

Psychoanalyse und Psychosomatik

Anmerkung zur Geschichte einer schwierigen Beziehung

Als Ernst Simmel (1929) erstmals ein Konzept seiner psychoanalytischen Klinik in Berlin-Tegel vorgelegt hat, tauchten in seiner Ausführung die Begriffe „psychosomatisch“ oder „Psychosomatik“ noch gar nicht auf. Die Ich-Psychologie stand noch am Anfang und das Konzept der Alexithymie sollte erst mehr als 30 Jahre später entworfen werden. Der Nationalsozialismus hat dann die von Simmel begonnene psychoanalytische bzw. psychosomatische Arbeit zerschlagen. Nach dem Krieg setzte sich in Deutschland das Fach Psychosomatik als anerkannte medizinische Disziplin nur sehr langsam und gegen den Widerstand der meisten Medizinprofessoren durch, bevor es endlich 1970 Pflichtfach im medizinischen Unterricht der Universitäten wurde.

Dass die Psychosomatik sich nach mehreren Seiten hin orientiert hat – allerdings ohne sich von der Psychoanalyse abzuwenden! – ist ein Resultat der psychoanalytischen Theoriebildung selber: Im Zentrum der psychoanalytischen Krankheitslehre stand zunächst das Individuum vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte und der damit verbundenen Determinierung von Gesundheit und Krankheit. Wurden neurotische Konflikte zunächst vor allem als intrapsychisches Geschehen untersucht, so eröffneten die Weiterentwicklungen von Trieb-, Ich- und Objektbeziehungstheorie dann jedoch selber den Blick auf die fördernde oder hemmende Umwelt des Individuums und die daraus resultierenden Wechselwirkungen (siehe auch v. Rad 1989).

Zur Geschichte der Psychosomatik in der Psychoanalyse¹

In seiner Schrift „Psychosomatik – ein Stiefkind der Psychoanalyse?“ weist Spiedel (1994) auf den merkwürdigen Umstand hin, dass die Psychoanalyse enorm wichtige Impulse für die Entstehung der Psychosomatik gab, dass sie aber wenig bis nichts von „ihrem Stiefkind“ wissen wollte. Meyer (1997) bezeichnet die der Psychosomatik von Freud zugewiesene Rolle gar als „Schmuddelkind-Position“. Dabei war die von Freud beschriebene hysterische Konversion bereits ein erstes, psychosomatisches Modell, bei dem ein intrapsychischer Konflikt körperlich bzw. körpersprachlich symbolisiert wurde. Dieses Modell ist bis heute gültig, auch wenn es nur auf einen Teil der Patienten zutrifft.

Aber Freud wünschte ausdrücklich nicht, dass die Psychoanalytiker sich den psychosomatischen Phänomenen vertiefend zuwandten; das geht aus einem Briefwechsel zwischen ihm und V. v. Weizsäcker aus dem Jahre 1932 hervor. Freud schrieb: „Von solchen Untersuchungen musste ich die Analytiker aus erzieherischen Gründen fernhalten, denn Innervationen, Gefäß-erweiterungen, Nervenbahnen wären zu gefährliche Versuchungen für sie gewesen,

¹ Eine ausführlichere Zusammenstellung der Geschichte psychoanalytischer Psychosomatik von W. Köpp findet sich auf der homepage der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) unter der Internetadresse http://www.dpg-psa.de/an_ps_historie.htm.

sie hatten zu lernen, sich auf psychologische Denkweisen zu beschränken.“ Dann fuhr Freud jedoch fort mit einem bedeutungsvollen Satz, den man leicht überliest: „Dem Internisten können wir für die Erweiterung unserer Einsicht dankbar sein.“ Johannes Cremerius (1978 a) zufolge war es Viktor von Weizsäcker, der Freuds dynamische Betrachtungsweise von Krankheiten am Krankenbett praktiziert und in deutschen Kliniken eingeführt hat.

Für manche seiner Schüler jedoch wirkte Freuds Haltung fast wie eine paradoxe Intervention: So wandte Ernst Simmel frühzeitig eine von ihm selber modifizierte analytische Behandlung (sogar unter stationären Bedingungen) für psychosomatisch Kranke an. Er tat das mit Freuds wohlwollendem, aber schweigendem Einverständnis. Der in der Psychosomatik leider wenig rezipierte Otto Fenichel erweiterte aufgrund eigener Beobachtungen den Konversionsbegriff Freuds und schrieb gut belegt von der sog. *prägenitalen Konversion*. Demnach ist z.B. die autoerotische Harnausscheidung prägenital, wenn sie unbewusst das Ziel des wärmenden Hautkontaktes hat; sie ist genital bzw. ödipal, wenn sie als Masturbationsäquivalent auftritt.

Wilhelm Reich nahm den Energiebegriff Freuds fast physikalisch wörtlich und entdeckte nach und nach, dass seelische Panzerungen sich auch körperlich manifestierten. Paul Schilder konfrontierte psychoanalytische Konstrukte mit den lerntheoretisch fundierten Reflexbefunden und Konditionierungsexperimenten des Nobelpreisträgers Pawlow. Schließlich entwickelte Franz Alexander seine Thesen zur Konfliktspezifität verschiedener psychosomatischer Organstörungen; diese Thesen sind mittlerweile überwiegend widerlegt, aber sie sorgten für An- und Aufregung in der Fachwelt.

Ende der 40er Jahre befruchtete die psychoanalytische Ich-Psychologie maßgeblich die Entwicklung der Psychosomatik: Arbeiten von Heinz Hartmann, Ernst Kris und Max Schur befassten sich mit der Fä-

higkeit des Ichs, Triebenergien zu neutralisieren bzw. zu somatisieren. Und Schur formulierte daraufhin seine noch heute wichtige Theorie von der Organspezifität: Demnach führen – anders als bei Alexander – auf der Grundlage eines individuell angeborenen, somatischen Entgegenkommens *unspezifische* Belastungssituationen zur psychosomatischen Regression mit Organreaktionen. Dabei ist ein ausreichend starkes Ich in der Lage, Triebenergie zu neutralisieren, während ein zu schwaches oder unreifes Ich den Reifungsprozess der *De-Somatisierung* umkehrt verlaufen lässt: Es kommt dann zur *Re-Somatisierung*. Im Gegensatz zu den Ansichten von Alexander ging Schur davon aus, dass es unter den genannten Voraussetzungen eine hohe intraindividuelle Spezifität bei gleichzeitig großer interindividueller Variabilität gibt.

An dem Konzept von De- und Resomatisierung knüpfte schließlich auch Alexander Mitscherlichs Theorie von der zweiphasigen Verdrängung an: Das Ich versucht demnach zunächst herkömmliche psychische Abwehrmechanismen zu mobilisieren; erst wenn es diese Ich-Leistung nicht mehr ausreichend zustandebringt, erfolgt die Verdrängung ins Körperliche mit entsprechender körperlicher Symptomatik.

Enorm stimulierend für die Psychosomatik waren dann die selbstpsychologisch orientierten Konstrukte von George Engel und Arthur Schmale (1967). Sie stellten dar, dass nicht nur seelische Erfahrungen, sondern auch physiologische und pathophysiologische Prozesse seelisch repräsentiert werden können.

Dazu passt der Standpunkt von Cremerius (1978 b), dass die frühkindliche Entwicklungsgeschichte der Antriebe und Bedürfnisse nicht nur den Charakter des Menschen prägen, sondern auch die Organe in diesen „Lernprozess“ einbezogen seien. Er verdeutlicht das an einem Beispiel: „In einem guten Kind-Mutter-Verhältnis wird die Befriedigung des kindlichen Hungers stets so verlaufen, wie es den physio-

Forum Psychoanal 2006 · 22:297–306
DOI 10.1007/s00451-006-0291-8
© Springer Medizin Verlag GmbH 2006

Werner Köpp · Hans Christian Deter

Psychoanalyse und Psychosomatik – Anmerkung zur Geschichte einer schwierigen Beziehung

Zusammenfassung

Die gemeinsame Geschichte von Psychosomatik und Psychoanalyse ist ziemlich widersprüchlich. Obwohl die psychoanalytische Beschreibung der Konversion das erste psychosomatische Modell war, weigerte sich Sigmund Freud, der Psychosomatik eine größere Bedeutung innerhalb der psychoanalytischen Theorie einzuräumen. Trotzdem hatten einige Psychoanalytiker einen bedeutsamen Einfluss auf die psychosomatischen Theorien, indem sie psychoanalytische Konstruk-

te benutzten – z. B. Simmel, Fenichel, Alexander, Reich, Schur, Schilder, Mitscherlich, Cremerius. Die vorgelegte Arbeit zeigt, wie die psychoanalytische Theorie auf psychosomatische Symptome angewandt werden kann. Außerdem werden zwei psychosomatische Fallvignetten vorgestellt: Der erste Patient wurde im klassischen psychoanalytischen Setting behandelt, während die zweite Patientin von einer modifizierten psychoanalytischen Behandlungsmethode profitierte.

Psychoanalysis and psychosomatics – Notes about the history of a difficult relationship

Abstract

The common history of psychosomatics and psychoanalysis is rather contradictory. Although the psychoanalytic description of conversion was the first psychosomatic model, Sigmund Freud refused to give psychosomatics a major importance within the psychoanalytic theory. Nevertheless several psychoanalysts had an important influence on psychosomatic theories making good use of psychoanalysis – e. g. Simmel, Fenichel, Ale-

xander, Reich, Schur, Schilder, Mitscherlich, Cremerius. The paper shows how psychoanalytic theory can be applied to psychosomatic symptoms. Two psychosomatic case studies are presented: The first patient was treated in a classical psychoanalytic setting whereas the second patient took advantage of a modified psychoanalytic setting.

logischen Funktionen der mit der Verdauung beschäftigten Organe entspricht. Nun nehmen wir den Fall, eine Mutter ist aus neurotischen Gründen überängstlich. Bei jedem Schreien des Kindes, auch wenn dasselbe nicht aus Hunger geschieht, „zwingt“ sie ihm Nahrung auf. Das Kind kann noch nicht Nein sagen, aber sein Magen. Es wird erbrechen. Kommt es nicht zur Entleerung, sieht sich der Magen vor der Aufgabe, plötzlich verdauen zu müssen, ohne darauf eingestellt zu sein. Das Ergebnis ist eine mangelhafte Aufschließung der Nahrung. Dies führt mit der Zeit zu Irritationen der Magenfunktion und des Darmes. Verdauungsstörungen treten auf und in deren Gefolge Ernährungsstörungen. Nun steigt die Angst der Mutter. Sie wird nicht wie eine andere gelassen zuwarten können, sondern übereilte und forcierte Dinge tun, zuletzt das Kind in eine Klinik geben. Hier kommt zu der Verdauungsstörung das Erlebnis der Trennung hinzu und hilft, das primäre Symptom zu verstärken.“

Welche Heilungsmöglichkeiten kann die Psychoanalyse für psychosomatisch Kranke entfalten?

Oben wurden einige – und bei weitem nicht alle – psychoanalytische Theorie-Stränge aufgezeigt, die für die Entwicklung der Psychosomatik wichtig waren. Im Folgenden soll versucht werden, anhand von zwei kurzen Fallbeispielen die unterschiedlichen Möglichkeiten eines psychoanalytischen Procedere bei psychosomatisch Kranken darzustellen. Beide Fallbeispiele stammen aus der eigenen psychoanalytischen Praxis. Im ersten Fall wurde die Analyse dreistündig im Liegen durchgeführt, im zweiten Fall erfolgte eine modifizierte Behandlung einstündig im Sitzen.

Kasuistik

1. Fallbeispiel

Ein 35-jähriger, erfolgreicher Naturwissenschaftler litt seit 2 Jahren zunehmend unter bewegungseinschränkenden Schmerzen an verschiedenen Gelenken. Ein grenzwertiger Titer der Rheumafaktoren hatte zunächst an eine rheumatische Erkrankung denken lassen. Genauere Untersuchungen bei einer Kur widerlegten diesen Verdacht dann allerdings. Eine während der Kur angefertigte biografische Anamnese veranlasste den dort tätigen Psychologen, der kein Analytiker war, eine tiefenpsychologische Diagnostik zu empfehlen. Diese nun erbrachte sehr plausible Hinweise für das Vorliegen einer psychogenen Verursachung bzw. Mitverursachung des Beschwerdebildes: Der Patient hatte bereits in der Kindheit eine starke Ehrgeizhaltung entwickelt. Sie war einerseits durch den strengen Vater entstanden, der immer nur Bestleistungen forderte (Zitat: „Die Note 2 war nicht gut genug und Lob gab es sowieso nie!“); außerdem geriet der Patient rasch in eine Konkurrenzsituation mit dem älteren Bruder, der ihm immer als Vorbild hingestellt wurde. Der Patient trieb aktiv und teilweise übertrieben Sport, was immer wieder zu Verletzungen führte. Er heiratete früh und auch das entsprach den väterlichen Vorstellungen von Ordentlichkeit. Als nun der Patient in seiner wissenschaftlichen Tätigkeit von seinem Chef benachteiligt wurde – ein Kollege wurde statt seiner begünstigt – begannen seine Schmerzen an sämtlichen Extremitäten-Gelenken. Als er daraufhin versuchte, eine andere, höherwertige Anstellung anderswo zu bekommen, dekompensierte sein Gelenkschmerz kurz vor dem Unterschreiben des Arbeitsvertrages. Der Patient konnte die begehrte Stelle nicht antreten und musste unter den alten, für ihn widrigen Bedingungen weiter arbeiten. Die parallel auftauchende schwere depressive Verstimmung wurde von ihm selber ausschließlich als Reaktion

auf eine organische Krankheit verstanden. Erst ein zweimonatiger, stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik und der Abschluss einer vermuteten rheumatischen Erkrankung veranlasste den Patienten, seine bisherige Haltung zunehmend infrage zu stellen: Er entdeckte auch, dass sein hastiger Lebensstil, zu dem oft auch – wie in Kindheit und Jugend – inadäquate, sportliche Belastungen kamen, seine Gelenkbeschwerden zusätzlich beförderte.

Außer einer somatoformen Schmerzstörung wurde bei dem Patienten eine zwanghaft akzentuierte Persönlichkeit diagnostiziert und sein Strukturniveau als mittel bis hoch eingeschätzt.

In der Klinik wurde dem Patienten eine ambulante, psychoanalytische Behandlung empfohlen. Dieser Empfehlung kam er „pflichtbewusst“ nach, bemerkte aber nach der Entlassung aus der Klinik auch, dass er „wenig Lust“ hatte, viel in seinem Leben zu ändern. In den probatorischen Sitzungen wirkte er anfangs fremdmotiviert und es war sehr schwer, Termine zu finden. Instinktiv sträubte er sich unter beruflichen Vorwänden gegen die Termine, weil er sie wie eine geforderte Leistung erlebte. In ambivalenter Weise brachte er hier unbewusst seine Unterwerfungsbereitschaft ebenso wie die Verweigerung gegenüber der Erwartung des Analytikers zum Ausdruck. Andererseits waren für ihn Momente der Entspannung, wie er sie in der Klinik im Autogenen Training oder in der Konzentrativen Bewegungstherapie erlebt hatte, „grässlich“ und er fürchtete, dass sie auch in der Analyse vorkommen könnten. Als es in den Vorgesprächen um das Liegen in der Therapie ging, ließ er sich nur widerwillig darauf ein und sagte: „Wer geht schon gerne zu einem Fremden, in ein fremdes Zimmer und legt sich da einfach hin?!“ Er konnte sich dann aber doch auf drei Termine pro Woche (im Liegen) einlassen.

In einer der ersten Stunden kam er völlig abgehetzt von der Arbeit, bemerkte seine Müdigkeit und teilte seine Befürch-

tung mit: „Irgendwann schlafe ich hier noch mal ein.“ Der Therapeut antwortete: „Na, vielleicht gelingt Ihnen das ja mal.“ Der Patient war überrascht von dieser Antwort, weil sie freundlich mit seinem Impuls, sich fallen zu lassen, umging und gleichzeitig das strenge Überich des Patienten relativierte. Zwar wurde gleichzeitig damit die durch Angst getönte Vaterübertragung (zu diesem Zeitpunkt!) begrenzt, aber dafür gelang es dem Patienten zunehmend, in einer „hilfreichen therapeutischen Beziehung“ Vertrauen zu fassen und wirklich auszusprechen, was ihm durch den Kopf ging und was er fühlte. Er spürte immer stärker seine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach sicherer Geborgenheit und Ausgeglichenheit auf der einen Seite und seinem Wunsch nach Freiheit und Autonomie andererseits. So erlebte er z. B. seine Heirat vor einigen Jahren als „Freiheitsberaubung“, wobei er sich bedeutungsvoll versprach und zunächst „Heiratsberaubung“ sagte. Wir verstanden rasch, dass ihm wirklich etwas von der Freude, die diese Heirat hätte sein können, verloren gegangen ist, indem sie zur Pflichtübung wurde. Im Weiteren fragte sich der Patient selber, warum er einen so heftigen Freiheitsdrang verspüre, sich aber andererseits die Freiheiten nicht nehmen könne, die er wünscht. Bei all den sportlichen Aktivitäten, die er früher entfaltete und teilweise noch während der Therapie praktizierte, stand nie die Freude im Zentrum seines Erlebens, sondern immer die Befriedigung seiner ehrgeizigen Strebungen nach Erfolg.

Der Freiheitsdrang wurde aber auch innerhalb des analytischen Settings erlebt: Der Patient fühlte sich „eingeeengt“, wenn z. B. über seine Urlaubswünsche in der Therapie gesprochen wurde; er wollte sich einerseits mit den Urlaubswünschen seiner Frau und andererseits mit dem analytischen Rahmen (Urlaub möglichst gleichzeitig mit dem Analytiker) in Übereinstimmung befinden. Nachdem ihm gedeutet wurde, dass er sich von beiden Seiten bedrängt und in seiner Freiheit eingeschränkt fühlte,

konnte er zunehmend sowohl mit dem Analytiker als auch mit seiner Frau anstehende Konflikte wagen und aushalten. Die Willkür, die er zunächst in der Urlaubsabgabe spürte, konnte immer mehr auch als sein eigener Wesenszug im Umgang mit seiner Frau sowie im Umgang mit dem Analytiker entdeckt und so als Teil seines Vaterintroyektes analysiert werden, das allerdings in der Form von Unterwerfung (Reaktionsbildung) abgewehrt werden musste. Hierbei handelte es sich gleichzeitig um einen Widerstand, nach dessen Analyse der Patient besser verstand, warum er den o. g. heftigen Freiheitsdrang verspürte, sich aber andererseits die Freiheiten nicht nehmen konnte, die er wünschte.

Im Folgenden wurde der Umgang mit seinen eigenen Wünschen und Forderungen plastischer in dem Sinn, dass er kompetentfähiger, aber auch geradliniger beim Vertreten seiner Interessen wurde. Er meinte selber, dass er das Gefühl habe, sein „Territorium besser verteidigen“ zu können. Als der Patient im Laufe der Zeit bemerkte, dass seine muskuläre Anspannung und seine Gelenkschmerzen in dem Maße weniger wurden, als er sich selber immer weniger unter Druck setzte, verschwand seine Schmerzsymptomatik völlig. Er meinte, er könne nun „alleine gehen“ und wolle die Analyse (nach nur 140 Stunden) beenden. Dies erschien einerseits als ein progressiver, autonomer Schritt, war andererseits aber auch ein massives Abwehrphänomen an jener Stelle der Analyse, wo der Patient sich mehr und mehr den Leistungserwartungen seines von ihm idealisierten und geliebten Großvaters väterlicherseits zuwandte: Er hatte nämlich entdeckt, dass sein Großvater sehr aktiv in der NSdAP war und noch immer eine große ideologische Nähe zum Nationalsozialismus hatte; ihm konnte der Patient nur gefallen, wenn er die erwarteten Leistungen und Erfolge vorzeigen konnte. Weichheit und ein gewisses Maß an Flexibilität, mit der der Patient neuerdings „sein Territorium verteidigte“, galten dem Großvater

wenig, weil er kämpferische Härte und Unnachgiebigkeit (auch gegen sich selbst) als Tugenden ansah.

Aus therapeutischer Sicht ging die analytische Arbeit zu früh zu Ende – ein bei psychosomatischen Patienten häufiger zu beobachtendes Phänomen: Die Therapiemotivation lässt nach, sobald eine Symptomlinderung eingetreten ist. Aus Sicht des Patienten hatte aber ein Prozess stattgefunden, in dem er sich schmerzfrei stabilisieren konnte. Das Ich des Patienten hatte ein für ihn günstigeres Abwehnniveau erreicht, weil er auf die Somatisierung (als Abwehr) verzichten konnte.

Kennzeichnend für den Verlauf war die (negative) Vaterübertragung auf den Analytiker: Erst als in der Übertragung bearbeitbar wurde, dass der Patient das analytische Setting und die vermeintlichen Erwartungen des Analytikers ähnlich gnadenlos und quälend wie die Haltung seines Vaters erlebte, war sukzessive ein Verzicht auf die Körpersymptomatik und eine Art Repsychisierung (bzw. Desomatisierung) des Konfliktes möglich, wobei dann auch zunehmend die eigene Willkürseite des Patienten (als Aspekt seines Vater- und Großvater-Introjektes) Gegenstand der analytischen Arbeit wurde.

2. Fallbeispiel

Eine 23-jährige hübsche junge Frau mit südamerikanischem Aussehen wandte sich nach einem psychosomatischen Klinikaufenthalt an den Analytiker. Sie litt unter heftigsten Kopfschmerzen, schwersten Minderwertigkeitsgefühlen und depressiven Verstimmungen, die gelegentlich von Größenfantasien abgelöst wurden. Einmal hat sie – die äußere Realität missachtend – mehrere hundert Euro Fördermittel einfach für Vergnügungen statt für ihren Lebensunterhalt verwendet. In den letzten drei Jahren hatte sie sich aktiv der Naziszene zugewandt und war auch wegen verschiedener Delikte (Gewalttätigkeit und Diebstähle) mehrfach vor Gericht gestanden. Sie protzte häufig mit ihrer feindseli-

gen Haltung gegenüber Ausländern und „anderen minderwertigen Asozialen“. Auf diese Weise projizierte sie ihr eigenes unbewusstes Minderwertigkeitserleben und bekämpfte es in den anderen.

Kindheit und Jugend der Patientin sind von großer Inkonstanz der Aufenthaltsorte und der Bezugspersonen gekennzeichnet: Mal wohnte die Patientin zusammen mit ihrer mittlerweile lesbischen Mutter, die sich oft mit ihrer Partnerin prügelte; dann wieder lebte sie bei den Großeltern oder im Heim und zwischenzeitlich auch bei dem südamerikanischen Vater, der sie oft geschlagen hat, wenn er überhaupt zuhause war. Drogenkonsum und soziale Desintegration waren die Folge.

Wie sollte sie auch Ausländer tolerieren können, wenn der Ausländervater ihr so gewalttätig zugesetzt hatte?! Diesen „Ausländeranteil“ in sich selber, von dem sie fürchtete, dass andere ihn erkennen könnten, hasste sie und konnte daher (noch) kein tragfähiges Selbstwertgefüge aus eigener Kraft entwickeln.

Ihre Introjekte – eigentlich ja die Basis ihres Selbstwertgefüges – waren dermaßen polarisiert gut und zugleich böse, dass sie nicht als gegensätzliche Beziehungserfahrungen erlebt werden konnten, die zu ein und derselben Person gehören. Der vorherrschende Abwehrmechanismus war die Spaltung: So konnte die Patientin ernsthaft solche Sätze sagen wie: „Die Treffen mit meiner Einzelfallhelferin bringen mir wirklich viel, aber ich hasse sie, weil sie ein Arschloch ist.“ Oder: „Die Therapeutin in der Klinik war echt gut, aber die Gespräche haben mir nichts gebracht.“

Die Patientin hasste ihren südamerikanischen Vater und sie hasste sich selbst, weil sie glaubte, mit ihrer von ihm geerbten bräunlichen Hautfarbe nicht germanisch genug auszusehen. Dann wieder schwankte sie zwischen Solidarisierung mit Ausländern und dem Hass auf sie. Die „eigene“ vertretene Meinung bzw. Haltung hing sehr von der Person ab, mit der sie gerade über das Thema sprach. Teilweise hatte sie – gefördert durch Teile ihrer Ver-

wandtschaft mütterlicherseits – nationalsozialistisches Gedankengut idealisiert. In der Ideologie der Großeltern spielt Ausländerfeindlichkeit eine große Rolle. Die Großeltern behaupteten, dass sie ja keine Ausländerin sei und die Aversion gegen Ausländer auf sie daher nicht zuträfe; aber die Patientin spürte die Doppelbödigkeit dieser Haltung. Sie liebte ihre Großeltern ganz heftig und entwickelte dennoch manchmal eine mörderische Wut auf sie. Dabei bekam sie dann Angst, sie könne mit dem Messer auf die Verwandten losgehen und deswegen nahm sie am Anfang der Behandlung nur telefonisch Kontakt mit ihnen auf. Unter Gleichaltrigen fühlte sie sich meistens isoliert. Zeitweise hat sie sich im rechten Milieu (rechte Skinheads) aufgehalten, wo sie so etwas wie Gemeinschaft und nationale Identität – bzw. Identität überhaupt – zu finden glaubte.

Diagnostisch wurde bei dieser Patientin eine somatoforme Schmerzstörung festgestellt und außerdem wurde von einer Borderlineorganisation (niedriges Strukturturniveau) ausgegangen.

Die in einer psychosomatischen Klinik eingeleiteten Aktivitäten waren zunächst erfolgreich: Die Patientin hatte einen deutlichen Veränderungswunsch entwickelt, wurde dauerhaft drogenfrei und bekam eine Lehrstelle in einem sozialen Ausbildungsprojekt sowie betreutes Wohnen vermittelt.

Am Anfang der Behandlung beschimpfte die Patientin türkische Frauen auf der Straße als „Nutten“, die ihr aus dem Weg gehen sollten. Den Therapeuten beschimpfte sie als „Weichei“. Aber das Wichtigste war, dass sie (meistens) zu den vereinbarten Sitzungen kam. Sie merkte immer mehr – teilweise durch Spiegelungen, teilweise durch pädagogische Interventionen des Therapeuten, dass etwas Unangemessenes in ihrem Verhalten lag und vor allem auch, dass es im Hinblick auf ihre eigenen Interessen (mit Menschen klar zu kommen und gelegentlich sogar Hilfe von ihnen zu bekommen) unproduktiv ist. In dem Maße, wie das geschah, konnte auch

die Projektion erfolgreich gedeutet und daraufhin von der Patientin relativiert werden.

Die tiefe, strukturelle Unsicherheit, die die Patientin erlebte, wurde am Anfang der Behandlung auch durch folgende, sich über ein Vierteljahr wiederholende Situation deutlich: Sie rief nach jeder Stunde regelmäßig an, um sich zu vergewissern, ob sie sich die richtige Zeit für den nächsten Termin vorgemerkt hatte. Das Telefonieren konnte als eine Art Übergangsphänomen verstanden werden auf dem Wege zur Repräsentierung des Therapeuten. Eine höhere Stundenfrequenz wünschte die Patientin dagegen ausdrücklich nicht. Ihr klares Interesse an den Begegnungen wurde aber dadurch dennoch deutlich. Mit zunehmendem Vertrauen verstärkte sich nun aber auch ihr Hass auf den Therapeuten, der vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte der Patientin verstehbar wurde: Die jeweils von ihr geliebten Personen waren ja auch jene, die von ihr gehasst wurden, und von denen keine kohärente Objektrepräsentanz existierte, sondern deren partialobjekthafte Aspekte lediglich unverbunden nebeneinander standen.

Als sie entdeckte, dass es für sie unverzichtbar wurde, zur Therapie zu kommen, traten zwischenzeitlich leichtere Selbstverletzungen auf (sich selber ins Gesicht schlagen und Jactationen gegen die Wand). Vertrauen und Liebe zum Therapeuten waren nur um den Preis des Selbsthasses aushaltbar. Das sich wiederholende Erlebnis, dass sie den Therapeuten nicht verlor bzw. er nicht zerstört war (von ihr), wenn sie weg ging von ihm und der Umstand, dass die Beziehung auch eine mehrtägige Trennung überstehen konnte, erlaubten ihr dann, auf die selbst verletzende Symptomatik zu verzichten.

Je mehr sie sich in Phasen erlebter Minderwertigkeit und Depressivität in der Therapie verstanden fühlte, desto mehr konnte sie auch ihre gelegentlichen aggressiven, zu diesem Zeitpunkt bereits ausschließlich nur noch verbalen Impulsdurchbrüche selbstkritisch reflektieren.

Im gleichen Zuge gelang es ihr in kleinen Schritten, zwischenmenschliche Beziehungen in der Ausbildung und im Privatleben herzustellen und zu festigen. Anfängliche Rückfälle in nationalsozialistische Denk- und Fühlweisen fanden immer seltener statt und waren am Ende der Therapie einer klaren, abgegrenzten Haltung zur Ausländerfeindlichkeit gewichen. Die Kopfschmerzattacken waren danach verschwunden, was einer Repsychisierung der ins Körperliche verdrängten Aggressionen gegen andere und gegen sich selber entsprach. Die Patientin konnte sich auch erfolgreich um eine Weiterqualifizierung im Rahmen einer von der Arbeitsagentur geförderten Maßnahme bemühen.

Die psychotherapeutische Behandlung dauerte 160 Stunden und wurde ein- bis zweistündig wöchentlich durchgeführt. Der Verlauf der zuvor stattgefundenen stationären Behandlung war bei der Indikationsstellung für die ambulante Therapie ein wichtiges prognostisches Kriterium. Im Kontext verschiedener anderer psychosozialer Maßnahmen (passager neuroleptische Mitbehandlung zur Prävention von Impulsdurchbrüchen, ambulante Gestalttherapie, Einzelfallhilfe und betreutes Wohnen) handelte es sich um eine enorm modifizierte analytische Behandlung.

Schlussbemerkungen

Das erste Fallbeispiel zeigt, dass die Psychoanalyse durchaus mit der klassischen Technik psychosomatisch kranken Patienten helfen kann, wenngleich initial für den Patienten Einsicht fördernd ein integrales stationäres Konzept Pate stand. Der mitten im Leben stehende Patient war erst nach der stationären Behandlung für eine ambulante Behandlung hinreichend motiviert, differenziert und introspektionsbereit, so dass er die Belastung einer klassischen Behandlung aushalten konnte (und wollte).

Der zweite Fall ist sicher spektakulärer: Aber es war dennoch eine psychotherapeutische Behandlung, in der das psychoana-

lytische Verstehen von zentraler Bedeutung für den Veränderungsprozess war: Der Patientin wurden vom Therapeuten ihre unbewussten Haltungen gespiegelt, was zwar vorsichtig und empathisch geschah und manchmal sogar pädagogisch. Freud (1918) selbst hat ja in der Arbeit „*Wege der psychoanalytischen Therapie*“ geschrieben (Seite 190): „Wir können es nicht vermeiden, auch Patienten anzunehmen, die so haltlos und existenzunfähig sind, dass man bei ihnen die analytische Beeinflussung mit der erzieherischen vereinigen muss . . .“. Er widersprach damit der Ansicht, die die Anwendung der Psychoanalyse auf die reifen Neurose-Patienten beschränken wollte.

Die Bearbeitung von Übertragungsaspekten innerhalb der Patientin-Therapeuten-Beziehung stand bei dieser modifizierten Behandlung selten im Zentrum der therapeutischen Interventionen und vielleicht müsste man daher eher von einer Psychotherapie sprechen. So „erzog“ der Therapeut die Patientin dazu, seine Einwürfe auszuhalten, die immer leicht – aber deutlich genug – von dem abwichen, was sie hören wollte – zum Beispiel: *„Ich würde mir an Ihrer Stelle überlegen, ob es Ihren Chef ärgert, wenn Sie einfach von der Arbeit wegbleiben, um zum Zahnarzt zu gehen, ohne sich abzumelden!“* Deutungen von unbewusstem Material erfolgten häufig mit Hilfe von Analogien, die die Patientin aufmerken ließen – zum Beispiel: *„Sie sind begeistert von Martin Luther King, und stören sich nicht an seiner Hautfarbe; aber Sie hassen Ihre eigene Hautfarbe – nun, an der Hautfarbe alleine kann es also nicht liegen!“* Oder: *„Wenn Sie so mörderische Fantasien haben, fahren Sie nicht zu Ihrer Großmutter. Weil Sie sie lieben, schützen Sie sie vor Ihren aggressiven Durchbrüchen.“*

Das Gold der Analyse ist vor allem beim letzten Fallbeispiel reichlich mit anderen Elementen legiert – aber Legierungen sind manchmal stabiler als Gold. Und obwohl der Tauschwert von reinem Gold auf dem Markt höher ist als der einer Goldlegie-

rung, so kann doch der Gebrauchswert der Legierung höher sein.

Psychoanalytisch orientierte Psychomatiker und Psychosomatikerinnen sind es gewohnt, die psychoanalytischen Theorien mittels eines modifizierten Behandlungsansatzes anzuwenden. Aber es ist auf der anderen Seite auch so, dass eine Psychosomatik, die nicht auch versucht, analytisch subjektive Bedeutungszusammenhänge zu verstehen, ihr Ziel verfehlt. Die Behandlungspraxis muss die Patienten allerdings dort abholen, wo sie sind und wir haben kein Recht zu sagen, dass ein Patient nicht für die klassische psychoanalytische Methode geeignet ist; vielmehr müssen wir umgekehrt einräumen, dass bestimmte analytische Techniken für manche Patientinnen und Patienten nicht geeignet sind. So gesehen war es vielleicht eine weise Entscheidung Freuds, die Psychoanalyse zwar der Psychosomatik, aber nicht die Psychosomatik der Psychoanalyse zu überlassen.

Psychosomatikerinnen und Psychosomatiker haben einen großen Spagat gemacht: mit einem Bein in der Medizin und dem anderen in der Psychoanalyse. Von beiden Seiten ist das nicht immer freundlich kommentiert worden. Es sei aber an den Satz Freuds (1932) erinnert, der schrieb: „Dem Internisten können wir für die *Erweiterung* (Hervorhebung, W.K.) unserer Einsicht dankbar sein.“

Anschrift

Priv.-Doz. Dr. med. Werner Köpp

Facharzt f. Psychosomatik u. Psychotherapie,
Facharzt f. Innere Medizin, Psychoanalytiker,
Maaßenstr. 8, 10777 Berlin
E-Mail: koeppe@zedat.fu-berlin.de

Literatur

- Alexander F (1951) Psychosomatische Medizin – Grundlagen und Anwendungsgebiete. De Gruyter, Berlin (2. Aufl. 1971)
- Cremerius J (1978a) Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 7
- Cremerius J (1978b) Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin. Suhrkamp, Frankfurt aM, S 33–34

- Engel GL, Schmale AH (1967) Psychoanalytic Theory of Somatic Disorder – Conversion, Specificity, and the Disease Onset Situation. *J Am Psychoanal Assoc* 15:344–365
- Fenichel O (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton, New York, p 311
- Freud S (1918) Wege der psychoanalytischen Therapie. *GW Bd 12*, S 183–194
- Freud S (1932) zit. n. Cremerius J (1957/58) Freuds Konzept über die Entstehung psychogener Körpersymptome. *Psyche – Z Psychoanal* 11:125–139
- Meyer AE (1997) Historische Entwicklung des Fachgebiets Psychosomatik/Psychotherapie in Deutschland. In: Ahrens S, Schneider W (Hrsg) *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S 3–7
- Rad M v (1989) Der Beitrag der Psychoanalyse zur Medizin – Ausgewählte Forschungsergebnisse H. Weiners (statt einer Laudatio). *Psychother Med Psychol* 39:91–95
- Reich W (1933) *Charakteranalyse. Techniken und Grundlagen*. Kiepenheuer & Witsch, Köln (1970)
- Schilder P (1939) The Relations Between Clinging and Equilibrium. *Int J Psychoanal* 20:58–63
- Schur M (1955) Comments an the Metapsychology of Somatization. *Psychoanal Study Child* 10:119–164
- Simmel E (1929) Psycho-Analytic Treatment in a Sanatorium. *Int J Psychoanal* 10:70–89
- Speidel H (1994) Psychosomatik – ein Stiefkind der Psychoanalyse? In: Strauß B, Meyer AE (Hrsg) *Psychoanalytische Psychosomatik – Theorie, Forschung und Praxis*. Schattauer, Stuttgart, S 3–12