, der sie hysterisch sein lässt – sie können ja nicht anders. Aber das Gegenüber bleibt bei sich und gerät nicht in ein Mitspielen, sondern versucht sie zu orten. Durch das zumeist mühsame Beachtung-Schenken soll erreicht werden, dass sie sich selber etwas zu Gesicht bekommen. 2.) *Sich gerecht werden*, d. h. in dem Fall, dass sie ernst genommen werden, dass wir also versuchen, den Inhalt zu erspüren, oder vielleicht auch aus der Empathie, aus uns selbst schöpfend, Inhalte vorgeben, so dass sie einen Kondensationskern bekommen von dem, wer sie sein könnten, und auch langsam von dem, was ihr Schmerz sein könnte. 3.) *Wertschätzung* – d. h., dass wir sie zu Stellungnahmen anleiten, so dass sie zu

sich selber Stellung nehmen und nicht immer so leichtfüßig über sich hinweggehen. Und dann runden wir das noch ab, wir verweilen dabei, indem wir uns *Ruhe und Zeit* nehmen. Die Ruhe bei Gesprächen mit hysterischen Menschen ist extrem wichtig – mit einer dreiviertel Stunde geht da nicht viel. Ich habe schon Patienten gehabt, die in der ersten Stunde unzugänglich waren, und erst nach einer Stunde ruhiger wurden und dann können sie auch besser bei sich bleiben und verweilen. Das braucht natürlich Übung und Zeit auf Seiten der Therapeuten.

Für die konkreten Schritte kann ich nur nochmals auf Karin Steinerts Vortrag von heute verweisen (s. S. 26–31 in diesem Heft). Ein paar Hinweise will ich dennoch geben. Natürlich braucht es vor den Interventionen ein klares Setting und vor allem therapeutische Führung. Hysterische Patienten darf man nicht einfach reden lassen. Das ist anders als beim depressiven Menschen. Die hysterischen Menschen brauchen immer wieder jemanden, der Stellung zu ihnen bezieht, ihnen entgegentritt und sie führt. Am Anfang in der Therapie geht es natürlich um aktuelle Probleme, um die soziale Situation, da geht es darum, Unangenehmes aushalten zu lernen wie unangenehme Gefühle oder allein sein. Ruhe üben, Unzufriedenheiten ansprechen und zum Thema machen – das ist alles sehr anstrengend für diese Patienten. In der Therapie spielt dann die Induktion des Selbstbildes durch die Selbsteinschätzung und Stellungnahmen zu sich eine Rolle. Noch ein wichtiger Punkt dabei ist das Aushalten der Leere. Karin Steinert hat es in ihrem Fallbeispiel heute sehr schön gezeigt, wie es über das Aushalten dieser Leere zum Auffinden des Schmerzes kommen kann. Das war sehr geschickt, wie sie es machte, dass sie eben fragte: „Kannst du es noch aushalten, geht das noch?“ Wenn die Störungen schwerer sind und dann in den Bereich der Persönlichkeitsstörungen kommen, dann kann das so schwer werden, dass sie das Gefühl haben: „Das halte ich nicht mehr aus.“ Und da ist es wichtig, dass wir sozusagen durch das *Tor des Todes, des Sich-Auflösens* mit ihnen hindurchgehen. Da ist ein Satz in diesen schwierigen Situationen für mich immer wieder rettend gewesen – der Satz: „Schmerz tötet nicht.“ Das ist unglaublich beruhigend. Das wissen die Patienten nicht. Sie glauben: Der Schmerz bringt sie um. Das ist verständlich in ihrer übertreibenden Atmosphäre. Aber es ist beruhigend dann zu sagen: Nein, weißt du, wenn du es noch aushalten kannst, ist es gut. Aber du sollst auch wissen – der Schmerz zeigt nur auf, dass da etwas nicht gut ist. Aber er tötet nicht. Und wenn das Befürchtete dann einmal so durchgegangen ist, dann können sie langsam so eine Kraft spüren, weil ohne Aushalten von Schmerz, gibt es keine Erlösung in der Hysterie.

RB: Vielleicht kann man es auch so sagen: Durch den Schmerz komme ich erst auf die Welt. Er tötet mich nicht, eher: Durch diesen Schmerz geboren werden zu sich selbst; dass er so eine Art Geburtsschmerz ist.

AL: Vielleicht magst du noch etwas sagen zu dieser Patientin, was du noch so in Erinnerung hast? Was vielleicht auffallend war, was ihr besonders geholfen hat?

RB: Es ist schon so, wie du es jetzt beschrieben hast. Ja, sie hatte anfangs oft so viele Meinungen, so viele Behauptungen aufgestellt, hat alles so schnell beurteilt. Z. B. kommt sie in die Stunde und sagt: „So, jetzt lasse ich mich scheiden, jetzt reicht es mir.“ Und diese schnellen Meinungen mussten dann übergeführt werden in wirkliche Stellungnahmen. Wobei sie bei der Arbeit auch ein neues, anderes Selbstbild bekam – das war bei ihr recht oft sehr hilfreich. Beachtung, ernstnehmen, mein Eigenes substituieren, sie wieder zu ihrem anfragen... Und dann im letzten halben Jahr war der Zugang zu diesem Schmerz wichtig. Er stand bei ihr auch noch im Zusammenhang mit einer Missbrauchserfahrung. Und durch diesen Schmerz zu gehen, die tiefen Wurzeln davon auszugraben, ihn zu erleben, überleben und durch ihn hindurch zu sich zu kommen, war dann letztlich wichtig...

AL: ...also vor allem die Faktoren: mich in der Begegnung halten, einen Blick auf das anfangs Hypothetisch-Personale in ihr, das immer mehr sichtbar wird und dann das Begleiten oder Stützen im Durchtragen von Schmerz.

RB: Ich finde es schön, wie du sagst: Schmerz tötet nicht, sondern der Schmerz bringt mich erst auf die Welt, bringt mich erst zu mir. Es ist die Geburt in der Hysterie, d. h. sich selbst noch einmal in die Welt bringen, wenn man sich vorher entweder nicht gefunden oder verloren hat.

Das wäre jetzt eine gute Stelle, wenn du einverstanden bist, ein bisschen die Diskussion zur Pathologie zu eröffnen? Oder wäre noch etwas zum Störungsbild, das du gerne sagen würdest?

AL: Vielleicht noch kurz zu dem, was du sagst, wenn Patienten so schnell reagieren: „Ich lass mich scheiden“ oder so. Da kann man zum Beispiel mit den genannten drei Strukturelementen des Ichs vorgehen und sie implementieren. Als Beispiel: „Jetzt reicht es mir! Ich lass mich scheiden!!!“ Das kann auch am Telefon kommen – nur da behandeln wir dann nicht, sondern verabreden eine Stunde und dann können wir so vorgehen: „Da muss ja viel vorgefallen sein, wenn Sie so etwas erleben. Was ist denn geschehen?“

Und nun lasse ich die Patientin einfach aussprechen. Da geht es um dieses: Ich möchte dich sehen in dem, was da jetzt geschehen ist, auch in dem Schmerz, den du da hast. Das ist *Beachtung*: Was ist da?

Dann ist das *Ernstnehmen* wichtig. Das kann z. B. in der

Form sein: „Das muss schlimm gewesen sein. Was war denn für sie das Schlimme? Wie kann ich das verstehen, dass es sie so trifft?“

Und dann kommt die *Stellungnahme*: „Kann schon sein, dass sie sich scheiden lassen sollen oder wollen – aber muss es denn gleich so schnell gehen? Können sie sich nicht ein bisschen Zeit lassen, Tempo rausnehmen?“ Das ist auch eine *Stellungnahme*: „Muss es denn so schnell gehen?“ Damit lassen wir sie auf sich schauen. Dann lassen wir sie kritisch auf sich schauen: „Ist das nun mehr eine Strafaktion oder sehen sie darin eine Lösung der Problematik?“ Oder allgemeiner gefragt: „Was wollen sie damit erreichen?“ Sie sollen sich selber besser sehen lernen. Das soll dazu beitragen, dass ihr Selbstbild deutlicher wird. „Wenn sie sich so sehen, merken sie, wie sie mit ihren Problemen umgehen, wie sie da schnell reagieren? Es ist wichtig, dass sie das von sich kennen. Aber sie haben sicher schon auch die Erfahrung gemacht, dass man ganz gut vorankommt, wenn man sich ein bisschen Zeit lässt.“

RB: Ja, sodass aus dieser schnellen Reaktion erwachsen kann: Worum geht es mir denn? Ich möchte gesehen werden. Ich muss mich meinem Mann – das war bei dieser Patientin wichtig – vielleicht auch mehr zeigen, in dem, was mir wichtig ist. Es ihm sagen, was ich denn möchte und nicht erwarten, dass er es von sich aus weiß. Und wenn er diese hellseherischen Fähigkeiten nicht hat, dann lass ich mich scheiden, weil ich gekränkt bin, weil ich übersehen werde. Ich muss lernen, zu wissen: In dieser Reaktion geht es mir im Grunde darum, mehr gesehen zu werden. Da muss ich mich aber auch mehr in den Austausch bringen, mich mehr zeigen, muss ich mich mehr zum Ausdruck bringen.

AL: Und die Therapeuten sollten die Klienten anleiten, dass sie den Blick so auf sich selber richten. Natürlich schauen die Therapeuten mit. Die Patienten brauchen uns, unser begleitendes Schauen, damit sie das dann für sich selber tun können.

RB: Wir wollen dann später nochmal einen kurzen Blick auf die Pathologie in der Gesellschaft werfen und die hysterischen Phänomene dort. Aber jetzt gäbe es zwischen durch die Möglichkeit zu schauen, ob es von Seiten des Auditoriums Fragen zum Bisherigen oder zur Pathologie noch Ergänzungen gibt.

Wortmeldung: Aus meiner Erfahrung mit hysterischen Patienten fällt mir auf, dass dadurch, dass sie sich selbst nicht einbeziehen im Alltag, in kleinen Alltagsbegebenheiten, sie immer wieder übersehen werden, so wie sie sich selbst übersehen. Und ich gehe das mit ihnen häufig so an, dass ich an kleinen Alltagsbegebenheiten mit ihnen die PEA übe... dass wir genau hinschauen... können sie da etwas von ihren Gefühlen fassen? Ich habe so den Ein-

druck, dass sie dadurch mit der Zeit den inneren Dialog lernen können und dass es ihnen dann auch leichter fällt, sich dem Schmerz zuzuwenden.

AL: Das ist eine sehr feine Form der Behandlung, gerade anhand von Themen des eigenen Erlebens von Nicht-Beachtung und sich selbst Übergehen konkret zu üben und daran die Ich-Strukturierung aufzubauen. Die PEA hat ja genau das zum Ziel: Aufbau der Ich-Strukturierung, damit die Patienten einen besseren Zugang zur Person bekommen. Das ist eine sehr phänomenologisch gehaltene Störungsbehandlung. Man könnte das auch auf das vorige Beispiel anwenden, „Ich lass mich scheiden!“, und die Situation mit der PEA direkt behandeln und so die Ich-Strukturen mobilisieren und stärken. Danke für diese Ergänzung.

Frage: Ist der Schmerz der Hysterie, also das in Kontaktbringen mit dem Schmerz, nur minimierbar oder kann er mit der Zeit ganz vergehen?

AL: Das kann ganz aufgearbeitet werden. Das braucht Durchtrauern, Durchtragen und v.a. erfahren, dass die Welt nicht untergeht, dass ich damit sein und leben kann. Es bleiben vielleicht Narben oder Residuen, Sensibilitäten übrig. Es kann schon sein, wenn es sehr verwahrloste Verhältnisse waren, dass ein Einfluss auf die Persönlichkeit zurückbleibt, aber der Schmerzcharakter, der kann im Allgemeinen gut abgebaut werden, wenn die Patienten motiviert sind, dranzubleiben.

Wortmeldung: Mein Eindruck ist immer, wenn man durch dieses Nadelöhr durchgegangen ist, dann löst sich etwas auf.

AL: Ja, genau. Es braucht natürlich schon Mut und auch Begleitung. Man kann diesen Schmerz, wenn man durch ihn hysterisch geworden ist, alleine kaum mehr schaffen. Es gibt zwar schon gelegentlich Spontanheilungen, doch kann man damit nicht rechnen. Aber im Schutze und in der Anleitung der Begleitung den Mut haben, den Schmerz wirklich ganz zu sich zu nehmen, das ist heilsam. Das ist die Botschaft der Hysterie: „Schau auf deinen Schmerz – das ist DEIN Schmerz. Das ist in dir drin.“ Und sich der riskanten Frage zu stellen: Kann ich sein mit dem Schmerz? Kann ich ihn tragen oder wird er mich umbringen, weil er so überdimensional ist!?

Wortmeldung: Ich hätte auch das Gefühl, dass das immer dann möglich wird, wenn jemand gleichzeitig in der Therapie gelernt hat, sich auch sich zuzuwenden, sich auch irgendwie zu mögen, zu akzeptieren. Solange das nicht geht, geht es gar nicht, den Schmerz zu sich heranzunehmen.

AL: Ja genau. Darum hat ja Karin Steinert auch die Spiralförmigkeit als Urbild der kreisförmigen Annäherung gebracht – das braucht zuerst viel Vorarbeit, damit auch eine Zuwendung, ein Sich-Mögen möglich wird, damit das Ich schon ein Stück herangereift ist, um dann die Feuerprobe

wagen zu können, den letzten Schritt im Sich-Öffnen für den Schmerz.

Frage: Eine Patientin zeigt genau die Verhaltensweisen, die Sie eben geschildert haben. Sie klagt über starke körperliche Schmerzen, die auf keine Behandlung ansprechen. Wie sollte ich darauf eingehen?

AL: Eben mit diesem spiralförmigen Therapie-Modell. Wir können mit ihr Hysterie-Therapie machen. Wir lassen sie zuerst einmal diesen Schmerz beschreiben, versuchen, sie zu sehen, geben unsere personale Wahrnehmung dazu. Dann zweitens fragen wir, warum es ihr so schwierig ist, wie schon oben beschrieben, und drittens, wie sie handeln könnte. Und wir geben von uns aus dazu, was wir sehen, was sie in der aktuellen Situation tun könnte, und fragen, ob sie sich dies oder jenes schon überlegt hat... Und dann, wenn sie psychosomatische Beschwerden hat, ist vielleicht schon eine Linderung der körperlichen Beschwerden herbeizuführen. Es kann durchaus sein, dass sie in einer ersten Phase Medikamente braucht, dass sie eine medizinische Untersuchung benötigt – der Teufel schläft nicht. Ich würde gerne unsere Psychosomatikspezialistin fragen, was sie dazu sagen möchte.

RB: Vielleicht nur kurz dazu...was ich gelernt habe bei den Patient:innen, die ihre Symptomatik und ihr Leiden hauptsächlich körperlich zum Ausdruck bringen, ist, dass es wichtig ist, auf diese Körperlichkeit einzugehen, diese ganz genau anzufragen, schildern zu lassen und über genaues Wahrnehmen vorerst zum Aushalten und Annehmen zu kommen von dem, was da im Körper ist und nicht zu versuchen, gleich auf das Psychische zu kommen oder vielleicht sogar schon zu verstehen, was darin verborgen ist... sondern wirklich phänomenologisch hinzuschauen: Der Mensch leidet gerade körperlich und er bringt sich und sein Leiden körperlich zum Ausdruck. Wir fragen an, was sich da und wie es sich zeigt und vielleicht laden wir ein, diese Schmerzen noch ein Stück weiter zu halten: Kann ich es noch ein Stück aushalten, kann ich mich dem Schmerz noch ein bisschen länger zuwenden? Dann kann es sein, dass sich mit der Zeit etwas verändert, Zusätzliches hebt, dass da auch eine Emotionalität und weitere Themen spürbar werden.

AL: Also auf die Sprache des Körpers eingehen.

RB: Ja, genau, auch. Und auch Interventionen und die direkte Arbeit mit dem Körper, den Empfindungen einzusetzen, um z. B. die Beziehung zum Körper zu verbessern, oder auch somatoforme Dissoziationen aufzulösen, die ursprünglichen Erfahrungen hierzu zu verarbeiten und anderes mehr.

Wortmeldung: Ich würde das sehr unterstreichen. Weil wenn wir zu schnell auf das Psychische gehen, fühlen sie sich wieder nicht ernst genommen, so wie vorher immer schon.

RB: Ja, und die Patient:innen wollen das einfach schildern und sie wollen das zeigen, denn das erleben sie. Und sie fühlen sich nicht verstanden, wenn wir das zu schnell auf psychische Symptomatiken oder Probleme schieben.

AL: Ja, und es ist eine Entlastung, über Schmerzen reden zu können, auch wenn es noch verschlüsselt ist.

Frage: Ja, ich möchte das gerne noch einmal aufgreifen, was ihr da so herausgearbeitet habt, nämlich das: Es ist MEIN Schmerz. Ich habe das Gefühl, dass es so wichtig ist, dass die Patient:innen auch in ihrer Leistung gesehen werden – das haben Barbara Gawel und Doris Fischer-Danzinger (s. S. 59–62 in diesem Heft) gestern dargestellt an dem Beispiel, wo sich die Patientin so gesehen gefühlt hat in der Leistung, die sie als Kind erbracht hat, sich anzupassen. Da würde ich dich gerne fragen: Diese Leistung ist ja oft recht unterschiedlich. Ihr habt bis jetzt von dem Schillernden gesprochen und von den Fähigkeiten, aber die Ausbildungskandidat:innen erleben ja manchmal das große Erstaunen: Ah so, das ist ja ein hysterisches Phänomen, aber das wirkt so depressiv, wirkt so unscheinbar. Wir spüren es ja oft zuerst mehr in unserer eigenen Resonanz auf das Hysterische. Magst du da noch ein bisschen was sagen, was für eine Resonanz das Hysterische im Therapeuten macht, trotz all dieser Facetten gibt es da ja doch immer wieder etwas Ähnliches, was wir erleben?

AL: Resonanz auf was?

Wortmeldung: Auf diese Leere, die sie durch Verschiedenstes überdecken, das kann ja überdeckt sein durch Strahlen, durch Sich-Anpassen. Aber ich habe das Gefühl, es ist oft die eigene Reaktion auf das Hysterische, in der wir es dann besser phänomenologisch fassen können.

AL: Ich weiß nicht, wie es Euch dabei geht... wenn ich von mir sprechen darf: Wenn ich heute auf so ein Phänomen stoße, bleibe ich ganz bei mir, bin ich nicht mehr „draußen“. Bei dem Strahlen oder dem Überdecken, da merke ich: Oje – da ist es hohl, da ist Glatteis, das könnte verführen. Und da gehe ich in mein „Schneckenhaus“ und schaue darauf, ob ich spüre, dass es passend ist, etwas zu sagen. Ein bisschen Sich-Ausbreiten brauchen sie ja auch und sich ein bisschen hysterisch zeigen können. Und dann lasse ich sie so reden und ich schaue nur: Wie wirkt das auf mich? Was sie inhaltlich sagen, hat für mich weniger Bedeutung, weil ich ja weiß, dass morgen was anderes dran ist, dass es mehr aktuelle Aufhänger sind für etwas, das sie sagen möchten und nicht greifen können. So achte ich darauf, wie das auf mich wirkt: Spüre ich etwas? Und was? Kann ich hier gut bei mir sein? Und dann sage ich z. B.: „Ja, sie haben das jetzt vorgestellt und ich merke, das Thema, das sie da angeschnitten haben mit ihrer Mutter, das fand ich eigentlich sehr gewichtig und da würde ich gerne mit ihnen darüber sprechen. Ich weiß,

dass sie viele Themen haben, aber wenn das für sie auch passt, können wir einmal damit beginnen.“ Oder ich spreche das Strahlen an: „Ach, unglaublich, wie sie dabei strahlen können. Mir ist gar nicht so danach.“ In dieser Form versuche ich in die Begegnung zu kommen. Und da merke ich, da ist gleich eine ganz andere Atmosphäre da, wenn ich mich so einbringe.

RB zur vorigen Frage: Meinst du, dass es mir so geht, dass ich selbst ungeduldig werde, oder dass ich selbst fast eine Bewusstlosigkeit empfinde aufgrund der hohlen Mitte, der Leere des Gegenübers? Ich hatte da einmal selbst ein Phänomen, dass ich wirklich dachte, ich falle bewusstlos vom Sessel, obwohl ich die Stunde davor noch wirklich munter gewesen bin. Ich war dann Gottseidank so mutig und bin in Supervision gegangen und habe gesagt: „Das ist mir so peinlich, da ist mir was passiert, aber was war denn das?“ Und das war so eine Gegenübertragung, die uns passieren kann, wenn wir nicht so schnell wie du Alfried das jetzt beschreibst, ganz gut bei uns sind, sondern versuchen, es dort draußen zu suchen und dann in diese Bewusstlosigkeit hineinfallen.

AL: Darin sehe ich den großen Anfängerfehler: Dass man im Außen sucht. Bei der Hysterie bin *ich selbst* das Maßgebliche. Und bezüglich dieser Bewusstlosigkeit: Gerade mit Persönlichkeitsstörungen habe ich manchmal das Gefühl, wie wenn sie mir mit dem Beil die Aufmerksamkeit spalten und ich gelähmt bin, den Schlaf kaum verwehren kann und alles auf einmal kommt. Es ist mir fast nicht mehr möglich, mich zu konzentrieren. Inzwischen merke ich das schon nach einer Minute, wenn ich auf einmal eine kleine Aufmerksamkeitsschwankungszacke habe. Dann denke ich mir: „Hoppla, aufpassen!“

Frage: Alfried, wie hältst du es mit dem Bewusstmachen bzw. Bewusstwerden der Dynamik beim Anderen. Ihr habt da gesprochen von Tempo, von Ausweichen. Ist es sinnvoll, hilfreich, auch darauf hinzuweisen, etwa in dem Sinn: Mir fällt auf, ich möchte ihnen gerne sagen oder zeigen, was mir auffällt, dass sie immer, wenn... usw.?

AL: Ja, das ist absolut hilfreich.

Frage: Und passt es in die Phänomenologie?

AL: Ja, das ist eine sehr phänomenologische Wahrnehmung. „Ich sehe immer so schnelle Reaktionen...“ Und genau das ist ganz wichtig, dass sie ein Bild von sich bekommen und dafür brauchen sie den Anderen, der sie sieht und ihnen das auch sagt. „Mir fällt auf...“ Und ein bisschen später können wir dann fragen: „Fällt es ihnen auf...?“

Wortmeldung: Es braucht schon eine tragfähige Beziehung, um das auch einzuleiten. Und der Verlangsamungsprozess ist wichtig.

AL: Hysterie kann man nicht schnell behandeln, und das sollte man auch nicht versuchen. Da kommt man in eine

Gegenübertragung. Sie leben viel im Funktionieren und sind schnell – und nun möchte der Therapeut, dass sie „möglichst schnell wieder funktionieren.“ Das kann am Anfang schon einen Druck machen, weil man das Gefühl hat, es geht nicht schnell genug und die Patient:innen leiden ja... jetzt sind schon 10 Stunden vergangen und wir sind immer noch nicht so richtig vorangekommen. Bei neurotischen Patient:innen kommen wir dann vielleicht nach 20 Stunden in eine erste Beruhigung... Nochmals: Hysterie braucht Zeit. Die Patient:innen brauchen wirklich dieses „miteinander in die Ruhe kommen“, sodass sie langsam neue Verhaltensweisen lernen können und sich dann diesem schmerzenden Stachel annähern können. Ich habe immer das Bild, wie wenn sie sich einen großen Stachel in die Haut eingezogen hätten, um den herum es geschwollen und gefühllos geworden ist. Diesen Stachel müssen wir natürlich ziehen. Als ich ein Kind war und meine Mutter mir einen Stachel gezogen hat, habe ich ängstlich gesagt: „Nicht angreifen, das tut ja weh!“ So ist auch das kindliche, hysterische Verhalten.

RB: Machen wir zum Abschluss noch einen Blick auf die Gesellschaft. Das Kongressthema ist ja: „Ich-Sein in einer agilen Gesellschaft“ und gerade in Zeiten der Pandemie, gerade in Bezug auf das letzte Jahr ist es interessant, das Phänomen über den Einzelnen hinausgehend auf gesellschaftlicher Ebene zu betrachten. Hast du da Phänomene erkannt aus diesem Formenkreis? Wenn ja, hast du eine Hypothese, womit das zusammenhängen könnte, dass sie aufgetaucht sind, oder waren es andere Phänomene, die du beobachtet hast?

AL: Bei der Pandemie waren am Anfang Unsicherheit, Angst zu bemerken, dann kam im Herbst mehr das Depressive und jetzt im Frühjahr kommen Phänomene der Auflehnung. Die Enge wird zu viel, man beginnt zu rebellieren. Manche Motivationen für Demos usw. können einen reaktiven Anteil gegen die Enge der Einschränkungen haben. Endlich mal wieder sich frei bewegen können! Was da am Freitag am Abend in Israel passiert ist, wo sich gegen alle Vorschrift statt 10.000 Gläubigen 100.000 zu einer religiösen Feier einfinden und dann im unkontrolliert überfüllten Platz die Panik ausbricht, was 40 Tote zur Folge hat – da ist schon viel übermütige Reaktion und ein Leichtnehmen des aufschäumenden Lebens enthalten: Endlich! Das über die Grenzen Gehen gehört ja auch zur Hysterie. Das wären einige Phänomene hierzu. Aber ansonsten ist die Pandemie überraschend ruhig von der Bevölkerung akzeptiert worden. Es war für mich eher erstaunlich, dass die Maßnahmen nicht einen größeren Widerstand hervorgerufen haben. Die Pandemie ist unangenehm, aber sie ist ja für die meisten Menschen nicht wirklich eine Krise...

RB: Ja, mehr eine Herausforderung...

Al: Die Verknüpfung der Hysterie mit den gesellschaftlichen Phänomenen finde ich eine hochspannende Sache. Die Hysterie hat natürlich viele Gesichter, aber welche Züge kommen in unserer Gesellschaft vor? Wie hysterisch ist unsere Zeit? *Oberflächlichkeit* allein würde ich nicht als hysterisch bezeichnen. Das ist eine Frage der Haltung, der Aufmerksamkeit, der Ziele oder der Geschwindigkeiten. Das suggestible *Wetterfahnenphänomen* der Hysterie, das Opportunieren, das Hüpfende aus diesem unsicheren Ich heraus, das macht natürlich Menschen schon zu Mitläufern. Das beflügelt auch die Mode, führt zu dem Schreienden, Grellen in Kleidung, Verhalten oder Lebensstil. Der Punk – mit den blauen, gelben und violetten Haaren – ist für mich so ein Phänomen, mit dem Aufmerksamkeit gesucht wird durch die Betonung des *Aussehens*. Ich habe einen jungen Klienten, der ins Fitnessstudio geht, weil er sagt: „Die Madeln heute, da muss man durchtrainiert aussehen, sonst schaut dich keines mehr an.“ – Da sehe ich histrionische oder hysterische Elemente. Das Ablenkungs- oder Konsumverhalten hat vieles von diesem „Es-mir-leicht-Machen“, mich nicht auf Schattenseiten oder Beschwerliches, Schmerzliches einlassen wollen. Hysterisches köchelt in der Gesellschaft dort, wo Entfremdung und Verführung, z. B. durch tolle finanzielle Angebote, durch Position oder Karriere, durch Likes in den Social Media Plattformen. Ganz zentral im Hysterischen ist, finde ich, das *Freiheitsstreben* im Sinne von Ungebundenheit. Grenzen sprengen, übermütig werden, dagegen sein. Um mich nach außen hin zu weiten durch Grenzen setzen und nach innen hin, um mich nicht zu binden und mir die Freiheit zu erhalten, bin ich zuerst einmal dagegen und stelle eine Mauer auf und sage nein, bin rebellisch, lehne mich auf, um nicht in eine Enge zu geraten. Das scheint mir heute nicht mehr so ein vorherrschendes Thema zu sein. Das war aber z. B. ein großes Thema in den 1920er Jahren oder 1968. In den 20er Jahren, nachdem der Schmerz und die Hungersnot durch den Ersten Weltkrieg, die so gedrückt hatten, vorbei waren, da ist Berlin hysterisch übergeschäumt. Oder 1968, beim Nachlassen des Drucks des Wiederaufbaus nach dem Zweiten Weltkrieg – der mit Gefühlen wie Schuld, Belastungen, Mühe usw. verbunden war – da hat es mal eine Explosion gebraucht. Das waren sehr hysterische Zeiten.

RB: Also sehr wohl als Phänomen in der Gesellschaft vorhanden, aber in der Pandemie siehst du andere Phänomene stärker?

AL: Ja, das scheint mir schon so, wenn gleich die Impfdiskussion wiederum sehr hysterisch geführt wird. Diese Diskussion um die Coronaimpfung enthält eine spaltende Dynamik, innerhalb von Familien, Freundeskreisen, Dis-

kussionsrunden und bei politischen Äußerungen. Ruhiger, sachlicher Austausch von Argumenten ist selbst bei differenzierten Menschen manchmal überraschend überlagert von einer schwer fassbaren irrationalen Dynamik, wie mir scheint „Um was geht es den Impfstoffskeptikern und den Impfgegnern?“ fragt man sich. Es gibt natürlich begründete Argumente gegen eine Impfung. Doch insgesamt scheint in solchen Diskussionen ein Unbehagen vorzuherrschen, in dem vor allem zwei Themen den Ton angeben: der Schutz der Unversehrtheit des eigenen Körpers und das Aufbegehren gegen Zwangsmaßnahmen. Daneben gibt es auch Ängstlichkeit, Falschinformation und Verschwörungstheorien, Wissenschaftsskepsis, mystische Naturverbundenheit und eine klassenkämpferische Wut gegen ein vermeintliches Ausgenutzt-Werden durch Interessen der Pharmakonzerne.

In der Heftigkeit der Debatten wird nicht nur ein Unwohlsein, sondern geradezu ein Widerwillen spürbar, in dem sich der Mensch gegen jeglichen Druck und Zwang, gegen Bevormundung, Vorschriften und Grenzüberschreitungen von außen auflehnt. Darin kann sich viel hysterische Dynamik verbergen: das unbändige Streben nach Freiheit und Ungebundenheit, die Auflehnung gegen Einengung, die selbst das Tragen von Masken unerträglich macht und ein „Frei-sein-Von“ als oberstes Lebensprinzip psychodynamisch verteidigt. Die Vorstellung, die eigene Grenze könnte von außen, auf Druck der Gesellschaft oder gar der Behörden, durchstoßen werden, wird geradezu unerträglich. Die Vorstellung, was etwas, das einem von außen ins Innere eingepfht wird, im Inneren macht, ist psychisch unerträglich, wenn man selbst erlebt, das Innere nicht zu kennen und selber keinen Zugang dazu zu haben.

So scheint mir in dieser angeheizten und die Gesellschaft spaltenden Dynamik viel hysterische Abwehr- und Schutzdynamik enthalten zu sein... die in 10% der Bevölkerung stark und in 10% mittelstark vertreten sein dürfte. Es gibt natürlich auch andere gesellschaftliche Phänomene, bei denen man an die Hysterie denken könnte, z. B. das Phänomen der AFD – das halte ich aber für ein Phänomen der Unsicherheit. Dieser Partei geht es darum, Grenzen zu setzen, sie wollen „Law and Order“, haben Angst vor Arbeitsverlust nach den Flüchtlingsströmen. Ein anderes Beispiel wäre die Narzissten in der Politik – ein Trump oder Erdogan. Sie imponieren als starke Männer, was unsichere Menschen beeindruckt und natürlich auch zum hysterischen Mitspielen anregt. Hier scheint mir mehr daher die Unsicherheit zu dominieren, wohl mit einer Beimischung aus der Hysterie.

Ein historischer Aspekt ist mir noch wichtig: In früheren Jahrhunderten hat die Hysterie Epidemien verursacht, was

wenig gewusst wird: Es gab in Straßburg 1518 eine Tanzepidemie, eine Massenhysterie, beginnend mit einer einzelnen Frau, die durch Straßburgs Straßen gezogen ist und ständig getanzt hat, tagelang und immer mehr Personen haben sich ihr angeschlossen. Das war Ende Juli. Ende August hatte das Tanzfieber schon mehrere hundert Personen erreicht, die tanzend durch die Stadt gezogen sind. Alle Anstrengungen, diese Epidemie einzudämmen, blieben fruchtlos. Als dann die Tanzwut so weit ging, dass sie erste Todesopfer gefordert hatte, sind die Behörden massiv eingeschritten. Die tanzenden Personen wurden aus der Stadt herausgeführt und sie mussten mit roten Schuhen um den Schrein des heiligen Vitus in den Vogesen herumgehen. So konnte die Epidemie schließlich eingedämmt werden. Es gab solche Epidemien, die historisch verbrieft sind, auch in anderen Städten. Auch bei uns finden wir noch Hinweise auf dieses Phänomen: Wir haben ja auch in Österreich ein St. Veit und ein Ober St. Veit. Der Heilige Vitus ist auf Deutsch der Heilige „Veit“. Nach ihm ist der Veitstanz als eine besondere Form der choreatischen Störungen benannt. In der Vitus-Legende hat sich nämlich ein heidnischer Glaube weiterverbreitet: Wenn man sich nicht an gewisse Regeln gehalten hatte, so konnte Vitus einen Fluch aussprechen, und das galt als Auslöser des Veitstanzes bzw. der Massenhysterien. Daher hat man überall St. Veit-Kapellen gebaut, damit man in Massenhysterien einen Schutz fand, indem man dann schnell eine Vituskapelle aufsuchen konnte. Es gibt auch so Phänomene aus amerikanischen Schulen, wo sich Massenhysterien in den Schulen ausgebreitet haben, sodass Schulen geschlossen werden mussten. Die Hysterie ist gesellschaftlich sehr ansteckend. Sie kann auch bei Pop-Konzerten auftreten. Oder Hexenverbrennungen waren ja auch solche Phänomene oder die Kinderkreuzzüge, wo sich Kinder v.a. aus Frankreich in Scharen sammelten, um Jerusalem zu erobern. Sie sind alle umgekommen oder versklavt worden. In Afrika hält hysterisches Verhalten ganze Gesellschaften nieder. Bei uns in Europa ist der gesellschaftliche Aspekt derzeit kein Thema. Denn man ist heute „political correct“, man lebt eine neue Bescheidenheit, ist naturverbunden, man schaut auf das Klima, die Biodiversität – das ist alles nicht sehr hysterisch. Das ist schon eine neue Lebensform und vielleicht auch eine neue Bescheidenheit. Ich bin auf jeden Fall optimistisch – ich finde das eine ganz tolle Zeit, in der wir sind.

RB: Das war noch wichtig, darauf hinzuweisen, dass Hysterie ansteckend ist, dass das möglich ist, dass es das in der Geschichte schon gegeben hat, aber dass du das jetzt nicht unbedingt in dieser Pandemie als so massiv verstärkt sehen würdest. Ich danke dir für diese interessanten gesellschaftlichen und historischen Aspekte. Ich danke dir, lieber Alfried, recht herzlich für das Gespräch!

Anschrift der Verfasser:

UNIV.-DOZ. DR. MED. DR. PHIL. DDR. H.C. ALFRIED LÄNGLE, MSc

Ed. Sueß-Gasse 10

A–1150 Wien

alfried.laengle@existenzanalyse.org

MAG.^A RENATE BUKOVSKI, MSc

Aubach 5

A–4873 Redleiten

praxis@bukovski.at