

# Interview mit Dagmar Motzkau

Interview, geführt von 19. März. bis 26. Juli. 2024

Dagmar Motzkau, Dr. med., Ärztin und tiefenpsychologische Psychotherapeutin, seit 2013 niedergelassen in eigener Praxis, Fortbildung in leibfundierter Psychotherapie, Mitglied im Steißlinger Kreis.

Veröffentlichungen:

2020: Szenische Arbeit mit dissoziativen Zuständen in der Körperpsychotherapie bei einer Patientin mit PTBS. Psychoanalyse und Körper 37, 19. Jg., Heft II, S. 23-36.

2021: Dagmar Motzkau im Gespräch mit Peter Geißler. Psychoanalyse und Körper 39, 20. Jg., Heft II, S. 6-34.

P. G.: Wenn Du Dich in der Rolle der Patientin (ev. auch der Teilnehmerin in einer Selbsterfahrungsgruppe) zurückerinnerst - fallen Dir dazu Episoden ein, in denen Du konkrete körperliche Berührung "am eigenen Leib" erlebst hast?

Falls dem so ist: Kannst Du bitte 3 solche Episoden aus Deiner Eigenerfahrung in der Rolle der Patientin möglichst genau und detailreich schildern?

D. M.: Aus der Selbsterfahrung kenne ich sehr viele Episoden der Berührung in der eigenen Selbsterfahrung ein. Die erste: Ich hatte mich zum körpertherapeutischen Ausbildungskurrikulum nach G. Downing angemeldet. Zum Kennenlernen ging ich zur Co-Leiterin, einer Psychiaterin und Körperorientierten Psychotherapeutin. Nach wenigen (eher Routine-)Fragen brach ich ungeahnt in Tränen aus. Sie nahm mich „wie natürlich“ in den Arm, ließ es geschehen und tröstete mich zurückhaltend mit ihrer eher großflächigen

Berührung, Atmung und leisem Zuspruch. Es wurde wenig oder gar nicht gesprochen. Als ich ging war ich verwirrt, aber auch sicher, dass ich die Ausbildung machen würde. Warum wusste ich erstmal nicht.

Die zweite: Geschah in der Gruppe mit Dagmar Hoffmann-Axthelm 1998. Es ging in Gespräch um Scham und Schuld im Zusammenhang mit der Verstrickung der Eltern ins dritte Reich. Am Vortag hatte schon eine andere Teilnehmerin eine heftige Berührungsinteraktion gehabt. An eine erzählte Episode aus meiner Kindheit anschließend, bei der ich auch wieder heftig weinte und mich eigentlich von allen ausgestoßen fühlte, veranlasste Dagmar H.A. dass erst zwei, dann vier, dann sechs, dann acht Teilnehmer mich mit den Händen fest berühren und halten sollten. Unter dieser haltgebenden Berührung/ Festhalten - auf dem Stuhl sitzend - konnte ich laut und hässlich (Urviehartig) schreien. Die Kollegen wichen nicht von der Stelle. Sie begleiteten mich haltgebend. Es kam mir ewig vor. Ich hatte mich verausgabt. Im Austausch hinterher merkte ich wie sehr ich in der Gruppe angekommen war, wie geradezu positiv ich angenommen wurde. Die ganze gefühlte Ausgrenzung gab es nicht mehr. Ich konnte nur staunen. Dies war für mich die sicher wichtigste und eindrucksvollste Erfahrung, die ich hatte.

Die Dritte: In der Körpertherapie (Einzel) konnte ich mich in einer Situation kaum aus dem Weinen über Verlassenheit und Kälte (im Babyalter?) beruhigen. Ich schluchzte fortgesetzt. Da legte mir die Therapeutin sanft und intuitiv richtig die Hand zwischen die Schulterblätter. Mit leichter Bewegung zwischen den Schulterblättern erreichte sie mich in einem frühen Kleinkind- oder Babyalter. Langsam beruhigte ich mich und wurde zufrieden, glitt fast in den Schlaf. Es tröstete, dass ich offenbar an eine alte Berührungserfahrung anknüpfen konnte. Die eine Großmutter oder eine Haushälterin hatten mich offenbar so getröstet. Ich blieb nicht alleine.

P. G.: Zunächst zum Prozess des Erinnerns selbst. Ich verstehe Deine Antwort so, wie wenn es Dir leichtgefallen wäre, auf verschiedene vergangene Berührungsepisoden zurückzugreifen – sind sie so lebendig in Erinnerung? Findest Du, dass sie sich konkrete körperliche Erfahrungen hinsichtlich der Wiedervergegenwärtigungsfähigkeiten von anderen therapeutischen Erfahrungen in der Rolle der Patientin / Gruppenteilnehmerin unterscheiden?

D. M.: Jemandem zu antworten zum Prozess des Erinnerns bezüglich körpertherapeutischer Berührung ist leicht, wenn ich weiß, dass derjenige Verständnis und Einblick dafür hat. Bei anderen Außenstehenden habe ich eher Angst, dass die Erinnerung mir ausgedreht werden soll oder als sonst wie irrelevant dargestellt wird. Das ist dann störend und ich sage lieber nichts. Auch nachträglich habe ich die Erinnerungen immer nur mit erfahrenen Kollegen ausgetauscht. Da war ich mir immer sicher, dass ich verständnisvolle und einfühlsame Rückmeldung bekomme. Den zweiten Teil der Frage habe ich mir so noch nicht gestellt. Einzelne Erinnerungen an verbale Interventionen z.B. in der (Selbsterfahrungs-) Gruppe von Peter Fürstenau, die wichtig für mich waren - fallen mir auch noch ein. Trotzdem haben die oben geschilderten Körperinterventionen mehr „Gewicht“ und mehr Ehrlichkeit. Sie besitzen bis heute mehr Präsenz und Klarheit. Sie stellen bei mir eher Endpunkte/ Umkehrpunkte von eigenen systemischen Lebens-Irrtümern dar, die dann eine große Wirksamkeit für die Zukunft besaßen, wie: Ich werde eben endlich doch mal getröstet. Darauf kann ich bauen. Oder: Meine große Scham überhaupt zu leben und furchtbar zu sein, ist nicht real/ ist gegenstandslos. Ich bin in der Gruppe aufgenommen. – Diese Erinnerungen sind natürlich leicht reproduzierbar, da sie bis heute nachwirken, Bestand haben, und eine alte Phase von Verlorenheit und neurotischer Verblendung beendeten. Sie sind verknüpft mit großer emotionaler Energie/ Entsetzen/ Trost und überzeugten mich auch

durch die Kürze des Prozesses. Dieser war zwar nicht leicht, hätte aber glaube ich, verbal viele Jahre Analyse im klassischen Sinne gebraucht.

P. G.: Fallen Dir auch, wenn Du zurückdenkst, Negativbeispiele für Körperinterventionen ein, sei es bei Dir selbst oder sei es im Gruppenkontext bei anderen Gruppenteilnehmer:innen?

D. M.: Ich antworte jetzt nach einer längeren Pause im Interview durch Krankheit: Die erste Negativerinnerung war an eine kurze Interaktion im Rahmen eines Wochenend- Workshops über Kraniosakraltherapie: Die Partnerin mit der ich „übte“ war schon sehr alt, hatte Rheuma und deshalb knotig veränderte Finger und Hände. Die Berührung von ihr an Kopf und Gesäß war für mich fast unerträglich-ekelhaft und widerwärtig, dass ich diese „Übungseinheit“ abgebrochen habe. Ich fühlte mich regelrecht misshandelt. Ich habe mich dann auch geweigert weiter mit ihr zu „üben“. Eine Erinnerung an Berührung in der Säuglingszeit durch eine meiner kranken Großmütter könnte hier der Hintergrund sein.

Eine andere unangenehme Erfahrung machte ich in der Gruppe bei Tilman Moser: Es wurde gerade „Die Schlingpflanze“ geübt. Ich arbeitete mit einer Analytikerin aus Frankfurt, die von der großflächig/ganzkörperlichen Berührung und dem gemeinsamen Atmen sehr angetan war und mit leisem Weinen reagierte. Ich war zuerst in der Rolle der Therapeutin. Als wir wechseln wollten/sollten weigerte sie sich die Therapeutenrolle zu übernehmen mit den Worten: „Das könne sie nicht!“ Auch meine Überredungsversuche – Wir könnten es doch probieren und -Es wäre nicht so schwer- fruchteten nicht und ich fühlte mich verarscht! Die Dame tauchte auch nie wieder in der Gruppe auf. Ein anderes Beispiel fällt mir noch ein: Ich hatte eine Patientin vorgestellt, die von ihren Eltern schon in der Säuglingszeit viel allein gelassen worden war und

an einer entzündlichen Darmerkrankung litt. Wie üblich spielte ich dann die Patientin, um Wortwahl, Gestik und Atmosphäre der Therapiesituation bei mir besser darzustellen. T.M. legte mich auf eine der Liegen, schob mich etwas beiseite, um dann ausführlich mit der Gruppe über das weitere Vorgehen zu diskutieren. Dann war die Zeit vorbei und alles ging zum Essen. Was ich auf der Liege machte, schien keinen mehr zu interessieren. Viele theoretische Vorschläge wurden ohne Ergebnis hin und her gewendet. Dieser Verlauf empörte mich, denn aus der misslichen Situation der Patientin und mir mit ihr war so kein Ausweg gefunden worden. Ich hatte mich ihm mit meinem „missratenen Küken“ anvertraut und konnte ohne Ergebnis weggehen. Zum Glück gibt noch andere Supervisoren.

Grundsätzlich ist mir noch eingefallen, dass ich besonders am Anfang der Ausbildung/Selbsterfahrung immer mit Kopfschmerzen, Magengrummeln, Schwindel, Zittern, Angst und Scham in die Sitzungen gegangen bin. Das hat es nicht einfach gemacht. In jeder (!) Sitzung hat sich aber auch etwas aufgelöst/ neue Erkenntnis ergeben, mehr Sicherheit entstanden, sodass ich hinterher froh war und viel zum Nachdenken/ Nachlesen Anlass hatte.

P. G.: Das klingt jetzt für mich so, wie wenn negative Berührungserfahrungen gar keine Seltenheit für Dich waren. Diese Feststellung ist mir wichtig – falls sie für Dich so zutrifft – damit wir mit körperlicher Berührung keine falsche illusionäre Vorstellung verknüpfen, sie wäre *grundsätzlich* heilsam. Günter Heisterkamp sprach ja von diesen *heilsamen* Berührungen, so auch einer seiner Buchtitel, aber ist es beim Berühren nicht eigentlich ähnlich wie beim Sprechen – also ein konstanter Suchprozess nach dem Motto Versuch und Irrtum, d. h. manches Mal stellt sich stimmiger Kontakt ein und manches Mal eben nicht? Würdest Du dem zustimmen?

D. M.: Nein, negative Berührungserfahrungen gab es besonders in der Gruppe von Tillman Moser/Gisela Worm viele, da auch immer wieder neue und ungeübte Kollegen dazukamen und die „Settings“ immer wieder geübt wurden. Je nach „Übungspartner“ und nach eigenem weiteren Erkenntnisstand variierte dann die gemachte Erfahrung. Alle Varianten kamen also vor: von beglückendem Gehaltenwerden bis zum fast psychosenahen Absturz/Regression, von der Zurückweisung/Angeekelt sein bis zur teilweise gelungenen Berührungsinteraktion mit Einschränkungen und Fragezeichen war alles dabei. Wichtig ist ja auch die jeweilige Nachbesprechung, die je nach Bekanntheitsgrad der Teilnehmenden und Ausbildungsstand in der Qualität sehr variiert. Hier fließen ja auch viele Faktoren ein, die man gar nicht so vorher beeinflussen kann: Ist die Hand kalt oder warm, wie sportlich/ gelenkig ist der andere, wie mutig steht er/sie zu seiner Berührungsinteraktion, wieviel Spannung/ Angst/ Vorbehalte/Belastungen gibt es überhaupt, die nicht geäußert werden. Ich glaube G. Heisterkamp meint auch mit „heilsamer Berührung“ die in die Psychodynamik eingebettete, nach langem Therapie Vorlauf verabredete und dann durchgeführte Berührungsinteraktion, die punktgenau auf das Problem passt. Also eine in Berührungsinteraktion übersetzte dynamische Fortführung des Gespräches. Diese – wenn dem so ist – löst dann einen ganzen Cluster von Blockaden/Missverständnissen im Körperkontakt auf. Ich glaube in dem mal erwähnten Fall eines Musikers, dem ich mich in der therapeutischen Krise auf den Kopf gelegt habe (mit der Unterlage eines Sitzsackes) ist so ein Fall passender heilsamer Berührung gegeben.

P. G.: Da frage ich nochmals nach, damit wir keinem Missverständnis unterliegen. Ich beziehe mich jetzt auf Beebe und Lachmann über Abstimmungsprozesse – ich vermute, Du weißt, wovon ich spreche. Die beiden beschreiben drei „Prinzipien“ in der Interaktion: laufende Abstimmung; Unterbrechung und Wiederherstellung; Momente geteilten Spitzenaffekte (z. B.

gemeinsam geteilte Freude). Ich beziehe mich nun auf das Prinzip „Unterbrechung und Wiederherstellung“. Die beiden haben ihren Untersuchungen ja Videoaufnahmen zugrunde gelegt, soviel ich weiß Videos der Baby-Eltern-Interaktion, die sie aber meines Wissens als übertragbar halten auf die therapeutische Interaktion. D. h. es wechseln auf der Mikroebene der Interaktion, wie man sie im Video beobachten kann, ununterbrochen Mikroprozesse der gelungenen und misslungenen Abstimmung. Denkst Du, dass das auf der Ebene körperlicher Berührung anders sein könnte, auch wenn die Berührungsinteraktion als gelungen erlebt wird?

D. M.: Ich stimme dir völlig zu! Nach dem Prinzip „Unterbrechung und Wiederherstellung“ in der „Microinteraktion“ gerade auch wenn ich sitze und (noch) rede mit dem Ziel der guten Feinabstimmung in Gestik, Atmung, Blickkontakt arbeite ich auch. Das finde ich ist auch nicht anders in der Berührungsinteraktion – wie du oben schon sagst. Ich halte das auch für übertragbar auf die therapeutische Interaktion mit Berührung und besonders bei frühgestörten Patient:innen bewege ich mich sehr lange und vorsichtig in diesem Setting. Sicherheit und Ruhe gewinnen und festigen in der Dyade ist hier wichtig und erforderlich. Es kann aber passieren, dass ich auch reifere Patienten habe (mit neurotischem Konflikt) oder die frühgestörten Patienten belastbarer werden (z.B. auch in der Ablösungsphase), dann gehe ich viel aktiver Konflikthemen an, verhalte mich bewusst unabgestimmter, konfrontierender und „setzte“ absichtlich („unabgestimmte“) Berührungs-/Körperinteraktionen, um die Patient:innen auf die Verselbstständigung vorzubereiten. Den langsamen Wandel in meiner Haltung bespreche ich aber auch und bereite ihn gut vor.

Grundsätzlich bin ich aber völlig deiner Meinung: Ich glaube, dass für diese späteren Berührungsinteraktionen das Prinzip von „interruption and repair“ genauso gilt wie für die vorher genannten Mikroprozesse. Was ich nur sagen

wollte, ist, dass – je reifer ein Patient ist - desto mehr „Interruption“ verträgt er und ist dem therapeutischen Prozess zuträglich.

P. G.: Ich gehe jetzt einen Schritt weiter. Wenn wir langsam genug vorgehen, wenn wir ein gutes Gespür für „Unterbrechung und Wiederherstellung“ entwickeln, dann könnte man auch sagen, wenn eher mit einer musikalischen Metapher sprechen möchte, man ist mit der Patient:in *in einen guten Rhythmus* gekommen. Kannst Du mit solch einer Metapher mitgehen und findest Du, dass der Begriff Rhythmus – der ja eine zeitliche Struktur impliziert – angemessen? Wenn ich noch einen Schritt weitergehe, traue ich mich zu sagen: Wenn wir in einen guten Rhythmus mit der Patient:in gekommen sind, stellen sich wie von selbst dann und wann *besondere* Momente, manches Mal sogar *magisch* anmutende Momente ein, nicht selten sogar im Kontext von Berührungserfahrungen. Ist das auch Deine Erfahrung?

D. M.: Mit „einem guten Rhythmus“ kann ich viel anfangen: Es ist für mich ein Zustand beim Therapieren, den ich als mühelos und freudig bezeichnen würde. Eins ergibt sich wie von selbst aus dem anderen. Das stellt sich oft erst gegen Ende der Therapie ein. Ich denke, dass Rhythmus in diesem Zusammenhang nicht nur zeitlich aufzufassen ist, sondern auch ein „sich einlassen“ beiderseits auf dieselbe Arbeitsgeschwindigkeit bedeutet. Beiderseits besteht Freiraum/ Mühelosigkeit und eigener Spielraum den Rhythmus zu variieren, ohne zu scheitern. Die „besonderen Momente“ stellen sich, wie ich denke, früher oder später ein. Von der Berührungserfahrung sind sie aber nicht nur abhängig. Auch rein szenische Erfahrung oder mit Berührung kombiniert ergibt diese besonderen, vielleicht magischen Momente. Ich für mich merke es eher daran, wenn ich ohne es groß zu wollen, vom Therapiegeschehen Bilder oder Szenen träume/tagträume; dieses dann einbringen kann und vom Patient:innen spontan Resonanz bekomme. Umgekehrt geht es genauso, wenn Patient:innen ihre



Träume/Tagträume einbringen und wir beide mit Berührung oder szenisch damit arbeiten. Von S. Trautmann-Voigt kenne ich es auch als „now-moment“. Von diesem Moment an ist vieles nicht mehr so wie vorher, sondern eine tiefere Verständigung/Verstehen hat eingesetzt. Ab dem Punkt zeigen die Patient:innen auch oft mehr Eigenmotivation und Antrieb Dinge praktisch umzusetzen.

P. G.: Das sehe ich genauso wie Du! Ich fokussiere nun wieder stärker auf das Moment der Berührung: So wie Du damit arbeitest – ist körperliche Berührung überwiegend regressionsfördernd? Sprichst Du damit – vereinfacht gesprochen – „das Kind im Patienten“ an und eröffnest Du mit Hilfe körperlicher Berührung Erfahrungsebenen, die regressiver Natur sind (d. h. mit kindlichen, oftmals weniger gut steuerbaren, teilweise auch weniger differenzierten Affekten einhergehen)? Anders gesprochen: Ist körperliche Berührung für Dich eine Via regia in diese tiefen Schichten der Persönlichkeiten, wie sie sich ja eigentlich nur in einer längeren Therapie schrittweise erschließen?

D. M.: Das kann genauso sein: Wenn ich nach einer Anfangsphase, mit der Patient:in abgesprochen, ein Berührungsintervention einführe, vielleicht auch noch mit verstärktem Atmen wirkt das regressionsfördernd und geleitet zu tieferen Affekten, denen wir uns eine Zeitlang überlassen, um dann jeweils Rückmeldung zu geben was wir jeweils erlebt haben und wie die Berührungsintervention zu neuen Erkenntnissen, frühem Erleben, einer anschließenden Szene, o.ä. geführt hat. Hier wird bewusst die Regression gefördert – vielleicht liegt auch eine starke Abwehr vor – und die Berührung genutzt, um in tiefere Schichten vorzudringen. Insofern würde die Bezeichnung „Via regia“ auch für mich stimmen. Ich setze Berührung aber auch noch vielfältig anders ein: Z. B: Zum Trost geben und halten, wenn eine tiefe Trauerreaktion eintritt (nach Absprache), Zum Begrenzen, wenn ein Affekt nicht gehalten werden kann, Als „Sparringspartner“ wenn ein kämpferisches

Gegenüber gebraucht wird (ist im Alter immer schwieriger), Als gespieltes Täterintrojekt, um dessen schlimme Machenschaften in einer „grausamen“ Berührung zu spielen, Zum „Rausschmeißen“ nach einer Umarmung nach einer besonders gelungenen Stunde, wenn die Umarmung zu regressiv zu werden droht und vieles mehr. Ich versuche da alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die Berührung bietet und mir immer über die Passung und Richtigkeit in der jeweiligen Situation im Klaren zu sein. Dabei ist die Psychodynamik das Wichtigste: Wie passt und hilft die Berührung gerade jetzt in die jetzige Therapiesituation? Natürlich gibt es da auch Überraschungen und Kurioses, sowie Wege in ungeahnte neue Konstellationen, aber nie ein Scheitern oder Therapieabbruch, da auch Unerwartetes oder völlig unklares Material immer genutzt werden kann. Nach dem Satz: „Reibung erzeugt Wärme“ kann „gegenhaltende“ Berührung eben auch viel zur Entwicklung beitragen.