

9 Spezielle Krankheitslehre und typische Behandlungsverläufe

- 9.1 Angst und Neurose
- 9.2 Angsthysterie
 - 9.2.1 Konversion und Körperbild
- 9.3 Angstneurose
 - 9.3.1 Trennungsangst
 - 9.3.2 Beendigungsphase
 - 9.3.3 Anerkennung und Selbstwertgefühl
- 9.4 Depression
- 9.5 Anorexia nervosa
- 9.6 Neurodermitis
- 9.7 Unspezifität
- 9.8 Regression
- 9.9 Alexithymie und „pensée opératoire“
- 9.10 Der Körper und die psychoanalytische Methode
- 9.11 Ergebnisse
 - 9.11.1 Rückblicke von Patienten
 - 9.11.2 Veränderungen
 - 9.11.3 Abschied

Vorbemerkungen

Die spezielle Krankheitslehre der Psychoanalyse als erklärende Theorie mit ihrer weitreichenden Bedeutung in Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin muß sich in der Therapie, also in Behandlungsverläufen und deren Ergebnis, bewähren. Spezielle Erkenntnisse beziehen sich, wie auch sonst in der Medizin, auf allgemeine Gesichtspunkte der normalen und pathologischen Entwicklung. Deshalb sind Abschnitte dieses Kapitels auch dem zuzuordnen, was traditionell als "allgemeine Neurosenlehre" bezeichnet wird.

In diesem Sinne beginnen wir mit einer Darstellung der allgemeinen und speziellen psychoanalytischen Angsttheorie, die wir auf den neuesten Stand gebracht haben. Die Theorien über Entstehung und Verlauf seelischer und psychosomatischer Erkrankungen bilden eine wesentliche Grundlage für das therapeutische Handeln. Die Theorie und Praxis differentieller Therapie darf aber auch eine gewisse Eigenständigkeit beanspruchen. Die Gegenüberstellung von "störungsspezifischer" und "methodenspezifischer" Anwendung kann nicht alternativ gelöst werden. In der Psychotherapieforschung ist die gegenseitige Ergänzung allgemeiner und spezieller Wirkungsgrößen erkannt worden. Wir betrachten deren Verhältnis im Sinne der Figur-Grund-Beziehung der Gestaltpsychologie; psychoanalytisch betrachtet heißt dies, daß sich Beziehung und spezielle Intervention wechselseitig bestimmen. In der differentiellen Anwendung der psychoanalytischen Methode geht es darum, die für den jeweiligen Patienten optimale Abstimmung dieser Wirkkomponenten zu erreichen.

Die in diesem Kapitel dargestellten Behandlungsverläufe gehen z. T. noch auf die unter 1.3 erwähnte systematische Krankengeschichte zurück. Nicht aus Nostalgie greifen wir auf längst abgeschlossene Behandlungen zurück, sondern weil die damit verbundenen langen Katamnesen eine hervorragende Grundlage für die Diskussion von *Behandlungsergebnissen* abgeben. Aus den Erfahrungen mit systematischen Krankengeschichten (Thomä 1978) und aus der Untersuchung von Deutungsaktionen (s. 8.3) ist die in Ulm begonnene Verlaufs- und Ergebnisforschung hervorgegangen, die uns zu einem neuen Verständnis des psychoanalytischen Prozesses hinführte (s. Grundlagenband Kap. 9). Von der Prozessforschung wird mehr gefordert als wir an dieser Stelle einlösen werden; Aus didaktischen Gründen muß sich ein Lehrbuch auf eine breite klinische Basis stützen und eine große Zahl verschiedener Fälle einbeziehen. Die von uns und anderen geforderte kombinierte Verlaufs- und Ergebnisforschung an Einzelfällen (Grawe 1988) steht noch immer erst am Beginn. Würden wir die von uns untersuchten Fälle in der dann geforderten Ausführlichkeit darstellen, würde dieses Lehrbuch nur aus einem Fall bestehen können. Im dritten Band des Ulmer Lehrbuchs haben wir eine solche angemessene Darstellung eines Einzelfalles am Beispiel der Patientin Amalie X gegeben (Kächele & Thomä 2003).

Neben den in diesem Kapitel zusammenfassend dargestellten Behandlungsverläufen kann der Leser ohne große Mühe anhand des Patientenregisters wesentliche therapeutische Entwicklungen nachvollziehen, wenn er die aufgeführten Beispiele kontinuierlich liest. Darüber hinaus sind unter 5.1-5.3 typische Abschnitte einer Analyse anhand einer Traumserie dargestellt. Unter 6.3.1 wird eine Analyse anhand des Antragsverfahrens für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wiedergegeben.

Das Kapitel wird durch den Abschnitt "Angst und Neurose" (9.1) eingeleitet. Wir wüssten keinen besseren Platz für dieses zentrale Thema. Der Leser kann sich einen

Überblick über die psychoanalytische Angsttheorie (9.2) verschaffen, bevor er sich den Krankengeschichten zuwendet, bei denen die Angst im Mittelpunkt steht (9.3-9.5). Da neurotische Ängste in allen Behandlungen - also auch dort, wo sich solche nicht in der primären Symptomatik offen manifestieren - eine wesentliche Rolle spielen, ist das Kriterium der Angst ein wichtiger allgemeiner Indikator bei der Erfolgsbeurteilung. Im übrigen hat es sich als notwendig erwiesen, daß wir in diesem Band einige zentrale Konzepte der allgemeinen und speziellen Neurosenlehre abhandeln. So werden in diesem Kapitel im Anschluss an die Darstellung eines Falles von Neurodermitis (9.6) die Themen der Unspezifität (9.7), der Regression (9.8), der Alexithymie (9.9) und der Bedeutung des Körpers in der psychoanalytischen Methode (9.10) diskutiert. Am Schluß laden wir den Leser ein, sich mit den Problemen der systematischen psychoanalytischen Evaluation (9.11) zu befassen.

9.1 Angst und Neurose

Bevor wir uns einigen speziellen Angstformen zuwenden, geben wir einen Überblick über die psychoanalytische Angsttheorie. Im Grundlagenband (4.2) haben wir für eine differenzierte Betrachtungsweise von Affekten plädiert. Da viele Affekte eine Angstkomponente haben, ist es berechtigt, in diesem Abschnitt die Angst in den Mittelpunkt zu stellen. "Die Angst ist das Grundproblem aller Neurosen", wie Freud (1926 d, S. 175) in einem lapidaren Satz feststellte.

Bei diagnostischen Erwägungen ist von der Art der Manifestation von Ängsten auszugehen. Ein wichtiges Unterscheidungskriterium stellt die mehr oder weniger umschriebene situative Bindung neurotischer Ängste dar.

Die Angstneurose ist durch die frei flottierende Angst gekennzeichnet, die scheinbar ohne erkennbaren Grund auftritt und dadurch als unvermeidbar, unkontrollierbar und als Todesdrohung erlebt wird. Der Begriff der Angstneurose und die erste vollständige, auch heute noch gültige Beschreibung der Symptomatik stammen von Freud, der das Syndrom Angstneurose von der Neurasthenie diagnostisch unterschieden hat. Auch Strian (1983, S. 120) stützt sich auf diese klinische Deskription Freuds, der den Symptomenkomplex Angstneurose nannte, "weil dessen sämtliche Bestandteile sich um das Hauptsymptom der Angst gruppieren lassen" (Freud 1895 b, S. 316). In der Liste der im Angstanfall auftretenden körperlichen Störungen führt Freud u. a. auf:

- Störungen der Herztätigkeit,
- Herzklopfen mit kurzer Arrhythmie,
- Tachykardie,
- Störungen der Atmung,
- nervöse Dyspnoe,
- Schweißausbrüche,
- Zittern und Schütteln,
- anfallsweise auftretende Diarrhöen,
- lokomotorischer Schwindel.

Zur Angstneurose gehören ihr attackenförmiges Auftreten und eine hypochondrische Erwartungshaltung.

Häufig nimmt eine Komponente des Syndroms im Erleben des Patienten eine zentrale Rolle ein, und nicht selten wird die Angst vorwiegend an ein Symptom, an die Tachykardie, die nervöse Dyspnoe, an das Schwitzen, an den Stuhl drang usw. gebunden: Das Syndrom der Angstneurose mit seinen vielgestaltigen Komponenten ist entsprechend auf eine große Zahl unserer Patienten aufgeteilt:

- Frau Beatrice X (9.2) leidet besonders unter einer angsthysterischen Atemstörung.
- Bei Herrn Christian Y (9.3) stehen Arrhythmien und Schwitzen im Mittelpunkt,
- Herr Rudolf Y (7.8) bekommt in Panikattacken Durchfälle.

Die Angst ist das Grundproblem aller Neurosen und auch des seelischen Anteils in Entstehung und Verlauf vieler körperlicher Erkrankungen (Thomä 2002).

Zur Geschichte der Angstneurose

Es ist lehrreich, am Symptomenkomplex der Angstneurose zu demonstrieren, was sich in 100 Jahren verändert hat. Das Wissen über die somatischen Korrelate der Angst, über die Physiologie, die Neuroendokrinologie und Neurophysiologie der Angst hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. So haben die Ergebnisse epidemiologischer, neurochemischer und therapeutischer Studien auf dem Gebiet der Angsterkrankungen dazu geführt, daß in der neuen amerikanischen Klassifikation (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) eine Reihe von psychischen Störungen, wie Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, soziale und einfache Phobie, Zwangsstörung und posttraumatische Belastungsreaktion unter der Bezeichnung "Angststörungen" zusammengefasst wurden. In diesem Klassifikationssystem wird den Panikanfällen als gesonderter Untergruppe eine dominierende Rolle auch für das Verständnis anderer Angststörungen eingeräumt. So wird in der neuesten Revision dieses Klassifikationssystems die Agoraphobie nicht mehr als eine Unterform der Phobien, sondern in erster Linie als eine Folge vorausgegangener Panikattacken angesehen, die zu phobischem Vermeidungsverhalten geführt haben. Die für die neue definierte Untergruppe "Panikstörung" erarbeiteten diagnostischen Kriterien decken sich weitgehend mit dem Symptomenkomplex, den Freud 1895 für den Angstanfall beschrieben hatte, wobei auch Freud schon in seiner ersten Beschreibung der Angstneurose die Agoraphobie als eine Folge des Angstanfalls angesehen hatte. Auf der anderen Seite wurde das physiologische Angstkonzept, das Freud (1895 b) einst der Angstneurose einschließlich der Panikattacken zugrunde gelegt hatte, in der Psychoanalyse unzureichend revidiert. Die frei flottierende Angst tritt nämlich nur scheinbar ohne (tiefenpsychologischen) Grund auf. Wegen einer lebensgeschichtlich entstandenen erhöhten Angstbereitschaft können bei der Angstneurose eine Fülle unspezifischer und unbewußt wahrgenommener Gefahrssignale einen Angstanfall auslösen. Diese Entdeckungen führten zur Revision der psychoanalytischen Angsttheorie in Freuds epochalem Werk *Hemmung, Symptom und Angst*. Eine zentrale Aussage lautet:

„Realgefahr ist eine Gefahr, die wir kennen, Realangst die Angst vor einer solchen bekannten Gefahr. Die neurotische Angst ist Angst vor einer Gefahr, die wir nicht kennen. Die neurotische Gefahr muß also erst gesucht werden; die Analyse hat uns gelehrt, sie ist eine Triebgefahr. Indem wir diese dem Ich unbekanntes Gefahr zum Bewusstsein bringen, verwischen wir den Unterschied zwischen Realangst und neurotischer Angst, können wir die letztere wie die erstere behandeln. In der Realgefahr entwickeln wir zwei Reaktionen, die affektive, den Angstausschlag, und die Schutzhandlung. Voraussichtlich wird bei der Triebgefahr dasselbe geschehen“ (Freud 1926 d, S. 198).

Der Fortschritt des Freudschen Erklärungsmodells besteht in der Rückführung der Angstreaktion auf eine Situation der Gefahr:

"Was ist der Kern, die Bedeutung der Gefahrensituation? Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im Vergleich zu ihrer Größe, das Zugeständnis unserer Hilflosigkeit gegen sie, der *materiellen Hilflosigkeit* im Falle der Realgefahr, der *psychischen Hilflosigkeit* im Falle der Triebgefahr. Heißen wir eine solche erlebte Situation von *Hilflosigkeit* eine *traumatische*; wir haben dann guten Grund, die traumatische Situation von der *Gefahrensituation* zu trennen" (Freud 1926 d, S. 199; Hervorhebungen von uns).

Nun führt Freud in seine Funktionsanalyse einen "teleologischen" Steuerungsmechanismus ein, nämlich eine antizipierende Ich-Funktion:

"Es ist nun ein wichtiger Fortschritt in unserer Selbstwahrung, wenn eine solche traumatische Situation von Hilflosigkeit nicht abgewartet, sondern vorhergesehen, erwartet wird. Die Situation, in der die Bedingung für solche Erwartung enthalten ist, heiße die Gefahrensituation, in ihr wird das Angstsignal gegeben. Dies will besagen: Ich erwarte, daß sich eine Situation von Hilflosigkeit ergeben wird, oder die gegenwärtige Situation erinnert mich an eines der früher erfahrenen traumatischen Erlebnisse. Daher

antizipiere ich dieses Trauma, will mich benehmen, als ob es schon da wäre, so lange noch Zeit ist, es abzuwenden. Die Angst ist also einerseits die Erwartung des Traumas, andererseits eine gemilderte Wiederholung desselben. Die beiden Charaktere, die uns an der Angst aufgefallen sind, haben also verschiedenen Ursprung. Ihre Beziehung zur Erwartung gehört zur Gefahrensituation, ihre Unbestimmtheit und Objektlosigkeit zur traumatischen Situation der Hilflosigkeit, die in der Gefahrensituation antizipiert wird " (S. 199).

Beim Angstanfall, oder wie man heute sagt, bei der "Panikattacke" rückt also die traumatische Situation der Hilflosigkeit in den Mittelpunkt der psychodynamischen Betrachtung.

Ängstlichkeit (trait) - Angst (state) - Furcht

Die Disposition zu Angstreaktionen, die im angloamerikanischen Schrifttum als "trait" bezeichnet wird, kann durch eine Vielzahl von Gefahrensignalen in einen akuten Angstzustand ("state") transformiert werden (s. hierzu Spielberger 1980). In extremen Fällen kann fast jeder Reiz einen Angstanfall auslösen und die frei flottierende Angst, wenn unbehandelt, zum Dauerzustand werden lassen. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich die Phobien, bei denen es zur Angstauslösung durch einen umschriebenen Reiz bzw. eine spezifische Situation kommt, die der Patient vermeiden kann. Eine scharfe Trennlinie ist freilich nicht zu ziehen. Greenson (1959) hat beschrieben, daß am Anfang vieler Phobien angstneurotisch anmutende diffuse Angstzustände auftreten, wobei sekundär eine Verknüpfung durch kausale Zuschreibung zwischen dem aufgetretenen Angstanfall und der damit assoziierten Situation vollzogen wird. Sofern das Vermeiden des phobischen Objekts - der Spinne, der Schlange, der Maus, des freien Platzes, der Brücke, des Flugzeugs usw. - möglich ist, besteht Angstfreiheit. Wenn von Ängstlichkeit und Angst die Rede ist, muß auch über Furcht gesprochen werden.

Die umgangssprachliche Unterscheidung zwischen diffuser, gegenstandsloser und ungerichteter Angst gegenüber der Furcht, die sich auf eine konkrete Gefahr bezieht, hat auch, wie Mentzos (1984) hervorhebt,

"... im allgemeinen Sprachgebrauch an Bedeutung verloren, weil man das Wort Angst auch in Bezug auf konkrete Gefahr benutzt. Dennoch erscheint mir eine Differenzierung zwischen mehr diffusen, wenig organisierten, ungerichteten, körpernahen Angstreaktionen einerseits und mehr strukturierten, organisierten entsomatisierten und eindeutiger gerichteten Reaktionsformen andererseits sinnvoll, auch wenn eine scharfe Unterscheidung zwischen Angst und Furcht in der Praxis oft nicht ohne weiteres durchführbar oder auch gut ist: Man wird nur in den wenigsten Fällen von einem eindeutigen Entweder-Oder ausgehen können. Vielmehr gibt es unzählige Nuancierungen im Kontinuum von der diffusen Angst bis zur konkreten, gerichteten Furcht " (S. 14).

Zur Unterscheidung von Angst und Furcht gelangten Freud und Kierkegaard unabhängig voneinander: die Furcht bezieht sich auf etwas Bestimmtes, Angst dagegen ist nicht selten eine scheinbar gegenstandslose Stimmung. Sogleich ist freilich darauf aufmerksam zu machen, daß in unserer Neufassung der Angsttheorie die frei flottierende Angst unbewußte Intentionen und Objekte enthält. Auch der Philosoph Schulz (1965) hält die Unterscheidung zwischen Angst und Furcht aus sprachlichen und psychologischen Gründen für problematisch. In der Alltagssprache werden Angst und Furcht gleichbedeutend verwendet. Schulz gibt Kierkegaards Begriff der Angst trotzdem eine besondere Bedeutung, weil Heidegger von dessen Angstverständnis ausgegangen sei. Wir lassen uns davon nicht beeindrucken. Besagt die scheinbar tiefgründige philosophische Aussage, daß das Sein in der Welt der Grund der Angst ist, viel mehr als die schlichte Feststellung, daß Angst zum Leben

gehört? Schulz scheint diesen biologischen Sachverhalt im Auge zu haben, wenn er Heideggers In-der-Welt-Sein als Grund der Angst durch den ersten Teil des Wortes Jesu Christi aus dem Johannesevangelium (16,33) erläutert: "In der Welt habt ihr Angst, aber seid getrost, ich habe die Welt überwunden". Gewöhnlichen Menschen ist diese Überwindung unmöglich. Ihr Leben ist bis zum Tod von Angst begleitet. Angst kann förderlich sein. Schädlich ist, davon zu wenig oder zu viel zu haben. Ängstlichkeit lähmt, und "kontraphobische Haltungen" durch Verleugnungen von Ängsten können in lebensgeschichtlichen Krisen plötzlich zusammenbrechen. "Sich zu ängstigen nach Gebühr", hieß nach Kierkegaard (1952, S. 161) "das Höchste gelernt" (zu haben). Das Grimmsche Märchen "Von einem der auszog, das Fürchten zu lernen" diente dem dänischen Philosophen und Theologen als Ausgangspunkt zu folgender Überlegung: Man hat in Grimms Märchen die Geschichte von einem jungen Burschen, der auf Abenteuer auszog, um das Gruseln zu lernen. Wir wollen jenen Abenteuerlichen seines Weges ziehen lassen, ohne uns darum zu kümmern, wieweit er bei seiner Fahrt auf das Entsetzliche gestoßen ist. Dahingegen möchte ich sagen, daß diese ein Abenteuer ist, welches jeder Mensch zu bestehen hat: das Gruseln, das Sichhängstigen zu lernen, damit er nicht verloren sei, entweder dadurch, daß ihm niemals Angst gewesen, oder dadurch, daß er in der Angst versinkt; wer daher gelernt, sich zu ängstigen nach Gebühr, der das Höchste gelernt" (Kierkegaard 1952, S. 161).

Im Märchen ist der junge Mann, im Unterschied zu seinem tüchtigen älteren Bruder lernunfähig, dumm und angstfrei. Um das Gruseln zu lernen, begibt er sich hinaus in die Welt. Er besteht die schrecklichsten Abenteuer, ohne die Angst zu lernen. Auch vor einem Toten, den er durch seine Körperwärme im Bett wieder zum Leben erweckt, gruselt ihm nicht. Schließlich erlöst der immer noch lernunfähige junge Mann ein Schloss von einem Zauberbann und darf die Königstochter heiraten. Doch seine Klagen darüber, daß ihm nicht gruselte, gingen weiter. Das verdroß seine Gemahlin. Auf Rat des Kammermädchens wurde ein Eimer kleiner Fische im Schlaf über ihn geschüttet. Aufwachend rief er: Nun weiß ich was Gruseln ist. Lassen wir offen, was das Entsetzliche sein könnte, das ihm in den Fischen begegnete. Im Umgang mit der Angst plädiert Kierkegaard, banal verstanden, für den goldenen Mittelweg. Wir dürfen annehmen, daß im Gruseln "verjährte Angstbedingungen" in verschobener Weise wieder wirksam geworden sind, die der junge Mann des Märchens "in kontraphobischer Haltung" abgewehrt hatte. Die ursprünglichen Gefahren sind auf völlig harmlose Fische verschoben.

Diese Beobachtung Freuds erleichtert den therapeutischen Zugang zu Angstpatienten, denen zunächst unbegreiflich ist, ohne besonderen Anlass einen Angstanfall erlitten zu haben, der nun das ganze Erleben in Beschlag nimmt.

Stets haben wir es mit erlebten Ängsten zu tun. Diese gehören in Heideggers verächtlicher Diktion zum "bekannten Sortiment der begafften Seelenzustände" (Heidegger 1949, S 42). Zwar moniert Heidegger zu Recht die Isolierung innerer Zustände von der konkreten Situation des Menschen, seiner "Weltlichkeit". Doch gerade um solche Erfahrungen geht es in jeder Form von Psychotherapie, weshalb auch das daseinsanalytische Verständnis neurotischer Ängste, wie die Darstellung von Condrau (1995) zeigt, auf psychoanalytische Erkenntnisse angewiesen ist. Es ist besonders aufschlußreich, daß Kunz (1965) in einem Vortrag "Zur Anthropologie der Angst" Heideggers gegen die psychologische Erfahrung gerichtete Thesen scharf zurückgewiesen hat. Empirisch ist nicht zu begründen, daß nur die wesenhafte Angst, nicht aber einzelne Gefühle, das Nichts offenbare, das ursprünglicher als das Nicht und die Verneinung sei (Heidegger 1949, S 42). Die Phänomenologie des Angsteffekts enthält ein breites Spektrum von Emotionen und Interaktionen im Wechsel von Subjekt und Objekt, von Passivität und Aktivität. Bei der Analyse "frei flottierender" Ängste, die phänomenologisch Heideggers wesenhafter Angst am nächsten kommen, werden die zunächst verborgenen Teile des Funktionskreises sichtbar.

Hierbei entdeckt der Patient, daß sich seine unbewußten Wünsche nach außen auf Objekte, richtiger auf Subjekte richten. Deren Übermacht und die ihr entsprechende Hilflosigkeit werden geringer, wenn das bisher ausgelieferte "Opfer" wagt, sich als Täter zu erfahren. Die diffuse, frei flottierende Angst, die scheinbar das Nichts offenbart, wird zur Angst vor sich selbst und vor den eigenen zerstörerischen Impulsen. Diese sind objektgerichtet. Aus der frei flottierenden Angst Freuds wird in der Therapie Furcht.

Bei tiefenpsychologischer Betrachtung verliert also die Unterscheidung zwischen der diffusen, gegenstandslosen und ungerichteten Angst und der Furcht, die sich auf eine konkrete Gefahr bezieht, ihren Sinn. Mit Mentzos vertreten wir deshalb behandlungstechnisch den Standpunkt,

„... daß man entwicklungspsychologisch von einer Reifungstendenz ausgehen und somit z. B. diffuse, körpernah erlebte und grundlos erscheinende Angstzustände beim Erwachsenen als eine regressive Reaktivierung ontogenetisch früherer Angstmodi begreifen oder zumindest eine Desintegration des späteren, des reiferen Angstmusters vermuten [kann] (1984, S. 15).

Auch wir sehen in der Fähigkeit zur Kontrolle der Angst einen Indikator für die Ich-Reife. Erkenntnisse über die prototypischen Grundängste des Kindes erleichtern die Diagnostik neurotischer Ängste des Erwachsenen.

Angst und Verdrängung

Bei der Revision der Angsttheorie sah sich Freud gezwungen, den Bedingungs Zusammenhang zwischen Angst und Verdrängung umzukehren. Die Untersuchung der Phobien sollte, so hoffte Freud, die Auffassung bestätigen, die Libido werde in Angst verwandelt (1926d, S. 137). Diese Erwartung erfüllte sich nicht. Das Gegenteil trat ein. In der Angst der Tierphobie mußte nun eine Realangst, eine Angst vor einer drohenden und als real eingeschätzten Gefahr gesehen werden. "Hier macht die Angst Verdrängung", nicht, wie Freud früher geglaubt hatte, "die Verdrängung die Angst" (ebd.). Das phobisch gefürchtete Objekt wirkt traumatisierend, weil eine Situation der Hilflosigkeit entsteht, ein Angstanfall also, wenn Vermeidung misslingt.

Aktualangst und neurotischer Angst

Es ist eindrucksvoll, wie Freud darum gerungen hat, "die Verbindung zwischen neurotischer und Realangst herzustellen" (1933a, S. 90). Die Revision der Angsttheorie blieb auf halbem Weg stecken, weil die alte physiologische Erklärung - Angst als Folge von Triebstau - mitgeschleppt wurde. Die damit zusammenhängenden Widersprüche bestimmten die psychoanalytische Theorie und Technik auch nach der Revision der Angsttheorie. So beendete Freud (1926d) den vierten Abschnitt von *Hemmung, Symptom und Angst* mit dem Hinweis, daß das Problem der libidoökonomischen Entstehung von Aktualängsten, d. h. der im weiteren Sinne physiologisch entstandenen "Angstneurosen" und der seelisch entstandenen Phobien nicht gelöst sei - "non liquet".

Folgen von Freuds "non liquet"

Wie die Übersichten von Compton (1972a, b, 1980) zeigen, haben in der Folgezeit viele namhafte Analytiker versucht, die Unklarheiten der Angsttheorie zu beseitigen und ihre Erklärungskraft für die Entstehung und Therapie von Angstsyndromen zu erhöhen. Wegen der zentralen Bedeutung der Angst beim Einsetzen von unbewußten Abwehrprozessen bei der Entstehung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen, kommt dem "non liquet" Freuds

ein besonderes Gewicht zu. Für die Lösung des Problems hat es sich auch in diesem Fall ungünstig ausgewirkt, daß die meisten Versuche systemimmanent geblieben sind, also sich innerhalb der traditionellen Metapsychologie bewegt haben. Charakteristisch hierfür ist der Vorschlag von Rangell (1955, 1968), durch eine "einheitliche Theorie" die frühen und die späten Annahmen Freuds unter ein Dach zu bringen. Um in dieser zentralen Frage weiterzukommen, müssen falsche metapsychologische Voraussetzungen aufgegeben werden, die bei den meisten Interpretationen der Angsttheorie mitgeschleppt wurden und die Verwirrung aufrechterhalten haben.

Angst und Selbsterhaltung

Es macht einen großen Unterschied aus, ob wir das Auftreten von Angst unter dem Gesichtspunkt der Selbsterhaltung im Zusammenhang mit einer Realgefahr betrachten oder als ein Abfuhrprodukt aufgestauter, irgendwie transformierter Libido glauben erklären zu können. Freud hat versucht, beide Wege zu gehen. Damit hängen die Unklarheiten des vorhin zitierten "non liquet" zusammen. Diese wurden verschleiert, weil den Vorstellungen über die Besetzung, Verschiebung und Abfuhr von Energie und deren Transformation in Affekte eine wissenschaftliche Reputation im Sinne einer kausalen Erklärung zugeschrieben wurden. Das Verständnis dieser Emotion, deren Bedeutung für die Selbsterhaltung biologisch begründet ist, blieb mit allen Unsicherheiten der Triebtheorie belastet. Die Bindung von Affekten an die Triebtheorie macht die Angst zu einem Produkt der Triebbesetzung bzw. der Abfuhr.

Wälders (1963) Aussage, daß Freuds frühe Erklärung der Angstneurose als körperlich begründete Aktualneurose von Analytikern im Laufe der Zeit abgelehnt wurde, trifft zwar zu. Die Veröffentlichungen von Blau (1952), Fenichel (1945), Schur (1953, 1958), Greenacre (1952), Rangell (1955, 1968), Loch (1959), um nur einige namhafte Autoren zu nennen, zeigen aber, daß metapsychologische Spekulationen über Triebumwandlungen und deren Beziehung zur Angst erhalten und in abträglicher Weise in Theorie und Praxis wirksam blieben. Einige Begriffe der ersten Angsttheorie wurden beispielsweise in der Geburtsangst übernommen, so daß die Revision der Angsttheorie nach Freuds großem Werk nur halbherzig fortgesetzt wurde (s. Ermann 1984).

Die Geburtsangst als Grundmuster

Auf der Grundlage des Lust-Unlust-Prinzips betrachtete Freud bis zuletzt die Geburt als Vorbild für alle Angstzustände, weil beim Geburtsakt eine hochgespannte Erregung bestehe, die als Unlust verspürt werde und der man durch Entladung nicht Herr werden könne (1933a, S. 100).

Obwohl Freud Ranks Geburtstrauma-Theorie *der Entstehung von Neurosen* ablehnte (vgl. Thomä, 1990), blieben die Umstellung des Neugeborenen vom intrauterinen zum postnatalen Leben und der Triebstau das Vorbild späteren Angsterlebens. Wir belegen diese Behauptung durch folgende Hinweise.

Greenacre leitete aus der Metapsychologie eine "basic anxiety" (1952, S. 55) ab. Im einflussreichen Handbuch von Fenichel (1945) findet man den Satz: "Aktualneurotische Symptome bilden den Kern aller Psychoneurosen" (S. 192). Demnach würden alle Psychoneurosen aus einer körperlich begründeten Angst hervorgehen.

Rangell glaubt diesen aktualneurotische Zustand mit einer einheitlichen Theorie der Angst zusammenführen zu können, indem er feststellte: "Triebstau ist die ökonomisch-dynamische Bedingung für Unlust, und die Angst ist eine spezifische Reaktion auf die Gefahr, die diese

(oder jede andere gefährliche Situation) zur Folge hat" (Rangell, 1955, S. 399). Freuds (1933a, S. 100 f) beschriebene "zweifache Herkunft der Angst, einmal als direkte Folge des traumatischen Moments, das andere Mal als Signal, daß die Wiederholung eines solchen droht", könnte zwar in die von Rangell angestrebte einheitliche Theorie übergeführt werden, wenn die folgende Annahme zuträfe: Der aktualneurotische Kern als Ursache von Psychoneurosen müsste in einer körperlich begründeten bis zur Angst gesteigerten Unlust bestehen. Diese Annahme läßt sich aber nicht mit modernen Emotionstheorien vereinbaren und führt klinisch in die Irre.

Angst ist primär ein psychosomatisches Phänomen. Physiologisch ausgelöste Irritationen, z. B. nach Injektion adrenalinhaltiger Anästhetika beim Zahnarzt, werden zur neurotischen Panikattacke, wenn und weil sich damit in Sekundenschnelle seelische Inhalte verknüpfen oder, in moderner Terminologie ausgedrückt: Mit dem Herzklopfen wird Ohnmacht oder Tod attribuiert.

Trieb und Affekt

Die heutige kritische Auseinandersetzung mit der Angsttheorie kann nicht umhin, die Beziehung zwischen Trieb und Affekt zu entwirren. Damit wird die Bedeutung des Angstaffekts, ebenso wie die Rolle triebbedingter Gefahren ("Triebgefahr"), in der Entstehung von Neurosen erhöht. Interdisziplinäre Untersuchungen haben den Boden dafür geebnet, die Revision der Angsttheorie fortzuführen und in Einklang mit dem heutigen Wissen über die Psychophysiologie der Angst und ihre Beziehungen zu anderen Affekten zu bringen (Krause, 1983; Scherer und Ekman, 1984; Busch et al., 1991; Cooper, 1985; Moser & Zeppelin 1996).

Die begriffliche Unterscheidung der Affekte von der Triebtheorie führt zu einer Entwirrung jahrzehntelang mitgeschleppter Widersprüchlichkeiten und erhöht die klinische Erklärungskraft der Angsttheorie. Nun erweist sich auch die scheinbar endogen entstandene Panikattacke und die "frei flottierende Angst" als Psychoneurose. Die sog. Panikattacke, der von Freud beschriebene Angstanfall, steht oft am Anfang psychosomatischer Angstkrankheiten. Die erlebte Todesangst entsteht aufgrund von Verschiebungen und anderen unbewußten Abwehrprozessen (vgl. Mentzos, 1984).

Dem Angstanfall folgt bei jeder Chronifizierung ein *circulus vitiosus* als intersubjektiver Prozeß: Die Angst um sich selbst und vor sich selbst ist stets auch Angst um den "bedeutungsvollen anderen" (G. H. Mead) und vor ihm. Die unbewußten Austauschprozesse ermöglichen einen raschen Subjekt-Objekt-Wechsel und eine Verkehrung der Täter-Opfer-Beziehung, also alternierende Identifizierungen.

Erst mit dieser Neufassung der Angsttheorie kann man mit Fug und Recht sagen: Die Angst als Grundphänomen und Hauptproblem der Neurose (Freud 1926 d, S. 175) erweist ihre zentrale Stellung bei der psychogenetischen und psychodynamischen Erklärung von Symptomen. Diese entstehen, um spezielle Gefahrsituationen und die damit verbundene Hilflosigkeit (Trauma) zu vermeiden, die in der Angstentwicklung enthalten sind. Daß wir im Unterschied zu Freud die Angstentwicklung selbst nicht als Signal bezeichnen, ist besonders hervorzuheben und im folgenden zu begründen.

Angst und Gefahr

Waelder (1963) kritisiert, daß die Bezeichnung "Angstsignal" den Ablauf des innerseelischen Geschehens nicht genau wiedergebe. Er stellt fest, daß Furcht oder Angst kein

unentbehrliches Element in der Sequenz "Wahrnehmung der Gefahr-adaptive Reaktion" sei. Biologisch notwendig sei allerdings ein "Gefahrsignal", um bestimmte Reaktionen auszulösen. Dieses Signal brauche aber nicht aus einer Angstepfindung zu bestehen. Waelder schlägt vor, von einem Gefahrsignal statt von einem Angstsignal zu sprechen, weil in dieser Sequenz im Signal selbst die Angstepfindung nicht oder noch nicht enthalten sei. Daß die Empfindung der seelischen und körperlichen Sensationen der Angst in dem Maße zunimmt, in dem die reale oder eingebildete Gefahrensituation nicht abgewendet werden kann, werfe ein Licht gerade auf chronische neurotische Angstzustände. Denn bei ihnen bestehe ja aus inneren Gründen eine Dauersignalisierung von Gefahr mit der gleichzeitig bestehenden Unfähigkeit der aktiven Bewältigung.

Die in einer bestimmten Situation erstmals aufgetretene Angst kann später durch andere - ähnliche - Situationen ausgelöst werden. Diese Reizgeneralisierung findet in dem Maß statt, in dem aufgrund von negativer Verstärkung Vermeidungsverhalten zunimmt. Vermeidung wiederum steigert die Angst vor einer Gefahrensituation, was ein zusätzlicher Grund für die Disproportionalität von beobachtbarem Auslöser und Heftigkeit der Panikattacke sein kann.

Disproportionalität heißt, daß der Patient psychosomatisch so reagiert, als befände er sich in der größten Realgefahr. Nimmt man die bewussten und die unbewussten Bedrohungsvorstellungen angstneurotischer Patienten ernst, dann gibt es gute Gründe für das Auftreten von Ängsten, die - nur scheinbar gegenstandslos - "frei flottieren".

Verhaltenstheoretisch ausgedrückt ruft die Gefahr (Bedrohung) eine "Notfallreaktion" (Cannon, 1920) hervor. Die Bewertung der Gefahr führt zu den Verhaltenstendenzen "Flucht" oder "Angriff", je nach antizipiertem Kräfteverhältnis von Bedrohung und Bedrohtem. Angst und Wut (Ärger) sind die emotionalen Korrelate von Flucht und Angriff; sie haben ihrerseits über Feedbackschleifen motivierende Funktion. So kann durch ein Gefahrsignal ein Angst- oder ein Aggressionsaffekt ausgelöst werden (Compton, 1980). Bei den Angstanfällen verwischt sich der Unterschied von *physischer* und *psychischer* Hilflosigkeit. Es kommt zu einer fortgesetzten Traumatisierung mit kumulativer Wirkung. Das gelähmte und blockierte Handlungspotential bleibt sozusagen im Stadium des unbewußten Entwurfs stecken. Hierbei entdifferenziert sich die zielgerichtete Aktion. Die Wiederholung von Niederlagen stimuliert zugleich die blockierte unbewußte Aggressivität, die nun als Triebgefahr im Sinne Freuds die Angst sogar noch erhöht. Es ist also kein Zufall, daß sich Angst und Aggression affektphysiologisch gesehen recht ähnlich sind.

Vom Beginn des Lebens an haben wir ständig Gefahrensituationen zu bewältigen. Wir sind zunächst vollkommen und später mehr oder minder stark auf Hilfe angewiesen. Freud hat einmal die Frage aufgeworfen, was der Kern der Gefahrensituation sei, und folgende Antwort gegeben: "*Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im Vergleich zu ihrer Größe*" (1926d, S.199), zur Größe der Gefahr nämlich. Es ist fast ein Wunder, daß es im Alltag nicht häufiger zu Fehleinschätzungen mit fatalen Folgen kommt. Vom Ausgang der Vergleiche zwischen Stärke und Schwäche im zwischenmenschlichen Wechselspiel, die weitgehend unbewußt ablaufen, hängt ab, wie gefährliche Situationen bewältigt werden. Die neurotische Angst entsteht in einem kognitiv-affektiven Kontext, der von unbewußt wirksamen "affektlogischen Schemata" (Ciompi 1986; Wimmer 1995) gesteuert wird. Unbewusste Schemata als affektive und kognitive Organisationszentren bilden sich durch Verinnerlichung typischer Interaktionsmuster anlässlich von Wiederholungen und Verstärkungen. Freud sprach von phylogenetisch mitgebrachten Schemata, "die wie philosophische 'Kategorien' die Unterbringung von Lebenseindrücken besorgen" (Freud 1918b, S 155). Als "bestgekanntes Beispiel" eines Schemas wird an derselben Stelle der Ödipuskomplex genannt, "der die Beziehung des Kindes zu den Eltern umfaßt" - als Niederschlag der menschlichen Kulturgeschichte.

Schemata sind wie "unbewußte Phantasien" nicht direkt zugänglich. Sie werden durch den Nachweis von Zusammenhängen mit erlebten Phänomenen erschlossen (Hölzer u. Kächele 2003). Das gleiche gilt für das "Skript", wenn auch diese Bezeichnung suggeriert, als könnte es einfach wie etwas Geschriebenes gelesen werden.

Nach Berne (1966, S.310) werden neurotische Transaktionen von einem unbewußten, in der Kindheit erworbenen "Programm" diktiert. Bis zur therapeutischen Befreiung des Ichs bestimmt dieses unbewußte Skript den "Wiederholungszwang". Auch das "szenische Verstehen" (Argelander 1970, Lorenzer 1970) ist auf Schlussfolgerungen angewiesen, hat also keinen unmittelbaren Zugang zum Unbewussten. Es ist an die Theorie unbewusster "Interaktionsschemata" gebunden. Allerdings läßt auch die Erweiterung des Interaktionsbegriffes im Symbolischen Interaktionismus (Blumer 1973; Weiss 1988) noch viel Spielraum für Interpretationen des unbewußten Hintergrundes jedweder Darstellung. Auch von den "Übertragungsklischees" (Freud 1916/17) als wichtigster Ausdrucksform von Schemata wird nur ein geringer Teil beobachtbar.

Unbewusste Schemata steuern die Wahrnehmung der Gefahr im oben beschriebenen Vergleich der Machtverhältnisse. Bei negativer Einschätzung kann jene Hilflosigkeit entstehen, die Freud als traumatische Situation gekennzeichnet hat. Es ist unerheblich, ob es sich bei dieser Einschätzung um eine wirkliche oder um eine eingebildete Gefahr handelt. Diese Unterscheidung verliert auch in Freuds Werk ihren Stellenwert, weil es keine neurotische oder psychotische Angst ohne reale Begründung in emotionalen zwischenmenschlichen Erfahrungen gibt.

Um das Ausmaß neurotischer Ängste begreifen zu können, muß man das *Unbewusste* ernst nehmen. Die Einbildungskraft, die von unbewußten Schemata gesteuert wird, bestimmt das Erleben und damit die menschliche Wirklichkeit als einer *psychosozialen Realität*. Es mag paradox klingen, dass wir die neurotische Angst, also die eingebildete Angst für größer halten als die Realangst. Statt langer Reden berufen wir uns auf Goethes Erlkönig und auf Gustav Schwabs Ballade "Der Reiter und der Bodensee" als Beispiele für den angstbedingten Tod in Abwesenheit einer Realgefahr (s. Kächele 1970).

Todesangst

Bleibt man bei der Phänomenologie der von Patienten beschriebenen Ängste stehen, scheinen die Gefahren klar zu sein. Im Falle der Angst vor dem Verrücktwerden ist es ein Zustand, dessen vielfältige Beschreibung eben all jene Teilbereiche des Fühlens und Verhaltens enthält, die der Kranke selbst als "verrückten" Kontrollverlust bis hin zum Zerfall oder zur Vernichtung der bisherigen Identität oder des Selbstgefühls erlebt.

Es scheint also klar zu sein, wovor sich der Angstneurotiker letztlich fürchtet: Vor der Vernichtung seiner Existenz, die im Erleben entweder mehr als soziales Ich repräsentiert sein kann oder mehr als Körper-Ich, als Körperbild.

Nun gibt es bereits in der Phänomenologie des Erlebens dieser großen Patientengruppe Ungereimtheiten und Diskrepanzen, bei denen die psychoanalytische Methode ansetzt. Zunächst ist hervorzuheben, daß das jeweils befürchtete Ereignis sich dadurch auszeichnet, daß es gerade *nicht* eintritt. Wer sich fürchtet, eines Tages verrückt werden oder an einem Herzinfarkt sterben zu können, wird von einem solchen Schicksal nicht häufiger betroffen als es dem statistischen Mittel entspricht. Ja, die beschriebenen Ängste scheinen eher gegen das tatsächliche Auftreten einer Psychose oder eines Herzinfarkts zu sprechen. Solche statistischen Daten haben aber für die betroffenen Patienten selbst keine Überzeugungskraft oder wirken nur kurzfristig beruhigend.

Angstneurotische Patienten sind gut in der Lage, reale Gefahren zu ertragen, sie haben keine größere Angst um ihr Leben außerhalb der eingebildeten Ängste als gesunde Menschen. Es ist also durchaus nicht so, daß Angstneurotiker, um es salopp auszudrücken, sich über die Maßen wichtig nehmen oder sich wegen eines ausgeprägten allgemeinen Narzissmus nicht mit dem Gedanken vertraut machen können, daß das Leben endlich und der Tod gewiß ist.

Das eigene Sterben und der eigene Tod sind nicht als persönliche Erfahrungen, sondern höchstens als Vorstellungen und durch Analogieschlüsse zu vergegenwärtigen (Freud 1923b, S 288; Kunz 1965, S 55). Gerade weil der eigene Tod nicht als persönliche Erfahrung erlebt werden kann, zieht das Lebensende viele Phantasien auf sich. In diesem Sinne ergibt sich bei jeder genaueren Untersuchung eines Angstneurotikers, daß die erlebte *Todes- oder Vernichtungsangst* eine verhüllte *Lebensangst* zum Ausdruck bringt. Damit eröffnet sich der psychoanalytische Zugang zur Entstehung von Hilflosigkeiten und zu deren therapeutischer Überwindung. Die Angst vor dem Tod oder die Angst vor dem Verlust der körperlichen oder seelischen Existenz - als Angst vor dem Herzstillstand oder vor psychotischem Kontrollverlust - verwandeln sich in der Therapie in lebensgeschichtliche Situationen von Gefahr- und Hilflosigkeit, die seinerzeit nicht gemeistert werden konnten und die nun unter günstigeren Bedingungen überwunden werden können.

Regelmäßig ergibt sich ein Behandlungsverlauf, der auch Rückschlüsse auf die Entstehung neurotischer Ängste erlaubt: Die neurotischen Todesängste, die in ihren vielfältigen Ausformungen zum Sinnbild von Verlassenheit, Verlust und Zerstörung geworden sind, denen der Kranke sich in beunruhigender Passivität unterworfen hat, lassen sich in lebensgeschichtliche Elemente zergliedern und neu zusammenfügen.

Hierbei kommt es i. allg. nicht zu einer linearen Abnahme der neurotischen Ängste und deren Transformation in die abgemilderten Realgefahren, die in der therapeutischen Beziehung erlebt und überwunden werden können. In der Übertragung kann die Intensität von Ängsten, die sich zu Symptomen potenziert haben, hohe Grade erreichen. Es gehört zur therapeutischen Kunst, die behandlungstechnischen Regeln so anzuwenden, daß die Transformation symptomgebundener in interaktionelle Ängste dem Wohle und der Heilung des Patienten entgegenkommt.

Zur Orientierung möge die folgende allgemeine Regel gelten: Je schwerer eine Angstkrankheit ist, je länger diese das Selbstvertrauen unterhöhlt hat und zur alles durchdringenden Existenzangst geworden ist, desto größer ist auch das in der therapeutischen Beziehung aktualisierte Potential interaktioneller Ängste.

In Übereinstimmung mit Mentzos (1985) stellen wir fest, daß die vom Angstneurotiker erlebte Todesangst aufgrund von Verschiebungen und anderen unbewußten Abwehrprozessen zustande kommt, die in der Therapie in umgekehrter Richtung zurückverfolgt werden kann.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, daß die Angst als Affekt in Beziehung zur Hilflosigkeit gesetzt wird, die in typischen Gefahrsituationen auftreten kann.

Angst und Depression

In Freuds Theorie nehmen die Angst vor dem Verlust des Objekts oder die Angst vor dem Verlust der Liebe des Objekts als Trennungsangst eine zentrale Stellung ein, der die Kastrationsangst als ein besonderer Inhalt von Trennung untergeordnet ist. Bei Objektverlust überwiegt oft die *depressive* Reaktion (s. hierzu 9.3). Der gemeinsame Nenner zwischen Angst und Depression ist die Hilflosigkeit gegenüber tatsächlichen oder seelisch erlebten

Verlusten. Häfner (1987) beschreibt diese Beobachtungen, die psychoanalytisch erklärt werden können, mit folgenden Worten:

"Geht man von ausgesprochenen Angstkrankheiten, etwa den Panikattacken, den generalisierten Angstsyndromen oder den Agoraphobien (Platzangst) aus, dann kommt man ebenfalls, abhängig von der Schwere des Angstsyndroms, zu 40-90% Kranker, die bereits einmal eine depressive Episode durchgemacht haben oder gleichzeitig an depressiven Symptomen leiden (Häfner u. Veiel 1986). Der Zusammenhang ist wahrscheinlich zu einem Teil konstitutiver Natur: Angst hat, wie ich schon deutlich zu machen versuchte, etwas mit der Bedrohung durch Gefahren zu tun. Depression kann etwas mit Verlusten, Verlassenheit, oder mit umfassenderen Bedrohungen der eigenen Existenz und dessen, was ihr wert ist, zu tun haben. In diesen, Angst und Depression gemeinsamen, aber graduell unterschiedlichen Elementen von Bedrohung der Existenz liegt wahrscheinlich einer der Gründe für ihr häufiges gemeinsames Vorkommen. Der Zusammenhang zwischen beiden kann ein konsekutiver sein: Der Übergang schwerer Panikzustände in generalisierte Hilflosigkeit und Depression ist Beispiel eines rasch ablaufenden Prozesses. Ein langsamer Übergang von Angstzuständen in Depression, wobei sich die Ängste über mehrere Lebensbereiche ausbreiten, Aktivität und Selbstsicherheit blockieren und zu einem wachsenden Maß erlebter Hilflosigkeit führen können, ist im Verlauf schwerer Angstkrankheiten häufig anzutreffen" (S. 198).

In der depressiven Hilflosigkeit nach erlittenen Verlusten kann die Angst ganz in den Hintergrund treten.

Biologische Psychiatrie und Psychopharmakotherapie

Neurotische Angstanfälle sind in ein komplexes affektives und kognitives Feld eingebettet. Deshalb können neurotische Ängste sowohl von verschiedenen Stellen des Regelkreises ausgelöst als auch unterbrochen werden. Verhaltenstherapeutische Interventionen richten sich vor allem auf die Unterbrechung des Teufelskreises als einen sich selbst verstärkenden Prozeß. Anhaltende Erfolge belegen, daß Eingriffe in die Aktualgenese durchaus kausal wirksam sind (Margraf und Schneider 1989; Margraf 2000a, b). Wächst die Selbstsicherheit bei der Unterbrechung der Angst vor der Angst, verändert sich auch eine chronifizierte, überhöhte Reaktionsbereitschaft. Trotz der Kritik von Verhaltenstherapeuten an der Psychopharmakotherapie haben beide Disziplinen eine Gemeinsamkeit. Die ihnen zugrundeliegende sog. empirische Psychologie übergeht psychopathologische und psychoanalytische Erkenntnisse über die Tiefe von Ängsten. Mit den Einseitigkeiten der biologischen Psychiatrie geht ein erheblicher Wissensverlust einher, wie wir im folgenden zeigen (Thomä 2002).

Unter therapeutischen Gesichtspunkten ist es wesentlich, nicht nur die Gefahrensituationen zu erkennen, die mit einer speziellen Hilflosigkeit korrespondieren, sondern Wege der Meisterung zu finden, die aus der Hilflosigkeit herausführen und den Handlungsspielraum erweitern. Für den im Dunkeln Tappenden kann es schon eine Hilfe sein, laut zu sprechen, um sich damit seiner selbst zu vergewissern.

Die psychoanalytische Angsttheorie erklärt u. E. nicht nur eine vielfältige Phänomenologie, die von der scheinbar leeren, existentiellen Angst bis zu psychotischen Ängsten reicht. Diese Theorie macht auch verständlich, wo verschiedene Therapien ansetzen. Um so erstaunlicher ist es, daß - um mit Hoffmann zu sprechen - eine "überhastete Biologisierung der menschlichen Angst" (1987, S. 528) die Konzeption einer biologisch begründeten Angstkrankheit mit sich brachte, bei der die Erkenntnisse, die seit nunmehr fast 100 Jahren über die sog. "frei flottierende Angst" in der Psychoanalyse und psychosomatischen Medizin gewonnen wurden, nicht rezipiert werden.

So wesentlich die neurophysiologischen Schaltstellen und das limbische System in der Entstehung von Angst sind, so verfehlt ist es, einen lokalen zerebralen Paroxysmus als Ursache des Angstanfalls anzunehmen. In ihrem einflußreichen Übersichtsreferat "Current Pharmacotherapy of Anxiety and Panic" sprechen Rickels und Schweizer (1987) von einem Wandel der psychiatrischen "Weltanschauung". In der biologischen Psychiatrie werden

neurophysiologische Korrelationen der Angst ursächlich verstanden, woraus sich ein Vorrang der Pharmako-Therapie ergibt. Diese Weltanschauung bringt mit sich, dass der Funktionskreis der Angst an einer wichtigen Schaltstelle, nämlich an den Mandelkernen, kurz geschlossen wird, so als ob Ängste dort entstünden. Damit wird die biologisch und *psychosozial* begründete Selbsterhaltung, die bei jedem Gefahrensignal bedroht ist, auf *ein* Glied in der Ursachenkette verkürzt. Geht man im Gegensatz hierzu vom Funktionskreis der Angst aus, wie Thomä (2002) vorgeschlagen hat, kommt man zu einer anderen Auffassung: ängstigende Signale werden unbewusst wahrgenommen und über die Mandelkerne transportiert. Dass der Mensch nicht Herr im eigenen Haus ist, weil er vom Unbewussten abhängig ist, wird durch die Erforschung seiner materiellen zerebralen Grundlagen bestätigt. Angst ist eine biologisch begründete Reaktion auf eine Gefahr, die das Überleben sichert und die Evolution ermöglicht hat. Wesentlich ist, dass ängstigende Signale nicht nur von Außen, sondern in besonderer Weise von Innen kommen können. Neurotische Ängste haben sich partiell von äußeren Reizen abgelöst. Die neurotische Angst, verrückt zu werden, die Psychotopobie, ist ein Musterbeispiel einer Angst vor sich selbst. Angstneurotische Patienten sind in einen Zwei-Fronten-Krieg verwickelt. Um mit Freud zu sprechen: „Das Ich kämpft also auf zwei Fronten, es hat sich seiner Existenz zu wehren gegen eine mit Vernichtung drohende Außenwelt wie gegen eine allzu anspruchsvolle Innenwelt. Es wendet die gleichen Methoden der Verteidigung gegen beide an, aber die Abwehr des inneren Feindes ist in besonderer Weise unzulänglich. Infolge der ursprünglichen Identität und des späterhin innigsten Zusammenlebens gelingt es schwer, den inneren Gefahren zu entfliehen. Sie verbleiben als Drohungen, auch wenn sie zeitweilig niedergehalten werden können“ (Freud, 1940a, S. 130). Diese inneren Gefahren werden dramatisch im Angstanfall und abgemildert bei vielen somatoformen Störungen erlebt. Abgekürzt lässt sich also sagen, dass die neurotische Angst ein Fluchtversuch des Ich ist, der bei den Gefahren die von innen kommen, vollkommen misslingt, weil man sich selbst nicht entkommen kann. Wesentlich ist, dass die von innen kommenden Gefahren sozusagen selbst erzeugt werden. Der Neurobiologe und Emotionsforscher LeDoux (1998, S. 351) hat erwähnt, es habe den Anschein, dass der Cortex sich selbst erregt und Teufelskreise der Angst somit auch unabhängig von situativen Auslösern aufgrund unbewusster Phantasien aufrechterhalten und verstärkt werden können. Die Autopoese ist besonders für das Verständnis von Panikattacken wesentlich.

Diese dem Menschen vorbehaltene Selbsterzeugung von Ängsten liegt auf einer völlig anderen Ebene, als das von D.F. Klein (1981) und Sheehan u. Sheehan (1983) entworfene biologische Modell ‚spontaner‘ oder ‚endogener‘ Angstanfälle. Die unbewusste Selbsterzeugung von Panikattacken ist eine psychoanalytische Erkenntnis von großer Tragweite: Das einflussreiche Modell von D. F. Klein verkürzt den Funktionskreis der Angst um die wesentlichen Strecken und führt zu völlig unzureichenden therapeutischen Empfehlungen, die wir nun kritisch zusammenfassen.

Pharmakotherapeutische Empfehlungen

Das scheinbar *spontane* Auftreten unterscheidet nach diesen Autoren den Angstanfall qualitativ von der antizipatorischen Angst, wie man sie bei den Phobien findet. Als weiteres Abgrenzungskriterium gilt diesen Autoren die unterschiedliche *Ansprechbarkeit auf Psychopharmaka*. Die trizyklischen Antidepressiva und MAO-Hemmer (Monoaminoxidasehemmer) scheinen günstiger auf die Panikattacken zu wirken, während die Benzodiazepinabkömmlinge bei den antizipatorischen Ängsten eine symptomatische Besserung herbeiführen. Die genannten Autoren legen nun ein biologisches Modell endogener Angst- und Panikattacken vor, ohne zur Kenntnis zu nehmen, daß diese Ängste als Reaktionen auf *unbewußt* gefürchtete, dem Kranken damit unzugängliche Auslöser

zurückzuführen und erfolgreich analytisch zu behandeln sind. Auch aus verhaltenstherapeutischer Sicht wird - wie die Kontroverse zwischen Klein et al. (1987), Klein (1987) und Lelliott und Marks (1987) zeigt - eine medikamentöse Angsttherapie, die sich auf die körperlichen Symptome beschränkt und die Behebung der seelischen Ursachen hierbei aus dem Auge verliert, scharf kritisiert.

Der Einfluß des weltweit in Verbreitung befindlichen DSM-IV-Systems ist in diesem Zusammenhang bedenklich (Tress et al. 1995; Thomä 2002). In der psychiatrischen Forschung wurden gerade für die Entstehung von Panikattacken zunächst überwiegend biologische Hypothesen diskutiert; eine neuere recht ausgewogene Darstellung zur Ätiopathogenese gibt jedoch Kapfhammer (2000, S. 1185).

Auch in der Therapie der Angststörungen resultierte hieraus eine Vorrangstellung der Psychopharmakotherapie gegenüber jeder Form von Psychotherapie, sowohl der Psychoanalyse, aber auch der Verhaltenstherapie. Die psychodynamischen Auslösesituationen und die psychologischen Faktoren von Angstanfällen werden vernachlässigt (Bassler 2000a,b). Eine sehr große Zahl von Patienten wird also einseitig pharmakologisch und damit unzureichend behandelt, auch wenn bei ihnen eine seelische Auslösung der Angstanfälle nachgewiesen werden kann.

Häufigkeit von Angsterkrankungen

Dabei gehören Angsterkrankungen mit einer mehr oder weniger vollständigen Ausprägung des von Freud beschriebenen Erscheinungsbildes neben dem Alkoholismus und den Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Wittchen u. v. Zerssen 1988). Im Angstanfall wird ein biologisches Grundmuster aufgrund einer persönlichen Reaktionsbereitschaft manifest, wenn situative Auslöser hinzukommen. Es ist medizingeschichtlich gesehen eine bemerkenswerte Tatsache, daß die zentrale Bedeutung von Freuds Beschreibung der Angstneurose als pathophysiologisches Syndrom für die gesamte Heilkunde wieder entdeckt wurde, die seelischen Entstehungs- und Verlaufsbedingungen aber vernachlässigt werden, wenn sich die Behandlung überwiegend auf die Gabe von Tranquilizern beschränkt. Auch die Betarezeptorenblocker mindern lediglich die körperliche Symptomatik als einem wesentlichen Teil der unangenehmen Begleiterscheinung der Angst, beispielsweise das Herzklopfen. Mit Häfner (1987) heben wir hervor, daß die seelischen Prozesse, die zu Angstzuständen führen, durch eine medikamentöse Therapie in der Regel nicht beseitigt werden:

"Allenfalls kann die Blockade schwerer Ängste den Betroffenen wieder in die Lage versetzen, seine eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung von Angst erfolgreich zu nutzen. Längerfristig bestehende Angstzustände, v. a. Angstneurosen, bedürfen der Psychotherapie" (S. 203).

Diagnostik

Zu einseitigen, ja falschen Therapien trägt die moderne klinische Diagnostik insofern bei, als hierbei häufig minimale Abweichungen gefunden werden, die als Äquivalente oder Korrelate der Angst aufzufassen sind, aber fälschlicherweise als deren Ursache oder Teil der Angstneurose verstanden werden. Arzt und Patient glauben, einen Grund dingfest gemacht zu haben, was zu einer vorübergehenden Entlastung zumal dann führen kann, wenn auch therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Um so größer ist die Enttäuschung, wenn die Entfernung des Knotens in der Schilddrüse oder irgendeine andere Behandlung nichts gebracht haben.

Kaum ein Krankheitsbild wird in der modernen Medizin so häufig fehldiagnostiziert wie das vielgestaltige Bild der Angstneurose. Eine Unzahl von *Verdachtsdiagnosen* aufgrund von Symptomen wie Augenflimmern, Schwitzen, Zittern etc. hält die Beunruhigung aufrecht und verstärkt die Angst. Diagnostisch ist es oft schwierig, die (seelischen) Auslöser der körperlichen Angstäquivalente zu finden. Dementsprechend können auch die Patienten selbst die angstauslösenden Situationen nicht vermeiden, was dem Phobiker zur Entlastung weitgehend möglich ist. Da der Herzneurotiker oder der Herzphobiker sich gerade nicht von seinem Herzen wie von einer Spinne distanzieren kann, gehört dieses Syndrom zu den Angstneurosen am Übergang zu den Hypochondrien. Die Bezeichnung Herzphobie ist also phänomenologisch und psychodynamisch unzutreffend.

Schon Bowlby (1973) hat innerhalb der Gruppe der Phobien eine klinisch überzeugende Differenzierung vorgeschlagen, auf die von Hoffmann (1986) zu Recht erneut aufmerksam gemacht wurde: Der Agoraphobiker fürchtet nicht den Marktplatz, sondern er vermisst in dieser Situation die sichernde Person als "steuerndes Objekt" (König 1981). Ebenfalls zu einer Differenzierung gelangen Richter u. Beckmann (1969) bei der Herzneurose. Sie haben 2 Typen beschrieben, die sich bezüglich ihrer Reaktion auf Trennungsängste unterscheiden. Dementsprechend bestehen bei den Angstkrankheiten und ihren Unterformen beachtliche Unterschiede bezüglich der behandlungstechnischen Schwierigkeiten.

Behandlungstechnische Empfehlungen

Mehr noch als die somatische Therapie wendet sich die Psychoanalyse an die funktionsfähigen Anteile der Persönlichkeit. Je schwerer eine Angstkrankheit ist, desto enger ist der Spielraum geworden, von dem aus der Patient mit Hilfe des Analytikers die einerseits verjährten, aber andererseits in der Gegenwart aktualisierten Angstbedingungen zu meistern vermag.

- > Bei extremer Unsicherheit des Patienten ist es wesentlich, durch unterstützende Maßnahmen den Standort des Patienten soweit zu befestigen, daß überhaupt über die Lage nachgedacht und Probehandlungen entworfen werden können.
- > In akuten Angst- und Erregungszuständen genügen verbale Beruhigungen oft nicht, so daß Tranquilizer, Antidepressiva oder Beta-Rezeptorenblocker gegen die körperlichen Begleitsymptome eingesetzt werden müssen. Es ist wesentlich, daß diese unterstützenden Medikationen in den *psychoanalytischen* Behandlungsplan einbezogen und diesem untergeordnet werden (vgl. hierzu Benkert u. Hippus 1986; Kasper u. Möller 1995; Strian 1983; Wurmser 1987; Kapfhammer 2000). Soweit es um das *psychologische Verständnis* der Angst geht, kann uns mit Freud nichts gleichgültiger sein als die "Kenntnis des Nervenweges, auf dem ihre Erregungen ablaufen" (1933a, S. 408).

Unter psychoanalytischen Gesichtspunkten sind angstdämpfende Mittel sinnvoll oder notwendig, wenn dadurch die Meisterung neurotischer Angst erleichtert oder ermöglicht wird. Angstüberflutete Patienten benötigen dies Unterstützung, um zum Nachdenken über Gefahren fähig zu sein. Im Interesse der Therapie auf einen Methodenpurismus vorübergehend zu verzichten, kommt auf längere Sicht auch der streng genommen Psychoanalyse zugute. Neuere Erfahrungen mit kürzeren manualisierten psychoanalytisch orientierten Interventionen zeigen gute Ergebnisse (Milrod 1995, 1997; Roose und Stern, 1995; Roose und Glick, 1995; Leichsenring et al. 2005). Die mit medikamentösen Hilfsmitteln erzielte größere Sicherheit erleichtert die Annäherung an das Unheimliche. Solang die Stimme des Vaters kein Gehör findet, ist der Erlkönig so übermächtig wie in Goethes Ballade. Der Aufbau einer hilfreichen Beziehung, der sich im günstigen Fall Hand in

Hand mit der Wirksamkeit von Deutungen vollzieht, wird erleichtert, wenn medikamentöse Unterstützungen gewährt und in den analytischen Prozeß einbezogen werden. Je diffuser, je freier flottierend die Angst ist, desto weniger kann sie gemeistert werden und desto wichtiger ist es deshalb, mit dem Patienten herauszufinden, wo die Angst in objektbezogene Furcht überführt und damit auch ein Handlungsspielraum zur Überwindung der Hilflosigkeit gewonnen werden kann.

Dieser psychodynamische Prozeß geht Hand in Hand mit einer phänomenologischen Differenzierung von Angst und Furcht. Je mehr es gelingt, die Angst zu vergegenständlichen und zu erkennen, wovor sich der Patient fürchtet, desto größer werden auch die Möglichkeiten, mit der Tücke des Objekts - und v.a. der eigenen - fertig zuwerden.

Diese Differenzierung hat in der psychoanalytischen Entwicklungstheorie großes Gewicht erhalten, weil Reifung u.a. durch den Wandel von diffuser Angst zur konkreter Furcht definiert wird.

Fazit:

Abschließend wollen wir noch einige behandlungstechnische Prinzipien nennen, die sich uns in der psychoanalytischen Therapie von Angstkrankheiten aller Schweregrade bewährt haben.

Es liegt auf der Hand, daß fortgesetzte Traumatisierungen das Selbstvertrauen untergraben. Es genügt also therapeutisch gesehen nicht, die in der Hilflosigkeit jeweils enthaltenen und unbekanntes aggressiven oder libidinösen Triebregungen bewußt zu machen. Dieser Prozeß ist hilfreich, wenn gleichzeitig das Selbstvertrauen zunimmt. Allgemeine und spezielle therapeutische Wirkfaktoren gehen zwar oft Hand in Hand miteinander und ergänzen sich gegenseitig. Wird aber das Selbstvertrauen nicht gefördert, verlieren Deutungen ihre Wirksamkeit. Es gibt eine geradezu antitherapeutische Form der Neutralität, die das Selbstvertrauen von Patienten unterhöhlt. Ein Beispiel hierfür geben wir aus der Behandlung von Christian Y im Kapitel 9.3.2 und 9.3.3.

- > Es ist wesentlich, die Integrationsfähigkeit des Patienten gegenüber angstausslösenden Reizen zu fördern (Hoffmann und Bassler 1995). Die Feststellung, daß gerade die schwerkranken Angstneurotiker unter einer Ich-Schwäche leiden, besagt nichts anderes, als daß die Toleranzgrenze für Emotionen herabgesetzt ist und scheinbar banale Wünsche als "Triebangst" ein Gefahrensignal auslösen und in Angst einmünden.
- > Diese Beschreibung hat die behandlungstechnische Konsequenz, die Hilfs-Ich-Funktion des Analytikers voll einzusetzen. Chronische Ängste führen zu einem Verlust an Vertrauen und Selbstsicherheit. In seiner Hilfs-Ich-Funktion kann der Analytiker dazu beitragen, daß der Patient durch Anerkennung dessen, was er gerade noch kann, ermutigt wird, seinen Spielraum auszudehnen.
- > Diese direkte und indirekte Unterstützung ist durch die speziellen psychoanalytischen Mittel der Interpretation zu untermauern. Selbstsicherheit und Selbstvertrauen wachsen beispielsweise in dem Maße, wie sog. "oberflächliche" Ängste, die von Freud als Sozial- und Über-Ich-Ängste bezeichnet wurden, abgebaut werden können. Die "Gewissensangst" enthält sprachlich die Beziehung zwischen biologisch begründeter Angst und dem Gewissen als soziokultureller Errungenschaft. Entlastungen des Gewissens mildern entsprechende Bestrafungsängste.
- > In der Behandlungstechnik von der Oberfläche in die Tiefe zu gehen, ist ein bewährtes Rezept, das wir in den Vorbemerkungen zu Kap. 4 diskutiert haben. Es bringt freilich wenig, dieser Regel zu folgen, wenn gleichzeitig begleitende Ermutigungen aus missverständlicher Neutralitäts- bzw. Abstinenzregel peinlich vermieden werden.

- > Die Bewältigung neurotischer Ängste wird erleichtert, wenn alle Möglichkeiten der von uns vertretenen interaktionellen Therapieverständnisse ausgeschöpft werden. Die moderne Psychoanalyse scheint auf dem Weg dorthin zu sein (s. Bornstein 1996).

Bei chronischen schweren Angstneurosen mit Panikanfällen haben fortlaufende kränkende Niederlagen das *unbewußte* Aggressionspotential so erhöht, daß es kaum mehr harmlose Wünsche gibt. So ist die Angst, an einem Herzschlag sterben zu können, unbewußt häufig mit Aggressionen gerade gegen die Menschen verknüpft, auf deren Schutz der Kranke angewiesen ist. Das daraus resultierende Dilemma würde selbstverständlich nur antitherapeutisch verstärkt, wenn man aufgrund des eben genannten Zusammenhangs sofort zu tiefen Deutungen der Wut schreiten würde. Hilfreiche Deutungen orientieren sich an der Integrationsfähigkeit des Patienten in Bezug auf Affekte.

- > Das Selbstvertrauen wächst in der Beziehung zum Analytiker, wenn dieser seine Anregungen aus der Position des Hilfs-Ich gibt. Ambivalenzen wirken stets angststeigernd und sollten deshalb dort beim Namen genannt werden, wo sie dem Patienten zugänglich sind. Damit wächst die Unterscheidungsfähigkeit des Patienten für unbewußte Phantasien, die bei Licht besehen weniger unheimlich sind als im Dunkel der Nacht.

Der Angst als Grundproblem aller Neurosen und ihrer schrittweisen Überwindung begegnen wir in vielen Beispielen dieses Bandes. Angstneurosen mittelschwerer Ausprägung - also alle Kranken, die an dem von Freud beschriebenen Syndrom, zu dem auch die Herzneurosen gehören, leiden - sind für die psychoanalytische Therapie bei der von uns vertretenen adaptiven Indikationsstellung besonders gut zugänglich. Langfristige Katamnesen bezeugen die erfolgreiche psychoanalytische Therapie auch schwerer Angstneurosen (Thomä 1978).

9.2 Angsthysterie

Ängste und hypochondrische Körpervorstellungen sind eine häufige, zumindest passagere Begleiterscheinung der von Charcot und Freud beschriebenen Hysterien gewesen. Die Angstinhalte ermöglichen einen sicheren Zugang zum Erleben des Patienten, und sie erklären auch Funktionsabweichungen als Äquivalente von Affekten. Hierbei muß man den Vorstellungen des Patienten und seiner *privaten Theorie* über seine Erkrankung besondere Aufmerksamkeit zuwenden, sonst bleibt unerkannt, daß beispielsweise ein nervöses Atmungssyndrom das körperliche Äquivalent einer Angstneurose ist.

Hysterische Symptome als ursprünglich sinnvolle Leistungen, als fragmentarische Handlungen, sind v. a. dann zu erwarten, wenn unbewußte Anteile des *Körperbilds* miteinander unverträglich sind oder in Gegensatz zu den *physiologischen Regulationen* treten. Wesentlich am Prozeß der *Konversion* ist, daß unverträgliche Vorstellungen innerhalb des Körperbilds verschoben werden. Mit dem Begriff der *Verschiebung* wird ein Mechanismus bezeichnet, der sowohl in der Theorie der Traumbildung wie in der Neurosenlehre bezüglich der Entstehung hysterischer und phobischer Symptome einen wichtigen Platz einnimmt. Durch die Verschiebung werden im Traum und bei der Symptomentstehung Kompromissbildungen erreicht, bei deren therapeutischer Auflösung sich die Psychoanalyse als Psychopathologie des Konflikts klinisch bewährt.

Wir betonen die Verschiebung auch deshalb, weil dieser Prozeß für das Verständnis sowohl der unbewußten Körperbildvorstellungen der nachfolgend beschriebenen Kranken als auch ihrer Traum- und Symptomproduktion hilfreich ist. Die angenommene Umwandlung

von Energie, die Freud mit der Theorie der Konversion verbunden hat, ist als Hypothese entbehrlich. Lesern, die sich zuerst über die Theorie der Konversion und des Körperbilds informieren wollen, empfehlen wir die Lektüre von 9.2.1.

Symptomatik

Die bei Behandlungsbeginn 24jährige, seit 2 Jahren kinderlos verheiratete Frau Beatrice X leidet seit etwa 8 Jahren an krampfartigem Atmen verbunden mit Engegefühl und starker Beunruhigung. Die Symptomatik war erstmals im Todesjahr des Vaters aufgetreten, der an den Folgen eines mit Atemnot einhergehenden chronischen Herzleidens gestorben war. Seit etwa 2 Jahren hatten ihre Beschwerden, die internistisch als nervöses Atmungssyndrom diagnostiziert wurden, zugenommen. Frau Beatrice X fürchtet, ersticken zu müssen. Sie hustet und räuspert sich während des Tages fast unaufhörlich in ticartiger Weise (*Tussis nervosa*). Auf der Hochzeitsreise nahm die Angst beim Essen in Gesellschaft ihres Mannes und dann auch in Anwesenheit anderer Menschen so zu, daß die Patientin seither die Mahlzeiten allein einnehmen muß. Mit den Beschwerden gehen abstruse Körpervorstellungen einher: furchtbare Leereerlebnisse; sie habe nur einen leeren Brustkorb, in den keine Luft herein gehe; sie sei zu schwach zum Atmen, die Luft entweiche wie aus einem beschädigten Gummiballon. Dann wieder komme sie sich vor wie ein starres Rohr. Wegen eines Vaginismus ist der Koitus unmöglich.

Häufig nimmt Frau Beatrice X eine hockende Stellung ein. Am Boden kauernnd fühlt sie sich irgendwie sicherer. Es ist ihr unerträglich, vor sich eine Leere zu haben oder "vorne leer zu sein". Deshalb hält sie sich beim Autofahren krampfhaft fest. Zahllose "Verlegenheitsakte" verraten ihre große innere Unruhe. Sie gewinnt Halt, wenn sie an irgendwelchen Gegenständen herumspielt. Sie kontrolliert sich und ihre Umgebung.

Bezüglich der *Krankheitsvorgeschichte* sind folgende Daten hervorzuheben, die schon am Anfang der Analyse von der Patientin berichtet werden konnten:

Vom 3. bis zum 16. Lebensjahr pflegte die Patientin durch hüpfende Rutschbewegungen, die von der Mutter als "Hoppeln" bezeichnet wurden, zu masturbieren. Durch Verbote der Mutter wurde das Hoppeln etwas Böses, und in der späteren Symptomatik kehrte ihre alte Angst, sich beschädigt zu haben, wieder.

Bei der Selbstbefriedigung fehlten objektbezogene Begleitphantasien. Sie vermied, auf den Knien des Vaters zu reiten (zu "hoppeln"). Das Wiederaufleben von Inzestwünschen brachte in der Pubertät Stereotypträume hervor. In diesen Träumen passierte jeweils etwas Furchtbares zwischen ihr und ihrem Vater, und sie erwachte an einem Orgasmus. Während eines langen Zeitraums kehrte ein beglückender Tagtraum immer wieder: Sie hatte eine Blase am Unterarm, die von einem Arzt geöffnet werden mußte. Dieser häufig phantasierte Vorgang ging mit großer Lustbefriedigung einher.

Die ödipalen Inzestwünsche wurden in Spielereien mit dem Bruder praktiziert. Er wünschte, von ihr am Glied gestreichelt zu werden, wobei er sich um größte Selbstbeherrschung bemühte. Daß er "keinen Muckser" machte, wurde für die Patientin zum Vorbild nachahmenswerter männlicher Selbstbeherrschung und zu einem Beispiel von "Kontrolle". Die Patientin ging nach diesen kontrollierten Befriedigungen jeweils ins Bad, um dort Wechselduschen zu nehmen bzw. andere Abkühlungen zu finden. Irgendeine Ahnung bewog die Mutter dann dazu, die Geschwister zu trennen. Da auch die Eltern getrennt schliefen, glaubt die Patientin später, Vater und Mutter hätten keinen Verkehr miteinander.

Rückblickend datiert die Patientin den Beginn der Atembeschwerden auf das 16. Lebensjahr, als sie das Hoppeln, also die Selbstbefriedigung erfolgreich unterdrückte. Der erste schwere Angstfall überfiel die Patientin während der Freundschaft zu ihrem

zukünftigen Mann, die etwa 1 Jahr vor der Verheiratung inniger wurde. Aus Angst schreckte die Patientin vor dem Verkehr mit ihm zurück. Intensiver als mit dem Bruder wurde die gegenseitige Reizung und Teilbefriedigung mit ihrem Freund wieder aufgenommen. Nach dem 1. Angstanfall und insbesondere nach der Hochzeitsreise verstärkten sich die hysterischen körperlichen Beschwerden. Frau Beatrice X leidet an Symptomen, die insgesamt zum Syndrom der Angstneurose gehören. Die vorwiegend sexuell-ödipalen Inhalte der Angst begründen den Zusatz *Angsthysterie*. Wegen der abschätzigen Bedeutung des Wortes ist es ratsam, das Wort "hysterisch" weder in Arztbriefen noch in Gesprächen mit Patienten oder deren Angehörigen zu verwenden. In der wissenschaftlichen Diskussion käme der Verzicht auf den alther gebrachten Sprachgebrauch einer Verschleierung gleich. Hysterische Mechanismen und Inhalte sind bei Angstneurosen nach wie vor häufig pathogen wirksam.

In diesem vor mehr als 20 Jahren entworfenen Behandlungsbericht sind die behandlungstechnischen Brennpunkte bestimmten Annahmen über psychogenetische Zusammenhänge zugeordnet.

Die systematische Darstellung dieser Behandlung umfaßt mehr als hundert zum größeren Teil engzeilig beschriebene Seiten. Die erfolgreich abgeschlossene Psychoanalyse dauerte etwa 350 Sitzungen. Aus äußeren Gründen mußte die Patientin 2mal längere Zeit stationär aufgenommen werden. Während dieser beiden Perioden fanden 6 Sitzungen wöchentlich statt. Im Intervall und nach der 2. Entlassung kam die Patientin durchschnittlich 2mal wöchentlich ambulant bis zur nachhaltigen Heilung, die katamnestisch seit 20 Jahren gesichert ist. Frau Beatrice X ist im wesentlichen beschwerdefrei geblieben, führt ein harmonisches Familienleben und hat mehrere Kinder. Mit den Belastungen des Lebens ist sie gut fertig geworden.

Um das Verständnis der aus späteren Sitzungen stammenden Sequenzen zu erleichtern, weisen wir darauf hin, daß sich schon während der 1. stationären Behandlungsphase eine vielgestaltige Übertragungsneurose gebildet hatte. Die bilderreiche Traumsprache der Patientin ermöglichte einen raschen Zugang zu ihren infantil gebliebenen Sexualtheorien und den mit ihnen verbundenen hysterischen Körperbildstörungen und Ängsten. Die Metaphorik der Träume stand in einem ungewöhnlich engen Zusammenhang mit dem unbewußten Körperbild und seinen verschiedenen Schichten. Verschiebungen rückgängig zu machen, d. h. das Hinübertragen (griech. "metapherein") beim Namen zu nennen, trug wesentlich dazu bei, das unbewußt gesteuerte Ausdrucksgeschehen umzugestalten.

Die Analyse der Imitation führt zu Einzelfragen der Psychogenese, z. B. der Bedeutung des unbewußten Schuldgefühls, das dadurch befriedigt wird, daß Frau Beatrice X sich durch die gleichen Symptome bestraft, an denen der Vater litt. Alltägliche Aufregungen und die Beobachtung von Unfällen bringen die Patientin in heftigste Erregung, weil sie an Tod, an Krankheit und Sterben des Vaters erinnern. Nach seinem Tod setzte die Patientin in ihren Beschwerden, in Atemnot und Angst die Krankheit des Vaters fort, der jahrelang herzkrank und kurzatmig gewesen war. Über ihre Beschwerden ist sie mit dem Vater verbunden geblieben.

Gewisse Ähnlichkeiten der Symptomatik bezüglich des gemeinsamen Merkmals Atemnot waren schon dem Hausarzt aufgefallen, dessen Andeutung die Patientin aber überhört hatte. Es bedarf oft einer längeren Vorarbeit, um Einsichten in solche Imitationen, denen unbewußte Identifikationen zugrunde liegen, *therapeutisch* fruchtbar zu machen. Das Bewusst machen unbewußter Gleichsetzungen, die ihre symbolische Darstellung in hysterischen Symptomen finden können, wird freilich erleichtert, wenn Patienten durch das Nachahmen irgendwelcher Eigenarten die hergestellte Gemeinsamkeit quasi am eigenen Leib vollziehen.

Nach längerer Vorarbeit war der Boden für das Verständnis einer Imitation in der 123. Sitzung geebnet. Ihre Sehnsucht, mit dem Vater verbunden zu sein, zeigte sich nun in

bewussten Phantasien. Schmerz und Trauer, die mit der Trennung vom Vater verbunden waren, werden wiederbelebt. Daß man über die Zeit hinweg und trotz endgültiger Trennung durch Beschwerden eine Beziehung aufrechterhalten kann, wurde der Patientin anhand einer *Übertragungsphantasie* zur Gewissheit. Mit vielen Entschuldigungen und einem ihr selbst verdächtigen schlechten Gewissen spricht die Patientin von ihrer scharfen Beobachtungsgabe. Nach mehreren Rückversicherungen kommt Frau Beatrice X schließlich zu abwertenden Äußerungen über meinen eigenartigen Gang und die arrhythmischen Bewegungen meiner Arme.

Ihre Beobachtungen hatte Frau Beatrice X außerhalb der Sitzung für sich allein pantomimisch dargestellt. Dieser Imitationsversuch wurde zum bedeutungsvollen Ereignis auf dem Weg zur Erkenntnis unbewußt verankerter Identifikationen und der sie begleitenden Affekte. Ihre abwertenden Bemerkungen über den Analytiker trafen in die Kerbe ihrer alten Schuldgefühle dem Vater gegenüber. In derselben Sitzung weinte Frau Beatrice X erstmals heftig.

Folgende spätere Beobachtungen sind daher relevant: Frau Beatrice X kommt im Assoziieren zunächst auf etwas Äußerliches, nämlich darauf, daß ich sie vorhin auf der Station nochmals angesprochen habe, um mich zu vergewissern, daß die Stunde tatsächlich um 17.00 Uhr sei. Ich hätte müde ausgesehen, und Frau Beatrice X wollte mir deshalb nahe legen, heute die Stunde ausfallen zu lassen. Daran schließen sich folgende, für die Symptomentstehung und das Symptomverständnis aufschlußreiche Assoziationsreihen an: Ihr Vater war oft müde und insbesondere in den Jahren seiner Erkrankung kaum mehr in der Lage, seine Mahlzeiten am Tisch einzunehmen. Man forderte ihn auf, und er bemühte sich darum. Ich gebe folgende Deutung: Sie habe offenbar damals Angst gehabt, es könne dem Vater beim Essen etwas passieren, er könne sich, kurzatmig wie er war, gerade bei der Kartoffel den Tod holen, die sie ihm aufgelegt habe. Sie wollte heute verhindern, mich ebenfalls zu übermüden, mich durch die Dinge, die sie mir serviere, zu schwächen oder gar zum Ersticken zu bringen. Da schon einmal in der heutigen Stunde auf einen früheren Igelfleischtraum angespielt worden war, nehme ich diese Anspielung mit in die Deutung herein und sage ihr, sie fürchte sich, daß sie mir doch etwas Schädliches gebe, das Igelfleisch mit dem Stachel, das mir schlecht bekomme. (In diesem früheren Traum hatte sie jemand mit Bedauern Igelfleisch gegeben.)

Das Thema der *Identifizierung mit ihrem kranken Vater* wird weiter aufgelöst: In der Übertragung läßt sich an einem kleinen Detail das Problem zeigen. Frau Beatrice X bittet darum, das Fenster zu schließen, und bezeichnet diesen Wunsch als entsetzlich. Die Deutungsarbeit führt zum kurzatmigen Vater, für den das Fenster aufgerissen werden mußte, und zur Spannung beim Essen, die sich mit Verschlimmerung der Krankheit immer mehr steigerte. Die Patientin hat rückblickend das Gefühl, ihr Vater habe es einfach nicht mehr ausgehalten. Sie habe aber nun die Angst, so wird interpretiert, daß ich es auch nicht mehr aushalte bei geschlossenem Fenster und überlastet sei.

Die andere Linie der Deutung ist ihre Wut auf den Vater, der sich nur um das Geschäft kümmerte. Zu Hause mußte man ihn schonen und Rücksicht nehmen, aber gerade beim Essen gab es Streit. Sie selbst schlichtete, sie war diejenige, die den Streit und die Gespräche der Eltern über Scheidung nicht ertragen konnte. Sie hatte heute nacht einen Traum: Der Betrieb war kaputt, sie ging mit ihrer Mutter durch das zerstörte Gebäude und sagte, alles was der Vater aufgebaut habe, sei kaputtgegangen. In der Übertragung erscheinen ähnliche Gefühle, Besorgnisse um mich und die Kritik, daß ich mich auch nicht um meine Familie kümmere.

Über Verschiebung von unten nach oben

Zu unseren theoretischen Anmerkungen über Körperbild und Verschiebung bringen wir eine klinische Illustration, die ihren Ausgangspunkt bei den Symptomen im Bereich der Atmung hat.

Zwei Träume:

In großer Verzweiflung, in angstvollem Entsetzen sah sich die Patientin von vielen kleinen Männchen, als ob es Gummimännchen wären, umgeben. Diese Gummimännchen platzten, eines nach dem anderen. Die Patientin suchte einen Halt zu finden und hielt sich an einem Tau fest, das irgendwie vom Himmel herunterhing.

Im 2. Traum der gleichen Nacht befand sie sich neben vielen anderen Zuschauern auf einer Brücke. Es fuhr auch ein Leichenwagen vorbei. Das wesentliche Geschehen des Traumes war aber eine Haifischjagd. Man sah von der Brücke aus, daß ein Haifisch, der sich sehr wehrte, in ein kleines Boot gezogen wurde. Obwohl er mit dem Schwanz hin- und herschlug, wurde er erlegt, indem ein Speer in seinen Bauch gestoßen wurde.

Da die Patientin, wie sie sich zu den Träumen erinnerte, schon früher von einem solchen Seil, an dem sie in die Tiefe gelassen wurde, geträumt hatte, wurde zunächst die Beziehung zu diesem früheren manifesten Trauminhalt hergestellt. In der letzten Stunde ging es tatsächlich von einem zum anderen, und ohne Gewinn wurden bekannte Dinge erwogen: Das Platzen der Gummimännchen wurde von mir mit ihrer Angst, bei der Konzeptionsverhütung könnte ein Kondom platzen, in Zusammenhang gebracht. Diese Erwägungen führten dazu, erneut über ihren Kontrollzwang zu sprechen.

Ich vermutete im stillen, daß die Angst vor dem Platzen irgendwie mit der Kastrationsangst verbunden sein könnte. Letzteres um so mehr, als in der Stunde ihre merkwürdigen Körperhaltungen besprochen wurden, die sie auch auf der Couch einnimmt. Sie legt sich immer etwas schief, weil sie in dieser Stellung das Gefühl einer besseren Kontrolle hat.

Mich regten ihre Bemerkungen über ihre Körperhaltung zu der Phantasie an, daß sie ganz offensichtlich ihre Kastrationsangst dadurch überwunden hat, daß sie im Sinne von Lewin (1933) ihren Körper als Phallus benützt. Eigenartig ist, daß sie die Angst hat, in ausgestreckter Lage weniger Luft zu kriegen, als wenn sie den Oberkörper etwas abbeugt. Sie ist sich nun bewußt, daß ihr Spielen mit ihrem Körper der Erregungsabfuhr dient. Es wurde über ihre Onanie als Versuch gesprochen, durch die Berührung das Leeregefühl zu beheben.

Zum Fischtraum wurden Rachedenzen gegenüber dem Analytiker interpretiert, wobei auch anklang, daß sie am Fisch - Penis, der sich in sie hineinzwängen will wie die Rakete in einem anderen Traum - Rache nimmt. Die Patientin hatte in diesem Zusammenhang einen früheren Traum erinnert, in dem sie in einer zu engen Rinne fuhr. Die Stunde war, wie gesagt, unergiebig geblieben. Die Kastrationsangstthematik ebenso wie der Kastrationswunsch ließen sich nicht mit passenden Erinnerungen oder Übertragungsphantasien verbinden.

Frau Beatrice X hat abends noch über die letzte unproduktive Sitzung (130) nachgedacht und teilt als Ergebnis ihrer Gedankenarbeit mit, daß sie einen wichtigen bewußtseinsfähigen Einfall zu ihren Träumen verschwiegen habe. Nun ergab sich eine aufschlußreiche Deutungsarbeit. Das Platzen der Männchen, so meinte die Patientin, sei ihrem Gefühl nach mit Sicherheit folgendermaßen zu deuten: Sie hatte vor, während und nach der Defloration eine Reihe von Phantasien.

Frau Beatrice X überrascht mich zunächst durch einen genauen Bericht über die Hochzeitsreise, die Hochzeitsnacht und den darauf folgenden Tag. An diesem Tag war die Patientin mit ihrem Mann im Meer schwimmen gewesen, und sie hatte unter dem Eindruck gestanden, nun - wie sie sich ausdrückte - ein Loch zu haben, ohne kontrollieren zu können, was hinein- und was herauskomme. Mit diesen Worten beschrieb sie ihr Körpergefühl nach der Defloration, und ich fügte hinzu: "Als sie ins Meer gingen, hatten sie also die Phantasie,

daß nun Wasser, oder im Freien Luft in ihre Scheide eindringen könne." Dazu gehöre in der Traumsprache, daß ein Fisch (Glied) in sie hineingeraten könne.

Frau Beatrice X glaubt im Grunde bis heute, daß es nicht bei der einmal vollzogenen Einkerbung bleibe, sondern daß der Scheideneingang weiter aufreißt. Sie kam in diesem Kontext auf einen früheren Traum zurück. Die Einkerbungen in geträumten "Fliegenflügeln" seien sicherlich auch jene Einrisse, die durch die Defloration entstanden seien.

Nun wird von der Patientin ergänzt, daß seinerzeit - für sie völlig unerklärlich - der Wunsch in ihr entstanden war, nicht mit den anderen Gästen zusammen zu essen. Die Eßstörung begann also kurz nach der Defloration, gleichzeitig nahm die Atemstörung weiter zu. Daß es sich hierbei um eine *Verschiebung nach oben* handelt, leuchtet ihr sofort ein. Sie versuchte nun, Kontrolle dort auszuüben, wo es durch die Willkürmotorik möglich ist, um wenigstens dort "Löcher" zu schließen.

Die Interpretation des Fischtraums führte noch weiter. Die Patientin spricht über ihren Ekel vor Fischen, einen Ekel, den sie seit der Hochzeitsreise ebenso hat wie eine Abneigung gegen Fischgeruch, aufgrund der ihr nun bewussten Analogie Fisch-Ejakulatgeruch.

Ich gebe zusätzlich eine Interpretation ihrer Aggressionen gegen ihren Mann, indem ich folgendes sage: "Sie hatten Schmerzen, fühlten sich verletzt und nahmen deshalb Rache an ihrem Mann und an seinem Glied. Im Traum haben sie den Haifisch erstechen lassen, in Wirklichkeit machen sie ihren Mann oft klein."

Das Platzen der Männchen, der Gummiblasen - in einer Assoziation sprach die Patientin davon, daß der ganze Vorgang ungefähr so gewesen sei wie das Platzen von Seifenblasen - hatte in der letzten Stunde zu einer anderen, zunächst unergiebigem Anspielung geführt. Ich hatte den Gedanken, daß im Platzen eine noch unklare Assoziation zu der beschriebenen lustvollen Phantasie lag, in der sie am Unterarm eine Blase hatte, die dann von einem Arzt geöffnet wurde. Die Patientin erinnert nicht, ob sie sich damals vorstellte, daß irgendetwas in dieser Blase drin gewesen ist. Es blieb bei einer Anspielung.

In der 131. Sitzung kommt Frau Beatrice X nicht sofort auf diese "Blase" zurück, sondern erst, nachdem sie - anhand des Fischtraums und Erinnerungen über Fischessen - über ihren Ferienaufenthalt gesprochen hatte. Sie beginnt diese Überlegungen mit folgender Bemerkung: Obwohl sie in einem guten Hotel abgestiegen waren, entdeckte sie im Badezimmer einmal eine Maus, die dann wieder verschwand. Sie hatte die Vorstellung, die Maus könnte sich in der Toilette versteckt haben. In der Nacht nach diesem Erlebnis hatte sie einen höchst ekelhaften Traum.

P.: *Ich hatte Stuhlgang. Im Kot befand sich ein großer Fisch.*

Die Patientin hatte selbst schon die Idee, daß sie ja etwas produziere, um ihre Unabhängigkeit zu demonstrieren. Ich deutete der Patientin, daß sie im Traum etwas habe, was sonst nicht aus ihr heraus-, sondern in sie hineinkomme.

Nach dieser Deutung fällt ihr der Traum der letzten Nacht ein.

P.: *Ich hatte an der Nase eine Blase. Es kam ein Mann, der die Blase mit einem Stift öffnete, dabei kam aber heraus, daß ich selbst einen solchen Stift in der Blase verborgen hatte.*

Dieser Traum schien zum analen Penisausscheidungstraum zu passen. Die Assoziationen der Patientin konnten in einer Übertragungsdeutung zusammen gefaßt werden. Sie sprach nun davon, daß sie so gerne den Bericht des Analytikers lesen möchte, um endlich zu wissen, was er über sie denke; sie überlege oft, was er wohl nach der Sitzung niederschreibe. Die Deutungsarbeit ging etwa folgendermaßen vor sich: Was sie an Geheimnissen im Bericht vermute, sei wohl gerade das Versteckte - die Annahme, der Analytiker halte von ihr als Frau nichts -, und sie glaube nun, das Versteckte dementsprechend besonders hoch schätzen zu müssen. Ihre geheime Rache wird interpretiert als unbewußter Gedanke, daß der Analytiker - wie ihr Mann - ihre schönen Einfälle, ihren Stuhlgang, ihr Geld und ihre Gedanken dafür verschwende, ein schönes großes Werk daraus zu machen und selbst als Mann, Architekt und

Analytiker immer größer zu werden, während sie glaube, alles hergeben zu müssen, und immer leerer werde (Anspielung auf den Stift, mit dem der Analytiker Berichte schreibe, ihr Mann in der Architektur erfolgreich werde und gleichzeitig der Stift als Gliedsymbol).

Der Hustentic ist nun fast verschwunden. In den letzten Wochen konnte sie erstmals seit der Hochzeitsreise mit ihrem Mann ein gemeinsames Mahl einnehmen. Die sexuellen Beziehungen sind befriedigender geworden, und die Schwangerschaftsverhütung wurde gelockert. Dabei hat die Konzeptions- und Entbindungsangst aber zugenommen.

Durch die bisherige Analyse wurde die Verschiebung von unten nach oben zum Teil rückgängig gemacht. Die Angst, schwanger zu werden ist an die Stelle bisheriger Symptome getreten. Die neuen Angstinhalte sind objektbezogen.

Zusammenfassung: Mit der Wiedergabe der beiden Ausschnitte aus der Analyse einer Angsthysterie verfolgten wir das Ziel, den Leser durch eine genaue Protokollierung an einer partiellen Symptomauflösung partizipieren zu lassen. Sowohl die unbewußt verankerte Imitation der Symptome des Vaters wie die Verschiebung von unten nach oben konnten als Teilursache aufgelöst werden, so daß die davon abhängige Symptomatik sich wesentlich besserte. Das Fortbestehen von Symptomen ist ein Hinweis darauf, daß noch weitere Bedingungen wirksam sind. Tatsächlich sind nun andere Angstinhalte in den Mittelpunkt getreten. Entbindungängste haben die Stelle einiger früherer Symptome eingenommen. Es ist also ein Symptomwechsel eingetreten (s. hierzu 9.5). Bemerkenswert ist die interaktionell-alloplastische Struktur der neuen Ängste im Vergleich zu den bisherigen hypochondrischen Ängsten. Stets ist es ein günstiges Zeichen, wenn die autoplastische Darstellung, also die weitreichende Verinnerlichung von Konflikten gelockert werden kann, was in der auf Ferenczi (1921) zurückgehenden Unterscheidung auto- und alloplastischer Vorgänge impliziert ist.

In 8.3 berichten wir über die Auflösung dieser neurotischen Ängste. Dort wird auch eine *sequentielle Protokollierung* vorgestellt.

9.2.1 Konversion und Körperbild

Hält man sich an Darwins Beschreibung von Gemütsbewegungen, die für moderne Affekttheorien beispielhaft geblieben ist (Grundlagenband 4.2), entfällt das Problem der Konversion, d. h. die Hypothese der Umwandlung von seelischer in körperliche Energie bzw. Erregung. Es genügt für das diagnostische und therapeutische Verständnis vieler funktioneller Symptome, wenn wir in ihnen einen unbewußten Ausdruck von Gemütsbewegungen sehen. Zur Einführung in die psychoanalytische Angsttheorie empfehlen wir die Lektüre von 9.1. Der Ausdrucksgehalt hysterischer Symptome ist *nicht* auf die Sexualität eingeschränkt. Die *Konversion* wurde von Freud dem Darwinschen Prinzip der "Ableitung der Erregung" (Freud 1895 d, S. 147) zugeordnet. So heißt es beispielsweise in der Krankengeschichte Frau Elisabeth von R.: "All diese Sensationen und Innervationen gehören dem Ausdruck der Gemütsbewegungen an, der, wie uns Darwin gelehrt hat, aus ursprünglich sinnvollen und zweckmäßigen Leistungen besteht" (Freud 1895 d, S. 251). Bereits in Freuds Krankengeschichten finden sich viele Beispiele von Symptomen, in denen beispielsweise aggressive Strebungen unbewußt zum Ausdruck gebracht werden.

Ohne auf die Annahme über die Umwandlung von seelischer in körperliche Energie zurückgreifen zu müssen, können wir festhalten: Hysterische Symptome sind nach Freud nichts anderes als zur Darstellung gebrachte unbewußte Phantasien (1895 d, S. 194). Die *kausale* Behauptung dieses Satzes bleibt erhalten, wenn man die Bezeichnung "durch

Konversion" (im Sinne einer *Umwandlung* von seelischer Energie in körperliche Innervation) weglässt. Hysterische Symptome und viele funktionelle Syndrome sind fragmentarische, sensorische oder motorische Akte, die aufgrund von Abwehrprozessen nur noch partiell und pars pro toto zum Ausdruck gebracht werden. Der ideatorische Anteil, also die Vorstellung und die Zielrichtung, ist dem Patienten selbst nicht mehr zugänglich. Daraus ergeben sich eindeutige, kausale und prognostische Kriterien für die Therapie und die klinische Beweisführung im Sinne von Grünbaums (1984) Forderung.

Das empirisch ohnedies nicht lösbare Leib-Seele-Problem kann man hierbei ebenso auf sich beruhen lassen wie den dazugehörigen "rätselhaften Sprung vom Seelischen ins Körperliche" (Freud 1916/17, S. 265; 1926 d, S. 141). Denn hysterische Symptome als rudimentäre und ursprünglich sinnvolle Leistungen sind in ihrer Psychophysiologie nicht rätselhafter als zielgerichtete Handlungen (Rangell 1959). An der Theorie der Konversion als Umwandlung einer Energieform in die andere wird besonders ersichtlich, auf welche Irrwege das ökonomische Prinzip die Psychoanalyse jahrzehntelang gebracht hat (s. Grundlagenband 1.1). Um die Sprache der Hysterie verstehen und Symptombildungen erklären zu können, kommt man vollständig mit der psychoanalytischen Methode auf der Grundlage der tiefenpsychologischen Theorie Freuds aus:

Indem wir das Unbewusste zum Bewussten fortsetzen, heben wir die Verdrängungen auf, beseitigen wir die Bedingungen für die Symptombildung, verwandeln wir den pathogenen Konflikt in einen normalen, der irgendwie eine Entscheidung finden muß. Nichts anderes als diese rein psychische Veränderung führen wir beim Kranken hervor: So weit diese reicht, so weit trägt unsere Hilfeleistung. Wo keine Verdrängung oder ein ihr analoger psychischer Vorgang rückgängig zu machen ist, da hat auch unsere Therapie nichts zu suchen (1916/17, S. 451).

Bei hysterischen und einer Gruppe von funktionellen Symptomen werden Affekte an ihrer vollen Expressivität gehindert. Ein Teilausdruck steht für das Ganze. Bei solchen pars-pro-toto-Darstellungen fehlt dem Kranken v. a. ein Zugang zu seinen Absichten. Diese werden, um Freuds Worte zu wiederholen, "von der bewussten Verarbeitung abgehalten". Wesentlich ist, daß die Unterbrechung des Zusammenhangs durch Verdrängung als kausal notwendige Bedingung *interpretativ* rückgängig gemacht werden kann. Anders verhält es sich bei den Symptomen körperlicher Erkrankungen. "Es ist ein methodischer Irrtum", sagte Alexander bereits 1935, "wenn man ein organisches Symptom psychologisch zu deuten versucht, obwohl es erst das Endergebnis eines physiologischen Zwischenprozesses ist" (Alexander 1935, S. 192). Diese Auffassung entspricht Freuds klaren methodischen Richtlinien bezüglich symbolisch deutbaren körperlichen Störungen (Freud 1910 i, S. 101). Damit kann man Anschluss an moderne Handlungs- und Affekttheorien finden und mit Christian (1986) feststellen:

Die konversionshysterische Symptomatik ist vom handlungstheoretischen Standpunkt aus die Aktualgenese einer Phantasie. Wichtig ist aber auch der Austrag der Phantasie: nämlich eben nicht der Austrag einer natürlichen und normalen Handlung, sondern die Verwirklichung verkürzter Handlungsmöglichkeiten auf bestimmte szenische Vereinfachungen. Vielleicht kann dies folgender Vergleich verdeutlichen: Vollendete szenische körpersprachliche Verwirklichungen sind das Tanztheater, dort werden Szenen körpersprachlich, aber künstlerisch verwirklicht. Die hysterische Inszenierung ist demgegenüber primitiver und unkünstlerisch, sie hat etwas "Theatralisches", und das ist eben nicht künstlerisch. Diese Reduktion auf eine Primitiv-Phantasie in der Konversionssymptomatik ist auch Freud aufgefallen. . . . Die Symptome sind sowohl Ersatz von ansonsten auszutragenden Handlungen (Ersatzhandlungen oder Handlungsfragmente) als auch Ausdrucksweisen und -formen des unbewußten Konflikts (repräsentative Handlungsweise) (S. 81).

Funktionelle Syndrome

Die großen Hysterien und Angsthysterien des letzten Jahrhunderts, deren Symptomatik sich unter der Suggestion Charcots in der Salpêtrière reproduzieren und inszenieren ließ, sind zwar nicht zuletzt durch die sexuelle Revolution und durch die Aufklärung Freuds in unserer

Gesellschaft selten geworden. Auf der anderen Seite bestehen aber die gleichen angsthysterischen Symptome in den sog. *funktionellen Syndromen* weiter, deren immer subtilere Diagnostik die moderne Medizin in Zugzwang hält.

Der beunruhigte Patient, der nicht wissen kann, daß seine Beschwerden zum Ausdrucksfeld unbewußter Gemütsbewegungen gehören, veranlasst den Arzt, die Diagnostik zum Ausschluß einer verborgenen, womöglich malignen Erkrankung zu wiederholen. Hierbei ergeben sich häufig irgendwelche harmlosen Abweichungen, die jedoch wegen ihrer Mehrdeutigkeit zur Quelle neuer Beunruhigungen werden können oder Maßnahmen nach sich ziehen, die in keiner Weise geeignet sind, die neurotischen Ängste zu bessern. Die genauere Begründung hierfür ergibt sich aus der Struktur dieser Ängste und der Entwicklung eines Teufelskreises, bei dem sich Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Angst gegenseitig verstärken (v.Uexküll u. Köhle 1996, S. 655).

Diese Zusammenhänge beschreiben wir im Exkurs über die zentrale Stellung der Angst in der Psychoanalyse unter 9.1. Es gehört zu den grundlegenden Erkenntnissen Freuds, daß sich unbewußte Absichten auf ein äußeres Objekt oder auf dessen Abbild richten, wobei sich das letztere im eigenen Körper (als Selbstbild) einprägen kann.

Welche unbewußten Phantasien sich - im tiefen Sinn des Wortes verstanden - "einzubilden" vermögen, variiert von Fall zu Fall. Man ist allerdings gut beraten, bei *allen* Dymorphophobien - also bei allen Körperbildstörungen, bei denen irgendwelche Deformitäten oder Missbildungen, die tatsächlich *nicht* vorhanden sind, aber doch als solche erlebt werden - abgewehrte, also unbewußt gewordene aggressive Impulse zu vermuten (s. Kap. 5.5).

Diese regelmäßige Beobachtung wird verständlich, wenn man zur Kenntnis nimmt, daß bei Identifizierungen der Schatten aufgegebenen Objekte auch auf das *Körperbild* fällt, um Freuds bekannte Metapher zu modifizieren. Hierbei wird eine aggressive Auseinandersetzung, bei der dem Kontrahenten (dem "Objekt") ein vermeintlicher oder ein tatsächlicher Schaden zugefügt wurde, am eigenen Körperbild dargestellt, indem man sich partiell an die Stelle des anderen setzt. Dieser Prozeß kann einfachen Imitationen ebenso zugrunde liegen wie der mystischen Partizipation beispielsweise am Leiden Christi bei der Stigmatisierung.

Körperschema und Körperbild

Wegen der grundlegenden Bedeutung von *Körperschema* und *Körperbild* in der Krankheitslehre überhaupt erläutern wir im folgenden Abschnitt diesen Begriff, dem Joraschky (1983) eine umfassende Darstellung gewidmet hat.

Das Konzept des Körperschemas wurde in der Neurologie geprägt und diente Pick u. Head als Oberbegriff für bizarre Körperwahrnehmungen bei Patienten mit Gehirnläsionen. Head sprach vom "postural scheme" als Bezugsrahmen für die Körperwahrnehmung bzw. bezüglich der räumlichen Orientierung und Haltung. Das "postural scheme" von Head ist neurophysiologisch definiert: Der Gebrauch der Schemata durch den Menschen ist kein psychischer Vorgang, sondern findet auf der physiologischen Ebene statt (Head 1920, zit. nach Joraschky 1983, S. 35). Auch Schilder (1923) folgte zunächst der Definition von Head. Danach hat aber besonders dieser kreative Autor dazu beigetragen, daß der Begriff auf die subjektive Körpererfahrung, also auch auf das seelische und aus zwischenmenschlichen Interaktionen stammende Raumbild ausgedehnt wurde. Wir vereinfachen uns die Sache, indem wir uns an Schilder orientieren, der konsequent in die Theorie des Körperschemas psychologische und tiefenpsychologische Befunde integrierte, so daß er im späteren Buch *The image and appearance of the human body* vom "body image" sprach (Schilder 1935).

Vom Körperschema zum Körperbild - mit diesem Schlagwort wollen wir Entdeckungen Schilders hervorheben, die sich in der Psychoanalyse und in der psychosomatischen Medizin als ungemein fruchtbar erwiesen haben, wenn auch der Autor selbst, der nach Rapaport (1953, S. 7) zu den umfassendsten Denkern in der Geschichte der Psychiatrie gehört, selten zitiert wird. Deshalb wollen wir Schilder ausgiebig zu Wort kommen lassen, indem wir aus der unbekannt gebliebenen Veröffentlichung *Das Körperbild und die Sozialpsychologie* (1933) einige repräsentative Stellen wiedergeben. Wir heben thesenförmig *die* Auffassungen Schilders hervor, die von besonderer bedeutungstechnischer Relevanz sind: Körper und Welt sind Korrelatbegriffe.

Das Bewusstsein der Körperlichkeit, das 3dimensionale Bild unserer selbst, das wir in uns tragen, muß ebenso aufgebaut werden wie die Kenntnis von der Außenwelt. Es wird aus den taktilen, kinästhetischen und optischen Rohmaterialien immer wieder aufgebaut und konstruiert . . . Das erlebte Körperbild wird so zur Landkarte der Triebregungen (S. 368).

Schilder beschreibt kurz eine Patientin, die ihren Körper in Stücke zerfallen fühlte. Hiermit korrelierten Impulse, andere in Stücke zu zerreißen. Der Wunsch, gesehen zu werden, ist für Schilder ebenso ursprünglich wie der Wunsch zu sehen.

Eine tiefe Gemeinsamkeit besteht zwischen dem eigenen Körperbild und dem Körperbild der anderen. Wenn wir das eigene Körperbild konstruieren, probieren wir immer wieder aus, was dem eigenen Körper einverleibt werden könnte. Wir sind nicht weniger neugierig in Bezug auf den eigenen Körper als in Bezug auf den Körper der anderen. Wenn das Auge befriedigt ist, dann wünschen wir die Befriedigung des Tastens. In jede Öffnung des Körpers dringen wir mit den Fingern. Voyeurismus und Exhibitionismus haben die gleiche Wurzel. Das Körperbild ist ein soziales Phänomen. Aber menschliche Körper sind niemals in Ruhe. Sie sind immer in Bewegung. Die Bewegung des Körpers ist entweder Ausdruck oder Handlung, es ist der Körper einer Person mit Leidenschaften und Motiven (S. 371).

Nach der Beschreibung eines neurotischen Symptoms gibt Schilder die zusammenfassende Interpretation, daß der Patient in seiner Handlung gleichzeitig die Rollen mehrerer Personen spielte, und er sieht darin ein Beispiel dafür,

. . . daß im eigenen Körperbild die Körperbilder anderer enthalten sind. Aber diese müssen bereits dem Patienten gegeben sein, bevor er sie in das eigene Körperbild verschmelzen kann. Er lebt gleichzeitig in seinem Körper und außerhalb seines Körpers. Das eigene und das fremde Körperbild sind uns gleichzeitig gegeben. Das Körperbild ist nicht das Produkt einer Appersonierung der Körperbilder anderer, obgleich wir Teile derselben in unser Körperbild aufnehmen. Es ist auch nicht ein Produkt der Identifizierung, obgleich solche Identifizierungen unser eigenes Körperbild bereichern mögen (S. 373). . . . Das Körperbild ist nicht ruhend. Es ändert sich entsprechend der Lebenssituation. Es ist eine schöpferische Konstruktion. Es wird aufgebaut, aufgelöst und wiederum aufgebaut. In diesem ständigen Prozeß von Konstruktion, Rekonstruktion und Auflösung sind die Vorgänge der Identifizierung, Appersonierung und Projektion von besonderer Bedeutung (S. 375). . . . Aber das Gemeinschaftsleben ruht nicht nur auf Identifizierungen, sondern auch auf Handlungen, welche die andere Person als Person mit eigenem Körper zur Voraussetzung nehmen. Es bestehen zwei einander widerstreitende Tendenzen. Die eine nimmt den Nebenmenschen durch Identifizierung und verwandte Prozesse ins eigene Ich auf, die andere, nicht weniger stark und ursprünglich, setzt und akzeptiert den anderen als eine unabhängige Einheit. Diese soziale Antinomie hat die größte Tragweite (S. 375).

Die einprägsame Sprache Schilders hat den Leser gewiß auch an verschiedene Seiten seines eigenen Körperbilds erinnert. Die beständige Wechselwirkung zwischen dem eigenen Körperbild und dem anderer Personen geht selbstverständlich weit über das Vergleichen nach ästhetischen Gesichtspunkten hinaus. Zur erwähnten sozialen Antinomie gehört auch das Verhältnis von Nähe und Distanz. Von klinischen Beobachtungen ausgehend, hat Schilder auf wenigen Seiten einen Überblick gegeben, der die sozialpsychologischen Dimensionen der Körperbildentwicklung hervorhebt. Gemüts- und Ausdrucksbewegungen sowie Handlungsfragmente im Sinne hysterischer Symptome haben also stets eine enge Beziehung zu einem Aspekt des Körperbilds, der mehr oder weniger unbewußt ist.

Hand in Hand mit dem Aufbau des neurophysiologischen Körperschemas formt sich das Körperbild, das eine Fülle von bewussten und unbewußten Vorstellungsrepräsentanten in sich

vereinigt. Diese können zueinander passen, miteinander konkurrieren und sich übrigens auch über die körperlichen Funktionen, wie sie physiologisch gebahnt sind, also über das Körperschema hinwegsetzen. Wegen seiner vielen Schichten kann man das Körperbild mit einem Gemälde vergleichen, das mehrmals übermalt wurde, so daß sich auf derselben Leinwand Bilder befinden können, die zueinander passen - oder auch nicht. Bei diesem Gleichnis wäre die Leinwand als der tragende Grund das neurophysiologisch aufgebaute Körperschema oder noch allgemeiner das Körper-Ich Freuds. Im übrigen ist und bleibt die Person als Maler insofern Teil ihres Körperbilds, weil sie lebenslang an das gebunden ist, was da eingezeichnet wurde, und weil zwischen Idee und Abbild eine produktive oder eine destruktive Spannung herrschen kann.

9.3 Angstneurose

Herr Christian Y litt an einer so ungewöhnlich schweren, mit paroxysmalen Tachykardien einhergehenden Angstneurose, daß eine lange stationäre Unterbringung in einer internistischen Abteilung notwendig geworden war. Seine Selbstsicherheit war in den vorausgehenden Jahren stark abgesunken. Irgendwelche banalen Reize, und seien es auch nur geringfügige Veränderungen des Klimas im wörtlichen oder übertragenen Sinn, konnten die Angst zu einem Herzanfall steigern. Arbeitsunfähig ist der Patient an das Krankenhaus gebunden und auf dessen Rückhalt angewiesen.

Der Patient kann während der diagnostischen Gespräche nur mit Mühe seine Haltung bewahren. Er schildert, daß er seit Jahren von Unsicherheit und Ängsten gepeinigt werde. Er habe eine tiefe Existenzangst, sei träge und deprimiert und lebe eigentlich nur aus einem gewissen Verpflichtungsgefühl seinen Eltern gegenüber. Seit langem plane er den Selbstmord. Seine Sicherheit sei reiner Schein. Nur im Krankenhaus oder in dessen nächster Umgebung seien die Ängste und ihre körperlichen Auswirkungen auszuhalten.

Es wurde eine Angstneurose bei narzisstischer Persönlichkeitsstruktur diagnostiziert. In chronologischer Aufstellung läßt sich die Symptomvorgeschichte folgendermaßen darstellen:

Neben 2 erheblich älteren Stiefgeschwistern aus der 1. Ehe seines Vaters wuchs der Patient als ältester Sohn einer kinderreichen Familie auf. Die überängstliche und verwöhnende Mutter war dem Erstgeborenen besonders zugetan und bestimmte das Klima. Der Vater war als erfolgreicher Physiker während der Kindheit des Patienten mehrere Jahre aus beruflichen Gründen abwesend und auch danach wenig präsent.

Kindheit bis zum Schuleintritt (0-6 Jahre): Zahlreiche starke infantile Ängste. Der Patient wuchs in Abwesenheit des Vaters auf und entwickelte eine sehr enge Bindung an seine Mutter, die sich wegen seiner Ängste im Dunkeln oder beim Alleinsein im Laufe der Jahre verstärkte. Etwa im 4. Lebensjahr Rückkehr des Vaters. Im Zusammenhang mit Träumen, in denen der Patient durch böse Blicke eines Mannes oder durch dessen körperliche Bedrohungen (mit einer Kneifzange) bestraft wurde, verstärkten sich die infantilen Ängste.

6.-12. Lebensjahr: Eine ausgeprägte Schulphobie besserte sich unter der verwöhnenden Fürsorge der Mutter, die ihren Sohn während eines längeren Zeitraums auf dem Schulweg begleitete und ihm die Schulaufgaben abnahm.

12.-22. Lebensjahr: Tod des geliebten Großvaters an Herzversagen; klinische Untersuchung und Behandlung des Patienten wegen "Herz-Kreislauf-Beschwerden". Die von ihm erinnerte Diagnose, "er habe ein schwaches Herz", wurde mit der ärztlichen Empfehlung verbunden, daß der Junge geschont werden müsse. Damit ging eine kurze Phase sportlich-körperlicher Aktivität zu Ende mit Umschlag in Passivität und Abhängigkeit. Vom 12. Lebensjahr an war der Patient bei mehreren Ärzten wegen Angstgefühlen und Herzsensationen in Behandlung.

Die Verwöhnung durch die Mutter war an die Einhaltung ihrer Ideale durch den Patienten gebunden: So entwickelte sich ein überbraver, überangepaßter Junge, der Neugierde und Aktivität extrem einengte, um sich die Liebe der Mutter zu erhalten. Sein Rivalisieren mit 2 jüngeren Brüdern wurde unterdrückt. Seine Leistungen in der Schule blieben weit hinter dem zurück, was er aufgrund seiner guten Intelligenz hätte leisten können. Eine Konzentrations- und Arbeitsstörung war dadurch verdeckt, daß der begabte Junge jeweils mühelos das Klassenziel erreichte; solange er ohne Anstrengungen zum Ziel kam, fühlte er sich wohl. Schon die geringsten

Belastungen führten zu Unlust bzw. Angst und erschütterten sein brüchiges Selbstwertgefühl. Obwohl er sich durch seine Wohlerzogenheit überall beliebt machen konnte, erinnert der Patient keine Phase seines Lebens, in der er auf irgendeinem Gebiet mit sich selbst zufrieden war oder Sicherheit aus einer zwischenmenschlichen Beziehung hätte ziehen können.

Während der Pubertät versuchte er, sich mit starkem Willensaufwand von seiner Mutter zu befreien. Er erwies sich als unfähig, einen sportlichen Konkurrenzkampf bis zum Ende durchzustehen. Es gehörte zu einem seiner Verhaltensmuster, daß er kurz vor dem Sieg aufgeben mußte.

In bewusster Entschiedenheit versuchte der Patient, die prüden Ideale seiner Mutter über Bord zu werfen, ohne daß er seiner Erfolge bei Mädchen froh werden konnte. Seine Freundschaften hatten narzisstischen Charakter. Sie brachten ihm ebenso wie die Masturbation mehr Schuldgefühle als Befriedigung ein. Den letzten Rest von Selbstsicherheit verlor der Patient nach einer Zurückweisung durch ein Mädchen. Diese Kränkung führte zur Dekompensation und zu Herzängsten, die als irreparabler körperlicher Schaden erlebt werden.

Herr Christian Y mußte wegen der Symptomatik seine Ausbildung unterbrechen und ist arbeitsunfähig.

Kommentar:

Im nachhinein können wir feststellen, daß der behandelnde Analytiker sich bezüglich der Schwere der Erkrankung getäuscht hat. Bei der Gestaltung der Therapie wurde zu wenig berücksichtigt, daß sich Herr Christian Y noch in der spätadoleszenten Entwicklungsphase befand. Da für diese Altersgruppe das Macht-Ohnmacht-Problem besonders heikel ist, hätte die Behandlungstechnik stärker von "partnerschaftlicher Kooperation" durchdrungen sein müssen (Bohleber 1982). Darüber hinaus führte seine damalige Behandlungstechnik - die Analyse wurde Anfang der siebziger Jahre begonnen - zu systemimmanenten Fehlern, die sich ungünstig auswirkten. Beispielsweise war es verfrüht, dem Patienten zu empfehlen, Medikamente zu reduzieren oder wegzulassen. Auch hätte eine bessere Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten dazu beitragen können, die Sicherheit des Patienten zu erhöhen und die Zahl seiner Niederlagen, die zu einer weiteren Minderung der Selbstsicherheit und der Angstbereitschaft führen, zu verringern.

Zum äußeren Ablauf der Therapie sind folgende Stationen und Zeitpunkte hervorzuheben:

Die Analyse begann am Beginn der siebziger Jahre und wurde nach weit über 10jähriger Dauer und insgesamt etwa 1400 Sitzungen abgeschlossen. Wegen des Schweregrads der Angstneurose mußte Herr Christian Y länger als 1½ Jahre stationär behandelt werden. Von der 320. Sitzung an konnte er die intensive Therapie mit 5 Wochenstunden ambulant von einem Übergangsheim aus fortsetzen. Nach einiger Zeit war er in der Lage, den Weg in eine Praxis zu Fuß zurückzulegen und auf den Schutz eines Taxis, das ihn notfalls rasch ins Krankenhaus hätte bringen können, zu verzichten.

Nach etwa 3jähriger Behandlungsdauer konnte Herr Christian Y trotz bestehender Einschränkungen an einem anderen Ort eine berufliche Ausbildung beginnen und nach einigen Jahren erfolgreich abschließen. Vom Beginn der Ausbildung an und nachdem er sich beruflich qualifiziert hatte, wurde die Behandlungsfrequenz Schritt für Schritt reduziert, so daß sich die Anzahl von 600 Sitzungen auf die ersten 3 und die restlichen 700 Stunden auf die niederfrequente Therapie über viele Jahre verteilen. Wir überblicken also auch eine lange Katamnese. Der heute über 50jährige Mann ist beruflich seit Jahren sehr erfolgreich. Er hat eine Familie gegründet und ist mit Frau und Kindern glücklich, obwohl er immer noch Unzufriedenheit bezüglich seines mangelnden Selbstbewusstseins äußert.

Wir entnehmen dieser Analyse 4 Beispiele. Die im nächsten Abschnitt (9.3.1) vorgestellte 203. Sitzung stammt aus der stationären Behandlungsphase. In der 503. Sitzung erreichte die Lustlosigkeit und Arbeitsunfähigkeit einen Tiefpunkt, den wir unter dem Thema "Unlust als Es-Widerstand" unter 4.3 vorgestellt haben. Schließlich geben wir aus der Beendigungsphase der Analyse unter 9.3.2 und 9.3.3 2 Abschnitte wieder, die von Herrn Christian Y aufschlußreich kommentiert wurden.

9.3.1 Trennungsangst

In dem folgenden Ausschnitt wird die Intensität der zugrundeliegenden Trennungsproblematik an einem situativen Auslöser deutlich. Das Beispiel zeigt den Versuch des Analytikers, die gegensätzlichen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten herauszuarbeiten.

Im Umfeld der Stunde, die wir wiedergeben, hatte der Patient anlässlich eines Wochenendbesuchs bei den Eltern von seiner Anhänglichkeit an sie erzählt. Dieses Gefühl war ihm bis dahin noch nie so deutlich aufgefallen. Die Eltern fuhren zusammen mit Bekannten für einige Stunden weg; der Patient verspürte den deutlichen Wunsch, sie möchten doch dableiben, für ihn da sein und sich um ihn sorgen. Im Krankenhaus auf der Station kümmern sich 3 Ärzte sehr intensiv um ihn, nicht zuletzt, weil das Ausmaß seiner tachykarden Anfälle mit Beta-Rezeptorenblockern schwer zu beherrschen ist. Der Patient steht inzwischen - wohl als Folge der analytischen Therapie - der medikamentösen Behandlung zwiespältig gegenüber; er scheint sich auch mit der offen geäußerten Ansicht des Analytikers identifiziert zu haben, er solle nach Möglichkeit ohne medikamentöse Behandlung auskommen. Gleichzeitig verkörpert die medizinische Betreuung jene direkte Zuwendung, die er vom Analytiker nicht bekommt.

Der Patient kommt in die Stunde mit akuten Beschwerden.

P.: *Mir ist mulmig wieder, ich hab' so diese - so furchtbare Aufregung, Atemnot - was heißt Atemnot - Atemnot ist übertrieben, aber so wenig Luft und Herzbeschwerden. Ich habe jetzt überhaupt kein Medikament genommen, weil Sie das nicht wollen, aber - ich weiß nicht, was es ist, aber - na, na, wo gibt's denn so was. (Pause) Während ich diese Übelkeit hatte, ist mehrfach diese Sehnsucht, Sie bei mir zu haben, aufgetaucht, und dann konnte ich auch feststellen, daß ich dann wütend auf Sie war - wenigstens meinte ich das feststellen zu können, aber ich konnte nicht die Stärke zugeben. Ich bin ja wohl irgendwie wütend auf Sie. (Pause) Na komisch, jetzt denke ich plötzlich überhaupt nichts mehr, und die Beschwerden sind auch weg, und übriggeblieben ist der Ärger, daß ich so unbeherrscht war und geklopft habe, und die Ängste, daß ich Sie irgendwie indigniert habe.*

A.: *Aber das ist eine Angst, die offenbar viel geringer ist als das andere. Sind die Beschwerden wirklich weg im Augenblick?*

P.: *Hm, ja.*

A.: *Das zeigt ja, daß ein sehr enger Zusammenhang zwischen einer intensiven Wut und den Beschwerden besteht.*

P.: *Ja, und dann, wenn's mir immer so schlecht ist wie heute Mittag, da habe ich den Wunsch, nach irgend jemandem zu schreien. Ich muß mich da immer zusammenehmen, daß ich nicht schreie. Irgendwie nicht alleingelassen zu werden oder so was, fällt mir noch dazu ein.*

A.: *Und das war's ja gerade: verschlossene Tür: "Bitte nicht eintreten"; läßt er mich da heute womöglich auch wieder eine Viertelstunde warten.*

P.: *Na ja, das hätte ich diesmal nicht ausgehalten. Ich hab' vorher den Arzt kommen lassen und ihn gefragt; es war mir so mies. Jetzt hab' ich wieder heftiges Herzklopfen, fest, nicht schnell . . . Und diese Stimmungen sind es wohl, die mich begleiten, wenn ich von Ihnen oder von zu Hause weggehe. Allein dieses ganze Ungehaltensein lasse ich dann anscheinend an mir aus. Aber warum lern' ich nicht, daß das Blödsinn ist und zu nichts führt?*

A.: *Ja. Weil Sie nicht in dem Sinn schreien und toben und brüllen gegen mich, der Sie verlässt. Indem Sie das nicht tun, fühlen Sie sich doch sicherer - weil Sie ja meinen, sonst würde ich Sie erst recht verlassen.*

P.: *Vielleicht bin ich auch beruhigt dadurch oder verblüfft, weil Sie kein finsternes Gesicht gezogen haben; ich dachte nicht, daß Sie jemanden im Zimmer haben, sonst hätte ich nicht geklopft.*

A.: *Ja, Sie haben erlebt, daß ich nicht böse bin; das heißt, daß die Wut, die vor dem Anklopfen da war, keine schlimmen Folgen hatte; dann geht auch die Angst ein bisschen zurück; ja, er ist doch nicht indigniert, es ist viel milder gewesen, dann waren die Beschwerden weg, die Wut war weg, es ist nichts wirklich Schlimmes passiert.*

Kommentar: Am Ablauf des Geschehens wird folgendes deutlich: Der Patient kommt schon mit einer Unruhe von der Station und hat sich vorher von dem Stationsarzt die Versicherung geholt, daß nichts passieren könne. Dann kommt er vor das Sprechzimmer, und das Schild ist vorgezogen: "Bitte nicht eintreten". Er erlebt diesen Moment als abruptes Verlassenwerden, auf das sich eine reaktive Wut entwickelt, die, da sie ihr Ziel nicht erreichen darf, in den Beschwerden stecken bleibt.

Entscheidend ist, daß der Analytiker das auslösende Moment "der verschlossenen Tür" selbst einbringt und auch die befürchteten Konsequenzen für den Patienten ausmalt. Er übernimmt stellvertretend die Verbalisierung der aggressiven Phantasie und benennt das Motiv, weshalb der Patient nicht toben und schreien kann. Natürlich ist mit diesem ersten Schritt das Problem nicht gelöst, wenn es auch dem Patienten erstmals ad oculos demonstriert werden kann. Dies läßt sich am weiteren Fortgang der Stunde deutlich machen, in der ein Widerstand gegen die weitere Assimilation der vorwiegend vom Analytiker vorbereiteten Einsicht eintritt.

P.: *Jetzt krieg' ich schon wieder Angst, weil ich nicht weiß, ob ich das eben je begreife, daß da nichts passiert, wenn ich wirklich wütend bin.*

A.: *Na, gerade haben Sie's doch begriffen.*

P.: *Ja aber, hm - anscheinend weiß ich's nur, ohne in allen Winkeln meines Gehirns davon überzeugt zu sein.*

A.: *Ja, Sie möchten gerne von Minute zu Minute abgesichert sein durch meine freundliche Gegenwart.*

P.: *Ja, das habe ich mir drunten (auf der Station) auch dauernd vorgesagt, daß nichts passiert, wenn ich wütend bin. Aber das trägt keineswegs zur Milderung bei.*

A.: *Es steigert die Wut, wenn ich nicht da bin, und Sie möchten - was dann auch die Wut steigert - gerne, daß ich es Ihnen versichere, indem ich da bin und durch meine Haltung, durch mein freundliches Gesicht auch zeige, daß es so ist.*

P.: *Ja, auf diese Weise ist ja das Ganze bloß verlagert.*

A.: *Was meinen Sie mit "verlagert"?*

P.: *Na, jetzt ist es nicht mehr die Wut selber, die mir Kopfschmerzen macht, sondern die Frage der Gewissheit, daß wirklich nichts passiert. Sie haben es mir ja schon oft gesagt und gezeigt: Es passiert nichts.*

A.: *Ja, da kommt vielleicht etwas anderes herein: Sie möchten zwar, daß nichts passiert, aber damit werde ich auch zu dem Rechthaber, von dem wir gestern sprachen; es wäre unerträglich, wenn ich niemals aus der Rolle fallen, nie außer Rand und Band geraten und zeigen würde, daß ich auch getroffen bin.*

P.: *Na, da bin ich ja in einer bösen Zwickmühle.*

Kommentar: Da kann man dem Patienten nur zustimmen. Er befindet sich in einem für die Aufrechterhaltung von neurotischen Abläufen grundlegenden Dilemma, das als "maladaptive vicious circle" bezeichnet wird (Wachtel 1982; Strupp & Binder 1984; Tress 1997). Die Angst richtet sich darauf, verlassen zu werden, wenn heftige negative Gefühle sich gegen die primäre Bezugsperson wenden. Der daraus resultierende Wunsch, der andere möchte immer

freundlich und beständig sein, bestätigt aber bei seiner Erfüllung, daß die Differenz zwischen Kind und Mutter unüberwindbar ist. Diese Kränkung löst neue Aggressionen aus, die dann wiederum durch anklammernde Sehnsüchte beschwichtigt werden müssen. Wie hilft man einem Patienten aus dieser Zwickmühle heraus? Zunächst begründet der Analytiker nochmals das Dilemma.

A.: Was ich auch mache, es ist falsch. Wäre ich freundlich, wär's schlimm; bin ich ungerührt und nicht so freundlich, ist's auch schlimm.

Dann folgt ein Vorschlag, für sich zu erkunden, ob er in der Zwickmühle, indem er sich passiv behauptet, eine indirekte Befriedigung empfinde. Der Analytiker hat offenbar die Psychodynamik des sekundären Krankheitsgewinns im Sinn und hält dem Patienten zur eigenen Entlastung einen Machtkampf vor. Diese Deutung ist zwar theoretisch gut begründet, aber viel zu weit vom Erleben des Patienten entfernt, um ihn hilfreich erreichen zu können. Es ist verständlich, daß der Patient darauf in eine mürrische Stimmung verfällt. Lange Pausen treten auf, die nur mühselig und ohne viel Fortschritt in einen stockenden Dialog übergehen. Der Patient wird zunehmend ärgerlicher und wütender, daß wieder einmal nichts Neues passiert.

Um der Phantasie entgegenzuwirken, daß seine Aggressivität zu Objektverlust und Alleinsein führt, und um die Wochenendunterbrechung zu verkürzen, wird dem Patienten am Ende der Stunde eine zusätzliche Sitzung am Samstag angeboten, die er gerne wahrnimmt.

Nach einer längeren Pause räuspert sich der Analytiker.

A.: Hm?

P.: Nun, es ist mir nichts weiter eingefallen, als was ich schon sagte, daß, solange ich nicht vollständig überzeugt bin, daß Sie noch da sind, daß mir der Zweifel wieder die Angst machen wird. Ich habe ja . . .

A.: . . . ein starkes Mittel, mich endlich zu bewegen, mehr für Sie zu tun als dazusitzen und nur etwas zu sagen - gerade am Freitag, wenn das Wochenende kommt, wirklich mehr zu tun.

P.: Ja, aber dazu fällt mir auch nur wieder Wut ein. Das ist doch wieder dasselbe wie vorher. Die Wut, daß ich allein bin, immer alleingelassen. Oder ich versteh' nicht, vielleicht wollten Sie mir was anderes zeigen.

A.: Nein, es ist nichts Neues, aber das ist ja gerade der Punkt, daß wieder nichts Neues passiert, wieder nur Worte.

P.: Da gibt's wohl offensichtlich nichts weiter dazu zu bemerken. Ich bin unnützlich, wütend darüber, das ist alles.

A.: Unnützlich? Das weiß ich nicht. Sie sind wütend.

P.: Ja, und ich kann's nicht mal richtig zeigen. Wahrscheinlich bin ich sogar ziemlich wütend; aber ich rede ja so verdächtig gleichgültig.

Kommentar: Die Durststrecke scheint überwunden, der Affekt in der Stunde kann jetzt vom Analytiker kategorisch festgestellt werden, wobei er eine - u. E. zu schwache - Unterscheidung nahe legt zwischen dem "unnützlich" und dem "wütend". Der Wutaffekt ist jetzt direkt auf den Analytiker gerichtet und kann von beiden akzeptiert werden. Wichtiger Wendepunkt in der Stunde ist die Einbeziehung des Umstands, daß es sich um eine Freitagsstunde handelt - angesichts der Tatsache, daß der Patient 5mal pro Woche zur Stunde kommt und das Wochenende allein in der Klinik verbringen wird, ein bemerkenswertes Phänomen. Denn für das unbewußte Erleben des Patienten ist der Analytiker dadurch der ihn Verlassende, auf den wütend zu sein er mehr als berechtigt ist.

A.: Hm, Sie sind ja auch froh, daß die Angst, mit der Sie reinkamen, fort ist. Es ist ja auch Freitag, und Sie möchten im Guten auseinandergehen heute.

P.: *Na, wir hatten uns ja darauf geeinigt, daß es nichts Schlimmes ist, wenn ich einen Wutausbruch kriege.*

A.: *Ja.*

P.: *Im Gegenteil, ist ja willkommen!*

A.: *Sie sind davon nicht so ganz überzeugt.*

P.: *Sehen Sie, und darum ging's mir ja. Warum bin ich nicht überzeugt, und wie überzeug' ich mich davon?*

A.: *Ja, das möchten Sie nicht, daß Sie sich selbst davon überzeugen. Ich soll Sie davon überzeugen, das ist der Punkt.*

Kommentar: Mit dieser Übertragungsdeutung benennt der Analytiker ein Motiv für das Festhalten des Patienten an seiner Angst; er verweigert die Autonomie und kämpft dadurch um die dyadische Verwöhnung: Nicht er selbst, sondern der andere soll ihn überzeugen, womit er in einer Position ist, bei der er immer gewinnen kann, weil diese Überzeugungsarbeit wie eine Sisyphusarbeit nie zu Ende gehen wird. Hier gilt es, den Patienten zum Verzicht, zum Aufgeben seiner kindlichen Ansprüche zu bewegen. Diese Position wird nun nochmals bezüglich der Rolle des Stationsarztes im Umfeld der Stunde geprüft:

A.: *Sie haben dann den Stationsarzt gerufen, um zu fragen, ob Sie gehen könnten, ob er meint, Sie könnten's schaffen, oder wie?*

P.: *Nein, ich wusste nicht mehr ein noch aus, nicht, ganz einfach. Ich konnte nicht mal mehr den halben Gang (auf der Station) marschieren, da hatte ich schon so viel Angst und Herzbeschwerden.*

A.: *Sie haben trotzdem nichts genommen?*

P.: *Sie sagten ja, ich soll nichts nehmen.*

A.: *Ja. Was ich nicht absolut meinte, das wissen Sie ja.*

P.: *Ja, ja, sicher.*

A.: *Es ist wichtig, daß Sie meinetwegen kein Mittel nahmen. Ich weiß nicht, ob Sie's wirklich aushalten; vielleicht war es auch ein Test, ob Sie mir soviel Glauben schenken können, daß Sie es probieren können?*

Kommentar: Die Idee des Testes bringt die Zwiespältigkeit des Patienten ins Spiel; soll er lieber den Stationsärzten vertrauen, oder soll er dem Analytiker blindlings folgen? Ist es ein Vertrauensbeweis ungerechtfertigter Art, oder prüft er die Reaktion des Analytikers, wenn er den ihn betreuenden Stationsarzt ins Spiel bringt. Hier scheint beim Analytiker zuviel des Glaubens an seine Worte im Spiel zu sein.

P.: *Hm, davor hätte ich zuviel Angst. Vielleicht - aber es kommt mir fremd vor. Na, ich hatte da wirklich die Angst, was zu verpfuschen. Aber jetzt wird's mir wieder schlecht.*

A.: *Ja, es geht auch dem Ende der Stunde zu, so daß wahrscheinlich auch wieder die . . .*

P.: *. . . Angst kommt.*

A.: *Und die Sehnsucht wächst, mehr mitzunehmen heute.*

Kommentar: Herr Christian Y hat zwar eine Gratifikation in Form einer Extrastunde an einem Samstag erhalten, und insofern kann er sogar viel mitnehmen. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Analytiker liegt allerdings die Vermutung nahe, daß dieser ihm ein Sonderangebot auch aus dem Gefühl heraus gemacht hat, dem Patienten in dieser Stunde nicht gerecht geworden zu sein. Tatsächlich wurde Herr Christian Y beispielsweise in einen Loyalitätskonflikt zwischen den Ärzten gebracht, und er hat beim Versuch, die Medikamente zu reduzieren, um dem Analytiker einen Gefallen zu tun, eine Niederlage erlitten. Es ist also

eine erneute Traumatisierung als Wiederholung von Hilflosigkeit im Sinne der psychoanalytischen Angsttheorie eingetreten. Auch der letzte Satz fördert eher die Hilflosigkeit, als daß er aus ihr herausführt. Denn wenn die Sehnsucht wächst, mehr mitzunehmen, ohne daß ein Patient etwas tun kann, um mehr zu bekommen, erhöht sich das Gefühl der Machtlosigkeit. Einige Aspekte der Trennungsangst werden überzeugend herausgearbeitet, aber es scheint eher eine gewisse Ratlosigkeit auf beiden Seiten darüber zu herrschen, wie der Patient aus dem Dilemma herauskommt.

9.3.2 Beendigungsphase

Nach über 10jähriger Dauer diente die Beendigungsphase dieser Behandlung v. a. der Korrektur von Fehlern, die der Analytiker aufgrund falscher diagnostischer und therapeutischer Vorstellungen gemacht hatte. Obwohl es sich auch um fallspezifische Fehleinschätzungen handelt, geht es uns um die Wiedergabe typischer Probleme, die der behandelnde Analytiker auf sein Verständnis der Technik zurückführt, wie er es vor mehr als 30 Jahren hatte. Durch seine Kritik rückte Herr Christian Y also nicht nur einiges zurecht, was in der Behandlung schiefgelaufen war. Er öffnete seinem Analytiker die Augen für systematische Fehler.

Es geht hier nicht um einen Rückblick mit dem Ziel einer historischen Erklärung. Denn in einer noch laufenden Analyse stehen stets der Augenblick und die Aufgabe im Mittelpunkt, durch neue Formen des Austauschs und des Nachsinnens doch noch zu therapeutisch wirksamen Erkenntnissen zu gelangen.

Herr Christian Y äußert den Verdacht, daß ich durch positive Übertragungsdeutungen nicht nur sein Bild, seine Vorstellungen von der Vergangenheit zu ändern versucht, sondern ihn auch noch dazu eingeladen hätte, mich durch phantasievolle Wünsche auszus schmücken und somit zu verwechseln. Ungefähr wörtlich sagte der Patient:

P.: Ich hatte immer den Verdacht, daß Sie versuchen, unter Benutzung dieser Figur des "Anderen", dem Sie durch diese oder jene Frage Gestalt gegeben haben, die Vergangenheit zu ändern, also die Erinnerung an die Mutter, die überwiegend eine negative ist, umzudrehen, um sie mit positiven Vorzeichen zu versehen. Der Patient ist ja in einer beschissenen Situation. Er ist aufgrund des Verwechselns, was Sie wohl Übertragung nennen, eben dumm dran. Er bezieht beispielsweise die Liebeserwartung auf Sie, und wenn Sie dann so daherreden, dann weiß ich zwar intellektuell, daß ich von Ihnen nicht geliebt werde, aber ich bin ohnedies in der Gefahr, mir in der Phantasie da was draus zu machen. Ich habe nie behauptet, ich sei nicht geliebt worden oder könne in Zukunft nicht geliebt werden. Das haben Sie offensichtlich missverstanden. Im Gegenteil, die Mutter hat mich so mit Liebe überschüttet, daß es mir für mehrere Leben reichen würde. Aber es war ausgespart, was für mich wichtig gewesen wäre und was heute für mich wichtig ist. Da habe ich nichts außer der alten Ablehnung. Die von mir gesuchte Bestätigung fehlte bezüglich der Sexualität und der Aggressivität, und deshalb habe ich Angst vor allem, was mir am Herzen liegt.

Es kommt dann zu einem klärenden Gedankenaustausch, der auf die Feststellung hinausläuft, daß der Patient nicht das ist, was er sein will, sondern eine Art Scheinbild seiner selbst. Aber seine Ängste haben nicht zugelassen, etwas mehr von dem zu wollen und zu sein, was ihn von dem unterscheidet, zu dem ihn die Mutter gemacht habe.

Kommentar: Es liegt nahe, bei diesem Gedankenaustausch an das falsche und an das wahre Selbst von Winnicott zu denken. Hervorzuheben ist, daß der Patient wegen seiner

elementaren Ängste kaum eine spontane Bewegung hatte vollziehen können, die er als seine eigene ich- oder selbstbezogene echte Handlung erlebte.

Herr Christian Y kommt dann auf jene Phase der Therapie zu sprechen, die im Sitzen verlief.

P.(rückblickend): *Wenn ich Sie sehe, dann wird oder wurde verhindert, daß mir die Phantasie entgleitet, dann kann es nicht so leicht zum Verwechseln kommen.*

A.: *Nicht nur, daß ich Ihnen entgleite, sondern Sie sich selbst.*

P.: *Was gemeint ist, ist klar.*

Kommentar: Der Analytiker hatte sich in früheren Phasen der Therapie davon leiten lassen, daß die Mutter des Patienten, der als Erstgeborener während der langen Abwesenheit des Vaters ihr Liebling war, seiner Vitalität gegenüber nicht nur eine negative Einstellung gehabt haben dürfte. Nun zeigte es sich freilich, daß Herr Christian Y Deutungen, die mit dieser Zielrichtung gegeben worden waren, als einen Versuch verstanden hat, die Vergangenheit zu verklären, und zwar im Sinne einer korrigierenden retrospektiven Einbildung, also einer Art von Selbsttäuschung. Alle vorsichtigen, konjunktivischen Deutungen, die zum Nachdenken anregen sollten, wie beispielsweise, ob es nicht auch sein könnte, daß seine aggressiven oder libidinösen Impulse hier und da positiv aufgenommen würden, erregten seinen Verdacht. Er könnte ja zum Verwechseln animiert und somit durch Selbsttäuschung, durch Einbildung geheilt werden.

Der Conjunctivus irrealis

Zur Bedeutung des Conjunctivus irrealis in der psychoanalytischen Praxissprache, dessen Verwendung sich bei vielen anderen Patienten eher günstig auswirkt, sind einige Anmerkungen am Platz. Dieser Modus ermöglicht uns, das zu benennen, was *nicht* ist. Diese eigene Verbform für das lediglich Vorgestellte nennt Arno Schmidt "eine innere Auflehnung gegen die Wirklichkeit" oder "sogar ein linguistisches Misstrauensvotum gegen Gott: wenn alles unverbesserlich gut wäre, bedürfte es gar keines Konjunktivs". Albrecht Schöne schreibt über die Rolle des Konjunktivs bei Lichtenberg, daß dieser Modus destruktive Potenz mit produktiver Energie verbinde (zit. nach Schneider 1987, S. 296). Kein Wunder also, daß sich in der psychoanalytischen Praxissprache der Conjunctivus irrealis großer Beliebtheit erfreut und daß Ausdrücke wie "was wäre, wenn . . ." oder "könnte man nicht . . ." oder "ich könnte mir denken, daß . . ." oder "wäre es nicht möglich, daß . . ." der indikativischen Ausdrucksweise, mit der festgestellt wird, was ist oder sein sollte, vorgezogen werden. Wir benützen den Konjunktiv der Unwirklichkeit (im Unterschied zum Konjunktiv der indirekten Rede) mit der Absicht, die unbewußten Möglichkeitsformen zu beleben.

Gehemmte und durch zwanghafte Über-Ich-Formationen eingeschränkte Menschen ziehen aus vorsichtigen Anregungen eine Ermutigung, die ihnen im übrigen ausreichend Spielraum für die eigene Wahl läßt. Diese Vorsicht ist am Platze, um keinen Trotz zu wecken. Ganz anders ist es bei jener großen Gruppe von Patienten, bei denen die Grenzen leicht verschwimmen und die deshalb verzweifelt nach Sicherheit und auch sprachlichem Halt in klaren Feststellungen suchen. Zu dieser Gruppe gehört auch Herr Christian Y, dessen Analytiker erst von ihm gelernt hat, daß der Irrealis eine destruktive Potenz hat, wenn er keinen starken Widerpart im Indikativ hat. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß der Patient über einen längeren Zeitraum die Feststellungen seines Analytikers auswendig lernte, was als Idealisierung missverstanden worden war.

Erst langsam stellte es sich heraus, daß dem Patienten wegen der extremen Emotionalisierung durch die Mutter positive Gefühle sehr verdächtig waren. Deshalb suchte

er eine nüchterne und klare Sprache und eine Bestätigung seines Denkens und Handelns aus einer gewissen Distanz, um eine partielle Identifikation mit dem Analytiker vollziehen zu können.

Der Patient formuliert nun ärgerlich, daß er oft versucht habe, mich davon zu überzeugen, wie wesentlich die klare und eindeutige Bestätigung und Anerkennung für ihn sei, um den katastrophalen Mangel an Selbstgefühl zu beheben.

Im Laufe weiterer Gespräche bildet sich eine gute Übereinstimmung zwischen den beiden am analytischen Prozeß Beteiligten aus. Der Dialog läuft nicht nach Rede und Gegenrede ab.

P.: *Ihre Sätze waren bewußt so gemacht, daß sie keinen Durchgriff auf Sie erlauben.*

Tatsächlich interessiere er sich ja kaum für meine persönlichen Lebensumstände, wohl aber dafür, was ich über ihn denke und von ihm halte. Herr Christian Y macht darauf aufmerksam, wie wichtig es für ihn ist, den Kontext kennen zu lernen, in welchem Interpretationen stehen, um auf diese Weise mein Fühlen und Denken über ihn kennen zu lernen.

P.: *Ich habe Ihnen immer vorgeworfen, daß Sie hinter mir sitzen und sehr viel mehr denken als Sie bekannt geben, und das leitet zu einem weiteren Punkt über. Mich hat ja immer ungleich viel mehr interessiert, was Sie denken, ohne es zu sagen. Was Sie sagen, sind dann irgendwelche Interpretationen, Sie stricken irgendwelche Phantasien von mir fort oder entwickeln eigene, benutzen irgendwelche Bilder. Ich will das nicht, ich hab' das nie gewollt, ich hab' da versucht, Ihnen klar zu machen, daß Ihnen das nicht erlaubt ist. Ich will sozusagen Ihre Randbemerkungen wissen. Die eröffnen eigentlich ein unmittelbares Gespräch über mich. Ich weiß nicht, was verwechseln oder was übertragen ist. Ich bin der Auffassung, daß es sich deutlich unterscheidet von dem, was ein gesunder Mensch normalerweise macht, und ich habe dann Angst, wenn ich Sie verwechsle, daß Sie sich in den Phantasien lebendig machen, indem Sie irgendwelche Phantasien anregen, das ist keine Realität, ich will aber Wirklichkeit. Wenn Sie Bilder verwenden, habe ich auch einen unschönen Verdacht. Ich bilde mir ein, Sie wollten mir da suggerieren, es handle sich um ein Stück gelebtes Leben.*

Ich stimme dem Patienten zu, daß der Einblick in die den Deutungen zugrundeliegenden Zusammenhänge tatsächlich eine kritische Nachprüfung erlaubt, und zwar insbesondere dann, wenn Für und Wider auch im Dialog argumentativ abgewogen werden. Von der präzise diskutierbaren Gedankenwelt interessieren den Patienten besonders meine positiven Auffassungen zu seiner Sexualität und Aggressivität.

Tatsächlich hatten viele Deutungen, die im Laufe dieser Behandlung gegeben worden waren, die theoretische Annahme zum Hintergrund, daß die neurotischen Ängste des Patienten vorwiegend aus der Objektverlust- bzw. Liebesverlustangst stammen. Herr Christian Y kritisiert diese Deutungslinie nun sehr heftig.

P.: *Ich bin wütend, da haben Sie gesagt, ich hätte die Angst, die Liebe der Mutter zu verlieren, und könnte mir dann wegen der Angst auch nicht vorstellen, daß trotz der Wut noch etwas übrig bleibt an Zuneigung und nicht alles verloren ist. Ich habe das als Anreiz verstanden, daß ich eben das Bild der Mutter, das ich in meinem Kopf habe, das alte Denkmal so variieren soll, daß da jetzt eben eine bessere Mutter auftaucht, und ich habe Ihnen ja damals auch immer vorgeworfen, daß ich mir die Vergangenheit nicht ändern lasse, gleichgültig ob jetzt die Mutter tatsächlich so böse war oder ob sie nur wegen meiner eigenen Wut so böse erschienen ist. Für mich steht fest, und das lasse ich mir auch nicht variieren, daß sie dieses und jenes abgelehnt hat.*

A.: *Also, wenn da etwas variiert würde, dann würden Sie sich belügen.*

P.: *Ja, dann würde ich mich belügen, und ich habe Ihnen auch immer wieder vorgeworfen, daß Sie mich zum Selbstbetrug anstacheln.*

A.: *Aber könnte es nicht sein, daß Sie trotz Ihrer Wut noch gerngehabt werden und kein totaler Liebesverlust eintritt? Wenn es auch zuviel verlangt ist, daß Sie in demselben Augenblick, in dem Sie Schmerzen zufügen, vom anderen auch noch Zuneigung empfangen.*

Dem Patienten wird daraufhin dem Sinn nach die Theorie der Objektverlustangst als Folge der unbewußt wirksamen Wut erklärt.

A.: *Sie hatten, so meinte ich, die Angst, daß Ihre Wut so riesig ist, so gewaltig, daß alles kaputtgeht und auch jede Zuwendung aufhört, weil tatsächlich im Leben der Angegriffene i. allg. wieder zurückschlägt und ein Kampf entsteht, bei dem Sie befürchteten kaputtzugehen, kaputt gemacht zu werden, und es auch mir zu viel würde und ich aufgebe und aufhöre.*

P.: *Wissen Sie, ich habe ein vollkommen anderes Konzept, daß ich also nicht so sehr unter dieser oder jener Verschränkung von Angst und Wut etc. leide, sondern daß meine Krankheit eine Mangelkrankheit ist. Es ist zwar richtig, die Angst ist weniger geworden, seitdem mir auch meine grenzenlose Wut deutlicher wurde. Es ist mir klargeworden, daß die Wut, die in mir existiert, allein nicht ausreicht, um eine Katastrophe auszulösen, und ich habe hier die Freiheit, im Sinne, sagen wir, einer erweiterten Phantasie über Wut zu reden oder wütend zu sein. Ich weiß, es passiert nichts, aber was ich dabei nicht lerne, ist, mich mit der Wut wohl zu fühlen. Inzwischen habe ich die mehr oder minder große Wut abgelegt oder mindestens sehr weit herabgesetzt, und an diese Stelle ist die Trauer getreten und ich habe mir den Ast mit der Trauer abgesägt.*

Herr Christian Y kommt dann auf die Lust zu sprechen und darauf, daß es darum gehe, die Lust mit dem Baum zu verbinden. Ich frage: "Wie kann also der *Mangel*, den Sie gerade nochmals in den Raum gestellt haben, Ihrer Meinung nach ausgeglichen werden?"

Herr Christian Y weist die Frage an mich zurück mit dem Hinweis, das sei doch mein Fach, das wisse er doch nicht. Es sei klar, daß es nicht durch eine Veränderung der Erinnerung gehen könne. Nach einer längeren Schweigepause bekenne ich meine Ratlosigkeit, wie dieser Mangel heute ausgeglichen werden könnte. Ich mache den Patienten dann darauf aufmerksam, daß er, der Patient, etwas korrigiert habe, und zwar das therapeutische Denken und Handeln.

A.: *Könnte meine Anerkennung der Klarheit Ihrer heutigen Kritik zum Ausgleich des Mangels beitragen? Sie haben ja einen Zuwachs an Selbstsicherheit mir gegenüber erlebt und verwirklicht.*

Der Patient schwächt sofort ab.

P.: *Mir geht es immer um das Verhältnis zur Außenwelt.*

A.: *Ja, und v. a. um die Anerkennung, und eine solche habe ich doch gegeben.*

Kommentar: Die Aufarbeitung vergangener Fehler wird in den folgenden Stunden und in der langen Beendigungsphase fortgesetzt. Besonders nachteilig hatte es sich ausgewirkt, daß der Analytiker den intelligenten und an seinem Denken interessierten Patienten entmutigt hatte, auch abstrakte Überlegungen anzustellen und beispielsweise die Bedeutung des Begriffs Ambivalenz durch Diskussion in der Stunde aufzuklären. Daraus hat Herr Christian Y den Schluß gezogen, daß alles, was mit abstrakter Überlegung und mit analytischem Denken zu tun hat, für ihn eben tabu war. Bei seinen Tabuverletzungen hatte er Angst, etwas Unerlaubtes zu tun.

A.: *Es ist also schlicht ein Fehler gewesen, Sie nicht mehr an meinem Denken teilhaben zu lassen.*

P. (auch um mich zu entlasten): *Ja, man überblickt eben oft die Konsequenz nicht.*

A.: *Ja, aber es hatte die Konsequenz, daß Sie in Ihrem Bemühen, meinen Denkfiguren näherzukommen und Zusammenhänge zu begreifen, behindert wurden.*

P.: *Die weitere Folge war, sagen wir, daß ich Sie für unaufrichtig gehalten habe, weil ich annahm, daß Sie zwar sagen, was Sie denken, aber vieles denken, was Sie nicht sagen.*

Kommentar: Hier findet das anhaltende Misstrauen des Patienten seine Begründung. Warmherzigkeit, Toleranz und Einfühlsamkeit waren dem Patienten verdächtig. Der Patient räumt ein, daß es auch aus praktisch therapeutischen Gründen unerlässlich ist, daß der Analytiker unter einer Reihe von möglichen Gedanken und Äußerungen auswählt. Das Thema der Selbstsicherheit und seines mangelhaften Selbstwertgefühls als Grundlage seiner Ängste rückt erneut in den Mittelpunkt.

P.: Ich habe ja versucht, Ihnen zu sagen, daß mir Toleranz und dergleichen im Grunde nichts nützt. Sie zu verwechseln, kann nichts Echtes sein. Es ist für mich nur eine Art erweiterter Phantasie, aber nichts Wirkliches. Das Echte wäre, zur Wirklichkeit draußen zu gelangen oder zu dem, was Sie denken, zu dem habe ich ja eine echte Beziehung. Da kann die Gefahr der Verwechslung vermieden bzw. Verwechslungen können aufgeklärt werden. Ja, da bin ich ungeheuer neugierig, das will ich wissen.

A.: Ja, meine Anschauungen, meine Auffassungen, mein Denken unterscheidet sich ja von den Denkweisen Ihrer Eltern. Da kommt also das Neue, das andere herein.

Daraufhin kommt Herr Christian Y erneut auf Schwierigkeiten zu sprechen, die sich aus dem Verwechseln, also aus der Übertragung ergeben haben. Er erinnert lebhaft eine lange zurückliegende Stunde, in der er sehr wütend war und ich in einem gereizten Ton geantwortet hatte.

P.: Das war dann eine gewaltige Enttäuschung, jetzt war ich mal wütend und habe gewissermaßen dann wieder eins draufgekriegt. Ich habe das bis heute wirklich nicht begriffen, wie etwas, worin ich Sie verwechsle, mit etwas zu tun haben könnte, was von Ihnen kommt, wenn Sie doch gar nicht betroffen sind. Ich sehe nicht die Brücke zwischen dem, was ich hier tue, indem ich Sie verwechsle, und dem, was möglicherweise von Ihnen kommt. Allerdings habe ich Eigenschaften Ihrer Person, von denen Sie hier Gebrauch machen, immer als weit vorgeschobene Brückenköpfe verstanden, von denen aus Sie operieren, auch wenn Sie sich als Person in einer großen Entfernung dahinter befinden und für mich schwer kalkulierbar geblieben sind. Es ist mir im Grunde auch wurst, was ich von Ihnen weiß. Wesentlich ist die Frage des Vertrauens und die Nachvollziehbarkeit.

A.: Ja, ja, weil - sagen wir es abgekürzt - ich bin ich und Sie sind Sie, es muß sich nicht decken, was meine Ziele sind und was Ihre Ziele sind.

P.: Die Gemeinsamkeit muß woanders gefunden werden. Ich habe mich ja, seit mich diese Frage der Bestätigung beschäftigt, darum bemüht, sagen wir, Sie in eine exzentrische Position zu drängen, so daß Sie nicht mehr der Verwechselte sind, daß Sie aber gleichwohl etwas zu dem sagen könnten, was ich mache, woraus ich dann vielleicht eine wie auch immer geartete Stärkung beziehen könnte. Das haben Sie aber aus Gründen, die ich nicht weiß, vermieden. Wenn ich von Wut rede, sind Sie dem, dem ich auf die Zehen trete, immer noch sehr ähnlich. Daß das ein schwer lösbares Problem ist, ist mir klar. Würden Sie aber in jener dritten Position etwas sagen, könnte ich vielleicht einen Gewinn daraus ziehen, wenn ich mich mit dem, was ich von Ihnen höre, identifizieren könnte. Das setzt voraus, daß Sie Position beziehen und nicht freischwebend herumreden, wie ich das nenne, und es dem Patienten überlassen, sich vorzustellen, welche Ansicht er hat. Ich behaupte ja auch immer, daß Sie in dem, was Sie sagen, nicht selbst zum Ausdruck kommen, weil es ja immer auf den Horizont des Patienten bezogen ist.

Ich gehe auf die "exzentrische Position" als Erfindung des Patienten anerkennend ein und benenne die Vorteile dieser Position.

A.: Sie macht es Ihnen und mir leichter, nicht jene großen Ängste zu haben, die beim Verwechseln da wären und ja auch dagewesen sind, wenn Sie befürchtet und erwartet haben, daß ich genauso reagiere wie die Mutter oder der Vater oder ein Lehrer oder irgend jemand. Es haben sich immer wieder in Ihrem Leben Wiederholungen abgespielt, also Verwechslungen.

P.: *Nur schauen Sie, wenn man diese Angst abstreift, die Strafangst und dergleichen mehr, es bleiben ja die Folgen der Strafen übrig.*

Kommentar: Der Patient meint damit die Auswirkungen der Verinnerlichungen seiner Erfahrungen in anhaltenden Über-Ich- und Sozialängsten und den daraus resultierenden Verhaltensschwierigkeiten mit einer schweren Einbuße der Selbstsicherheit und des Selbstwertgefühls.

Es geht dann darum, ob ihn eine exzentrische Position des Analytikers davor bewahre, beispielsweise Aggressionen und Kränkungen gegenüber empfindlich zu sein. Der Patient hat als sehr scharfer Beobachter zumal in den Zeiten der sitzenden Therapie am Gesicht des Analytikers sehr viel abgelesen, was ihm als Bestätigung der Bösartigkeit seiner Aggressivität diene.

A.: *Die exzentrische Position ermöglichte, daß der Schmerz erträglich und Ihre Aktionen auf diese Weise tolerabel bleiben.*

P.: *Nun schauen Sie, ich habe ja keinen vernünftigen Grund, Ihnen auf die Zehen zu treten oder Sie sonst wie zu treffen.*

A.: *Aber ich habe Ihnen einiges angetan, ich habe vieles versäumt, ich habe manches verpasst, ich habe Fehler gemacht, Ihre Gesundung verlief nicht optimal, Sie können immer noch nicht ganz zufrieden Ihrer Wege gehen.*

P.: *Nun, es käme auf den Fehlerbegriff an, das hab' ich Ihnen schon früher gesagt, und zweitens können Sie nicht mehr schaden als ich schon als Schaden mitgebracht habe. Ich habe Ihnen auch damals keine Vorwürfe gemacht, es geht nur über die exzentrische Position, ich schwöre Ihnen, daß ich nichts (ohne rationale Klarheit, meint der Patient) annehme, das löst sofort eine Vielzahl von Ängsten aus, weil ich das Verwechseln als nichts Echtes ansehe. Es geht darum, daß ein ursprüngliches, gutes Gefühl in Sachen Wut nicht erzeugt werden kann. Angst und Wut lassen sich reduzieren, und durch das gute Gefühl läßt sich die reale Angst eher ertragen. Das ist eine Frage der inneren Bilanz, aber wo ich hinstrebe, ist, ein gutes Gefühl zu erzeugen. Das gute Gefühl, das haben Sie mal erwähnt, aber es taucht viel zu wenig auf in der Behandlung. Seitdem rede immer nur ich davon.*

Der Patient kritisiert den Analytiker, daß er die *exzentrische Position* nicht eindeutig genug einnehme und sich eher als ein Winkelried verhält, der die Speere auf sich vereinigt und so tut, als würde er es tolerieren, was ihm, dem Patienten freilich ermögliche, in den Sitzungen wütend zu sein. [Arnold Winkelried soll in der Schlacht bei Sempach (1386) ein Bündel feindlicher Langspieße mit den Armen umfaßt, sich in die Brust gedrückt und so den Eidgenossen eine Gasse in das österreichische Ritterheer gebahnt haben.] Statt dessen fordert der Patient klare Aussagen, daß der Analytiker seine Sexualität und seine Aggressivität ausdrücklich gutheiße und es auf dieser Ebene zu einem Konsens komme. Er kommt zu einer zusammenfassenden Folgerung.

P.: *Dann könnte ich mich mit dem, was Sie sagen, identifizieren, aber nicht, weil Sie selbst das Objekt sind, das scheinbar obendrein auch noch gesucht wird. Ich habe dies als eine Unehrlichkeit empfunden.*

A.: *Ich bin also ein Objekt zum Verwechseln geworden. Dadurch, daß ich mich als Scheinobjekt aus einer exzentrischen Position heraus anbiete, konnte ich Ihnen zu wenig zeigen, daß Sie Ihrerseits auch zu diesem Scheinobjekt eine exzentrische Position haben.*

P.: *Ja, man kann es vielleicht so sagen.*

A.: *Wir sind über die exzentrische Position miteinander verbunden und identifiziert, und das könnte vielleicht zur klareren Erkenntnis im einzelnen bzw. einer größeren inneren Sicherheit und Echtheit führen.*

P.: *Mag sein, ja, sofern streng auseinander gehalten wird, was Verwechslung und was real ist.*

A.: Mir ist jedenfalls heute etwas klarer geworden, wie wesentlich die exzentrische Position ist, um Distanz zu den Verwirrungen, Wiederholungen und Verwechslungen zu finden und damit zu Anerkennung und Sicherheit.

Stellungnahme von Herrn Christian Y

Dankenswerterweise hat Herr Christian Y eine ausführliche Stellungnahme zu den unter 9.3.2 und 9.3.3 abgedruckten Berichten gegeben. Zum Zeitpunkt der Lektüre waren die Sitzungsprotokolle selbstverständlich noch unkommentiert, so daß die aufschlußreichen Ausführungen von Herrn Christian Y sich auf die originalen Transkripte stützen, die zum Ausgangspunkt seines kritischen Rückblicks auf seine Analyse wurden. Er schreibt nun, auf einen langen Zeitraum zurückblickend:

Was ich all die Jahre Verwechslung genannt habe, hatte ich anfangs der Behandlung begrüßt, weil ich es als deren Funktionieren betrachtet hatte. Erst später erhielt sie den negativen Akzent. Neben meiner Unbeholfenheit hing das mit der Art zusammen, wie Sie damit umgegangen sind. Ich hatte damals den Eindruck, die Verwechslung habe sich nicht unbedingt von selbst eingestellt, sondern sei von Ihnen kräftig gefördert worden. Sie redeten seinerzeit von einer "Beziehung". Das lehnte ich stets streng ab, weil ich unter Beziehung etwas Wechselseitiges verstehe und in der Verwechslung beim besten Willen nichts dergleichen mir vorstellen konnte. Wenn Sie sagten, "... das sei schon auch echt", haben Sie mich allenfalls verwirrt. Für mich endete die Verwechslung genau an der Hinterkante der Couch. Sätze wie "... warum nicht denken, daß Sie noch geliebt werden, wenn ...", oder "... Sie können gar nicht glauben, daß Sie noch geliebt werden, wenn ..." und "... vielleicht ist der andere gar nicht so abgegrenzt, wie Sie meinen" etc. habe ich zunächst als bloße Anregungen verstanden, "positiver" zu denken. Nun verhielt es sich so, daß ich meine Zielvorstellungen vom Verstand her nicht als so unwert einschätzte, wie ich es von den früheren Erfahrungen her gezwungen war. Als schlichte Überlegungen waren Ihre Äußerungen, die im Grunde nicht über meine eigenen Gedanken sonderlich hinausgingen, nicht sehr wirksam. Das konnte es also nicht sein. Ich habe dann eine Vergleichsüberlegung entwickelt. Ich stellte mir vor, ein "gesunder" Mensch, auf der Couch über sich redend, würde Sie wohl "positiv" verwechseln. Ich dachte weiter, die Figur des "Anderen", die konjunktivische oder passivische Syntaxwahl etc. sollten dazu dienen, meine in der Verwechslung negativen Vorstellungen und Erwartungen einfach umzupolen, Sie nunmehr "positiv" zu verwechseln. Bildhaft gesprochen dachte ich also, Sie wollten sich gewissermaßen in der Leinwand, auf die ich Verwechseltes projiziere, bewegen, um Veränderungen zu bewirken. Sie haben hin und wieder früher von Generalproben gesprochen, die ich Ihnen gegenüber unternehme. So kann ich das nicht verstehen. Ich halte Verbalaktionen, mögen sie auch mit allen tragenden und begleitenden Emotionen geäußert werden, lediglich für Abbildungen auf das Bild, das der Patient sich von Ihnen geschaffen hat. Das ist nicht einmal eine Ersatzhandlung. Schon aus diesem Grund war ich stets skeptisch, wenn Sie sich auf meine Unternehmungen Ihnen gegenüber bezogen. So war es mir etwas suspekt, wenn ich wütend war, und Sie mir suggerieren wollten, Sie tolerieren doch meine Wut. Zu eher merkwürdigen Reaktionen neigten Sie, wenn es um übertragende Liebe oder Sexualität ging. Ich will für Echtes eine echte Antwort.

Die exzentrische Position darf freilich nicht an der Peripherie liegen, weil dann der Analytiker niemals jene menschliche Bedeutung annehmen könnte, die unerlässlich dafür ist, daß seine Zustimmung den Einfluß der alten Figuren ausgleichen kann. Es handelt sich also um eine Art von kritischer Distanz, die Neues ermöglicht und die zugleich verhindert, daß es zu einer undurchdringlichen gefühlsmäßigen Konfusion kommt, zu einem Mischmasch ohne Abgrenzung.

9.3.3 Anerkennung und Selbstwertgefühl

In der Behandlung von Herrn Christian Y hatte der behandelnde Analytiker direkte Anerkennungen aus 2 Gründen unterlassen: erstens um den Patienten nicht zu beeinflussen und zweitens aufgrund der Annahme, daß sich seine positive Einstellung zu seiner Sexualität und Aggressivität von selbst verstünde und keiner ausdrücklichen Erwähnung bedürfe. Herr Christian Y wies in überzeugender Weise nach, daß durch konjunktivische Ausdrucksweisen viel offengelassen wurde und er so keinen Halt finden konnte. Danach berichtet der Patient über seinen beruflichen Aufstieg.

A.: *Natürlich freue ich mich schon immer über Ihre Erfolge, aber ich habe dies nicht so mitgeteilt, daß Sie eindeutige Wahrnehmungen machen konnten.*

P.: *Ja, Sie haben mir deshalb nicht in vollem Umfang helfen können, weil Sie Sachverhalte nur beschrieben haben und davon ausgegangen sind, daß sich das neue Selbstwertgefühl von selbst entwickelt. Aber was nützen mir veränderte Vorstellungen von mir selbst, wenn ich diese nicht irgendwie verankern kann. (lange Pause) Sie haben einmal einen Psychiaterwitz erzählt über den Patienten, der glaubt, eine Maus zu sein, und Angst hat vor Katzen. Er einigt sich mit dem Psychiater, daß er sich irrt. Aber: Wenn die Katze nicht weiß, daß ich keine Maus mehr bin, bleibt es ja bei meiner Angst vor der Katze. Der Witz an dem Witz liegt auf der Hand: Was nützt die Übereinstimmung zwischen hier und draußen? Was ich hier als Verwechslung bezeichnet habe (Herr Christian Y hat für die Übertragung die Bezeichnung "Verwechslung" geprägt), ist nicht auf Kranke und auf hier beschränkt, sondern ein ganz allgemeines Lebensprinzip. Der Mensch nimmt ja die Umwelt perspektivisch wahr. (Der Patient erläutert dies an Photographien, die den Schnee in ganz verschiedenen Farben zeigen.) Schnee ist weiß, aber er ist nicht immer weiß. Die Farbe ist abhängig von der Beleuchtung. Bei mir ist alles schwarz, was ich erlebe, weil die Eltern mies gemacht haben, was ich sehe. Es fällt mir schwer, ohne äußere Unterstützung Situationen neu zu erleben, weil diese von den alten Bildern her gestaltet werden, die ich nicht einfach austauschen kann.*

Herr Christian Y ist sehr aufgeregt - ich mache ihn darauf aufmerksam -, als er die verschiedenen Farben des Schnees beschreibt.

A.: *Waren Sie da der Photograph, der anhand des Bildes dem Betrachter zeigt, daß Sie es besser wissen, also daß Sie auch mir etwas zeigen und daß Sie es genauer und schärfer sehen oder daß jedenfalls Ihre Sicht der Dinge die maßgebliche ist?*

P.: *Nein, ich wurde unsicher, weil ich dachte, es sei ein alberner Vergleich.*

Er führt seine Schwierigkeiten, selbstbewusst zu sein, darauf zurück, daß ihm positive Bilder gefehlt haben.

P.: *Schauen Sie, ich habe Schwierigkeiten, selbstbewusst zu sein, weil mir positive Bilder von mir fehlen. Wer draußen selbstbewußt ist, der hat vorteilhafte Bilder von sich selbst, und er ist naiv. Wenn er einer Situation ausgesetzt ist, in der er schlecht abschneidet, misst er sich trotzdem eher an dem positiven Bild von sich selbst. Ich kann das aber nicht, das hab' ich früher schon gedacht, aber nicht gesagt. Bei mir ist das ein mühsames Handeln im Kopf, ein Bemühen, die Dinge noch zusammenzuhalten, wenn ich irgendwelchen Schwierigkeiten ausgesetzt bin. (Pause) Beispielsweise, wenn ich nicht so recht aggressiv sein kann und über Aggressivität anderer entsetzt bin, dann hab' ich Schwierigkeiten mit einem Kollegen, der sich herausstellt.*

Das letzte Mal erzählte Herr Christian Y, daß er eine weitere berufsbegleitende Ausbildung machen möchte und nun eine Zielvorstellung hat. Zielvorstellungen seien für ihn ungeheuer bedeutungsvoll. Der Patient gibt seiner Freude Ausdruck, daß ich diesen Plan ausdrücklich gutgeheißen habe, gleichzeitig ist er enttäuscht, daß nicht schon früher seine Zielvorstellungen von mir für gut befunden wurden.

P.: *Meistens bleiben Sie neutral, und das hat mich schon früher maßlos geärgert. Ich stelle mir vor, daß Sie aus wissenschaftlichen Überlegungen keine Fixpunkte liefern wollten.*

A.(bestätigend): *Es war mir zwar klar, daß Menschen, insbesondere Kranke, Ziele benötigen, aber ich habe nicht genügend beachtet, daß es nicht nur wichtig ist, dem Patienten Zielsetzungen zu überlassen, sondern daß es ebenso wichtig ist, diese zu bestätigen bzw. durch Ermutigungen eine Verankerung zu ermöglichen. Inzwischen sehe ich die Notwendigkeit. Es ist wesentlich, eine klare Meinung zu äußern, über die Sie sich dann auch hinwegsetzen können.*

P.: *Das sag' ich ja auch immer. Sonst würde Freiheit zu einem Gefühl der Verlorenheit, nur dann könnte man Freiheit auch genießen. Und in Tat und Wahrheit könnte ich kein Bild von*

mir selbst zeichnen, so wie ich sein möchte, im Gegenteil, die pure Überlegung löst so viel Angst aus, daß ich diese Bemühung sofort fallenlassen muß. Ich jammere zwar die ganzen Jahre hier herum, ich habe Angst vor Sexualität und Aggression oder vor anderen Dingen, Angst vor der Bewegung, aber wie ich sein will, das weiß ich selbst nicht. Der normale Mensch wird ja zu dem, was er ist, nicht aufgrund dessen, was er mitbringt, sondern in der Auseinandersetzung mit der Umwelt, oder nicht?

A.: Ja, genau.

P.: Wenn Sie sich neutral verhalten, fehlt mir um so mehr ein Stück Umwelt, die ich an den alten Figuren nicht oder nicht in der wünschenswerten Weise gehabt habe.

A.: Es fehlt trotz aller Reibungen und trotz aller Aggressionen das Widerlager, anhand dessen Sie sich abgrenzen konnten.

P.: Die Erinnerungen an die Zeit, in der ich so aggressiv war hier, sind mir nicht so lieb, es missfällt mir. Ich will mich durchsetzen, eigentlich will ich draußen wütend sein und sinnvoll aggressiv, was ich von Ihnen erwarte ist - jetzt habe ich den Faden verloren. Ich möchte eine Hilfestellung bekommen, daß ich es konkretisieren kann, wenn ich draußen in einer Situation bin. (Pause) Vor einigen Tagen hat jemand über Psychoanalyse geredet und gesagt, daß Neurotiker unter beschränktem Handlungsvermögen leiden, aber mir fehlt es nicht, ich habe viele Reaktionsformen zur Verfügung, sondern worunter ich leide ist, daß mir keine zusagt, die für mich richtig wäre, die ich als für mich passend ansehe. Die erwähnte Beschreibung scheint mehr auf zwanghafte Menschen zuzutreffen.

Das Gespräch wendet sich nochmals dem Photographieren und dem Abbilden zu.

A.: Sie sind doch ein leidenschaftlicher und sehr guter Photograph, dann kommt also über das Photographieren die Schärfe hinein. Sie sind ja ein sehr scharfer Beobachter. Es darf aber nicht ganz bewußt werden, es muß eher unterschwellig ablaufen. Sie sind ja in Ihrem Beruf so tüchtig, weil Sie ein kritischer Geist und ein scharfsichtiger Beobachter sind. Da ist auch die Quelle Ihrer Angst, daß man merkt, wie scharf Sie sein können. Deshalb ist es Ihnen im Rückblick so unangenehm, daß Sie auch zu mir sehr scharf und aggressiv waren, Sie möchten nicht so unkontrolliert sein. Es sollte Hand und Fuß haben, eine wohlbegründete Aggressivität sollte es sein. Deshalb ist es auch so ein wichtiger Klärungsprozess, daß ich Ihnen nun sagen kann und ehrlicher Weise auch sagen muß, daß Ihre Kritik Hand und Fuß hat. Es ist also wichtig, daß Ihre Kritik als gültig und zutreffend anerkannt wird, aber es gibt niemand, der nicht auch unkontrolliert reagiert.

Kommentar: Herr Christian Y machte viele scharfsinnige und scharfsichtige Beobachtungen in Bezug auf den Analytiker, besonders in der Zeit, als die Behandlung auf seinen Wunsch hin im Sitzen durchgeführt wurde. Damals hatte er traurige oder gekränkte mimische Ausdrucksweisen beobachtet, die er dann als erneute Zurückweisung verbuchte, als Gegenteil von Ermutigung und Freude an seiner Aggressivität - ein Thema, das spätere Behandlungsphasen ausfüllte. Ohne Zweifel trugen die veränderte Position und die mit ihr einhergehenden Möglichkeiten dazu bei, daß das Selbstwertgefühl des Patienten wuchs.

P.: Ich habe es als schreckliche Zeit in Erinnerung, damals als ich so aggressiv war, aber dann haben Sie auch dieses traurige Gesicht gemacht. Ich konnte ja als Kind meinem Vater nicht ins Gesicht sehen. Mein Vater war ein Kinderschreck, Kinder haben geheult, wenn sie ihn sahen. Ich hatte auch Angst vor ihm, er hatte ein sehr dunkles Gesicht, dunkle Haare und leuchtende grüne Augen, er war ein Schreckgespenst. Ich konnte Ihnen auch nicht in die Augen schauen. Mit der Zeit ist es gelungen, wenn ich mich verabschiedet habe, da hab' ich aber nur so getan, als ob ich Ihnen ins Gesicht schaue, aber ich habe Sie gar nicht gesehen, weil ich vor Ihrem Gesicht so viel Angst hatte. Das zweite ist, daß ich Ihnen eine gewisse überraschende Stellung einräume, damit mich draußen nichts mehr, was in die alte Kerbe

schlägt, anfechten kann. Ich kann ja hier nicht mehr alles mit Ihnen bereden, was ich draußen tun will.

A.: Wie Sie zu Recht sagen, kann man sich leichter identifizieren, wenn zugleich eine klare Distanz da ist und keine Vermischung.

P.: Wenn Sie sagen, Sie freuen sich, ist das mehr, als was ich von Ihnen verlangt habe. Ich habe nie gesagt, ich will irgendetwas Großartiges. Mir reicht eigentlich schon das positive Vorzeichen. Es geht nicht um einen absoluten Betrag, der alle Grenzen übersteigen soll, und wenn ich auf die Distanz zwischen Ihnen und mir hingewiesen habe, dann habe ich nicht gemeint, daß ich Angst vor der Nähe habe. Ich wollte nur keine Vermischung im ursprünglichen Sinn. Ich habe gemeint, wenn's ums Identifizieren geht, das sei auch möglich, wenn Distanz da ist. Das kann man auch aus der Entfernung, da muß nichts besonderes Persönliches vorhanden sein, und wenn Sie sich freuen, ist das nicht dekorativ, sondern schlicht, das berührt mich eben. Ohne daß es mich überwältigt, wenn's um Bestätigung ging, habe ich immer darauf abgehoben, daß die Haltung der Mutter ja eben gerade deshalb für mich so negativ war, weil sie mich in der Sache selbst einengte, nicht bloß vom überwältigenden Gefühl her. Meine Bestätigung darf also ein Gewicht bekommen, ohne zum Übergewicht zu werden. Ich habe vor ein paar Wochen gesagt, ich hätte Angst vor dem, was mir von Ihnen entgegenkommen könnte. Aber das war eben meine Ungewissheit. Wenn Sie sagen, Sie freuen sich, berührt mich das, macht mir aber keine Angst.

Die gemeinsame Freude geht nicht auf eine latente Homosexualität zurück, die den Patienten in früheren Phasen der Behandlung beunruhigt hatte.

Eine Umstellung ist einfacher, wenn es um Sachfragen und gegenstandsbezogenes Arbeiten geht. Schwieriger ist der Kontakt mit Menschen, da er sich draußen noch häufig unwillkommen fühlt. Herr Christian Y erläutert dies an Problemen des Tennisspielens. Wenn er gewinnt, entschuldigt er sich beinahe beim Gegner. Er spielt dem Gegner zu, spielt verkrampft, weil er Angst hat, mit einer aggressiven Spielweise unwillkommen zu sein. Zu Recht nimmt er an, daß seine Konzentrationsfähigkeit besser wäre, wenn er auch aggressiver sein könnte. Seine Ängste erschweren, daß seine Absichten in zielgerichtete Handlungen einmünden.

A.: Nun, vielleicht können Sie doch einige Erfolgserlebnisse daraus ziehen, daß Sie mich mit Ihren Argumenten überzeugt und damit auch ein Ziel erreicht haben. Wenn ich's natürlich auch bedaure, daß ich Ihnen Umwege zugemutet und Ihnen manches schwer gemacht habe. Wer freut sich schon über Irrtümer!

P.: Sie wissen ja, an solche Überlegungen will ich bekanntlich nicht heran. Sie sollen der sein, der sich freut, wenn ich dieses oder jenes kann, aber Sie sollen nicht derjenige sein, an dem ich irgendwo auch ein bisschen teilhabe, weil mich das allzu sehr an die Verwechslung erinnert. Ich habe auch zu wenig Überblick, um sagen zu können, das sind Irrtümer von Ihnen, oder da sind Umwege, die Sie mir zugemutet haben. Ich sag' halt, mir passt dieses oder jenes nicht, und ich wehre mich, ohne sagen zu können, ob ich Recht habe.

Einige Sitzungen später berichtet Herr Christian Y einen Traum, der treffend seinen Zustand versinnbildlicht. Er befand sich im Flugzeug und in den Lüften. Eine in ihm aufkommende Angst verschwand unter der zunehmenden Gewissheit, daß er sich auf den tragenden Grund verlassen könne. Er hat seinen Traum bereits gedeutet. Sein Vertrauen in den tragenden Grund sei gewachsen. Er faßt seine Identifikationen mit mir zusammen und betont erneut, wie wichtig es ihm sei, daß ich eine positive Einstellung zu seiner Sexualität und Aggressivität genommen hätte. Irgendeine atmosphärische und unausgesprochene Bestätigung genüge nicht. Er benötige eine klare, anerkennende Aussage. Es geht dann wieder längere Zeit über die Schwierigkeit, draußen Erkenntnisse zu verwirklichen.

Im Laufe der Stunde wird seine Passivität als Versuch interpretiert, sich selbst zu bewahren und gegen die Mutter zu schützen, die einerseits hysterische Bewegungstürme hatte und andererseits von ihrem Sohn genau abgezielte Verhaltensweisen erwartete, also ihm eine Art von "falschem Selbst" aufzwang. Diese Annahme macht verständlich, daß er sich zurückzog und sich an ihre Wertvorstellungen anpasste. Zugleich fühlte der Patient, daß er im Grunde ganz anders ist und auch stets anders sein wollte als er nach außen zeigen mußte.

Misstrauisch ist der Patient immer noch hinsichtlich meiner Einstellung zu seiner Sexualität. Wieder einmal kann er nicht weiter sprechen, weil er sich schämt; später überwindet er die Scham. Offensichtlich hängt dies mit Erinnerungen an frühere Stunden zusammen.

P.: *Ich will eben, ich kann das jetzt nicht sagen, das ist merkwürdig, ich will halt auf (Pause), ich muß umgekehrt, vielleicht komm' ich dann dahin, wo ich will, daß hier, wenn ich von Ihnen fordere, ich will Anerkennung. Das ist ein gewisser Modellfall für etwas, was ich draußen will. Ich will von anderen Leuten etwas, und dieses Habenwollen ist ungeheuer problematisch für mich, weil ich das . . . Ich habe gelernt zu Hause, daß man nach Möglichkeit nichts will von anderen, keinen Einfluß nimmt auf andere. Und mir geht's ja eben auch grade draußen drum, bei anderen Anerkennung zu finden und so, und das sind Dinge, die für mich sehr schwierig sind.*

A.: *Ja, dann ist auch klarer, an welchem Punkt die Verwirrung grade eingetreten ist. Das war in dem Augenblick, in dem Sie besonders intensiv gefordert haben, daß ich mich Ihnen in ganz bestimmter Weise zuwende. Ich hab' Ihren Wunsch, Ihre Erwartung, Ihre Sehnsucht, Ihre intensive Forderung erfüllt, indem ich gesagt habe, "ja, darauf kommt's an", daß das dann nicht von mir allgemein gegeben wird, sondern ganz umschrieben. Ich hab' also etwas erfüllt.*

P.: *Das macht Angst, weil ich's . . .*

A.: *Waren Sie verwirrt, weil sich's erfüllen könnte, endlich.*

P.: *Es quält mich noch eine andere Vorstellung. Ich möchte das Bild vom Jakob und dem Engel da bemühen, das Sie mal gebraucht haben. Ich bin gewissermaßen zu gering in meiner Vorstellung, um diesen Segen zu bekommen.*

A.: *Hmhm.*

P.: *Nicht wahr?*

A.: *Hmhm. (Pause) Ich glaube, daß Sie bei diesem Gedanken sich schützen vor der überwältigenden Befreiung, die darin liegt, gesegnet zu werden.*

P.: *Ja freilich, schon auch.*

A.: *Hmhm.*

P.: *Weil eben die Anerkennung ausblieb und ich den Eindruck gehabt habe, Sie lenken davon ab oder so, hab' ich gewissermaßen den Eindruck gewonnen, das alles sei nichts für mich, und ich müsse eben mit den Einschränkungen zurechtkommen. Ist halt so wie früher, wo man gesagt hat, ich sei zu klein dazu für alles oder was immer.*

A.: *Hmhm.*

P.: *Weiß nicht, ich überblick's im Moment nicht. Sie sind im Besitz dessen, das hab' ich Ihnen immer unterstellt, was ich suche, aber es hat Sie irgendwas gehindert, mir das mitzuteilen.*

Herr Christian Y erinnert, daß er mich in der ersten Stunde nach meiner Einstellung zur Sexualität gefragt habe. Ich hätte damals dem Sinn nach etwa so geantwortet, daß es weniger darum gehe, welche Einstellung *ich* hätte, als vielmehr darum, daß *er* zu seiner eigenen Einstellung komme. Herr Christian Y hat diese Bemerkung als Zurückweisung, als einen Mangel an Anerkennung erlebt.

Kommentar: Meine damalige therapeutische Einstellung war genau so, wie sie der Patient beschrieben hat. Aus Prinzip ausweichende Antworten dieser Art zu geben, gehörte damals zu meinem Behandlungsstil. Erst die verspätete Korrektur meiner analytischen Haltung brachte jene Änderung mit sich, die der Patient nun auch in dem Traum der heutigen Stunde ebenso wie in anderen Stunden der letzten Zeit zum Ausdruck bringt und die ihm doch noch ein erfolgreiches und weithin angstfreies Leben in Familie und Beruf ermöglicht hat. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Analyse einen ganz anderen Verlauf genommen hätte, wenn ich schon in den ersten Stunden eine Identifikation mit meiner *Anerkennung* ermöglicht hätte.

Es wäre übrigens ein Irrtum zu glauben, der Patient sei seinerzeit oder auch später besonders neugierig auf *meine* Sexualität gewesen. Es ging ihm nur am Rande um mein Privatleben, sondern vielmehr um meine Einstellung, soweit diese einer positiven Identifikation mit einem von seiner Mutter unabhängigen Wertesystem dienen konnte. Gleichzeitig wollte er *Distanz*. Diese Vermutung ist als theoretische Annahme durch viele Äußerungen des Patienten zu belegen. Auch in der heutigen Stunde erwähnt er wieder die Beschämung, die sich aus Verwechslungen, also aus Übertragungsphantasien, ergeben habe.

Aus der oben erwähnten Stellungnahme des Patienten entnehmen wir folgenden Abschnitt:

Ich bin anfangs von einer einfachen Überlegung ausgegangen, die ich im Grunde genommen noch heute vertrete. Sie hatten mir damals dargelegt, wie ich die Einstellungen der alten Figuren übernommen, mich mit ihnen also in schädlicher Weise identifiziert hatte. Zunächst war ich wütend auf mich selbst, so dumm gewesen zu sein. Ich muß nun einfügen, ich bin davon überzeugt, es gibt Menschen mit recht unterschiedlich angelegter Eignung und Neigung zu Identifikation; mich selbst verstehe ich als jemanden, der jedenfalls zunächst eher stärker darauf angewiesen und ausgerichtet ist. Die Stimmung hat bald umgeschlagen und einer - im Grunde bis zuletzt - andauernden Hoffnung Platz gemacht: Diese meine angenommene Eigenschaft habe ich dann als ebenso große Chance verstanden, mich mit geeigneten Vorbildern zu identifizieren und so endgültiges Selbstwertgefühl zu gewinnen. Von Ihnen habe ich entsprechende Reaktionen erwartet, die freilich auf sich warten ließen. Wegen der fehlenden Identifikationsmöglichkeit habe ich meinen Schaden stets als Mangelkrankheit bezeichnet. In solchen Zusammenhängen habe ich sicher meist vom Geliebtwerdenwollen und vom Nichtgeliebtwerden gesprochen; gemeint war natürlich nicht ein aktueller Wunsch, sondern der alte, aus Kindertagen rührende. Nichtgeliebtwerden war doch der Kristallisationspunkt für die Identifikation mit der Mutter. Diese Ausgangsposition habe ich immer wieder neu beschrieben, um Auswege hieraus zu finden. Klar ist, daß ich neuerdings der "Liebe" nicht bedarf. Es ging um die "andere Lösung". Mängel kann man mit ihrer bloßen Beschreibung nicht beheben. Vor allem setzt der Abschied von den alten Figuren, die Befreiung von ihnen, nichts an deren Stelle. Meine lebensmäßigen Ziele draußen sind weit gestreut. Der Gewinn für mich ist ungleich viel größer, wenn diese eigentlichen Ziele mit Ihrer Unterstützung Wert erhalten. Ich sehe nicht ein, weshalb das Gespräch über meine Ziele auch nur einen Hauch weniger aktuell oder die Ihnen dabei zugestandene Bedeutung auch nur eine Spur weniger unmittelbar sein sollte, als "direkte Verbalhandlungen". Nichts an Intensität geht verloren; das Gespräch ist nicht deshalb weniger persönlich. Ihre Möglichkeiten sind nicht begrenzt: Es lassen sich unschwer etwa auch Aggression und Sexualität einbeziehen, ohne daß es irgendwelcher Verbrämungen, künstlicher Deutungen und ungelenker Ausweichschritte bedarf. Läßt sich auf dieser Ebene "Einvernehmen" erzielen, ist stets klar, was und wer gemeint ist. Das Vermitteln einer allgemeinen positiven Einstellung wirkt nicht schon für sich "mutativ". Erforderlich scheint mir, daß Sie Farbe bekennen und Partei ergreifen. Ganz wenig genügt dabei, ich glaube, lediglich das Aufzeigen einer Tendenz ist schon Hilfe, wenn sie gewissen Bedingungen entsprechen. Warmherzigkeit, Toleranz und positive Einstellung sind lediglich auf das "Da-Sein" von Sexualität, Aggressivität usw. beim Patienten bezogen. Empathie freilich auch auf deren "So-Sein". Tritt zum Verständnis ein Quentchen, eine Minimaldosis von Identifikation des Arztes mit dem Patienten hinzu - die freilich nicht den Arzt ändern soll -, begünstigt das massiv Änderungen beim Patienten. Das Alte fällt ab, das Neue tritt an seine Seite. Bloßes Mitgefühl erbringt für mich wenig, Sie bleiben "erloschen"; ein winziges "Mitleben" hingegen gibt den Ausschlag. Die Befreiung von den alten Figuren ist damit ein im wesentlichen trauerfreier Vorgang, da deren Positionen neu und lustvoller besetzt werden. Auch der Abschied von Ihnen ist infolge Zweckerreichung leicht. Schwierigkeiten liegen freilich anderswo. Zu dem, was man ist, wird man gewiß nicht allein aufgrund seiner Anlagen, sondern auch in Auseinandersetzungen mit der Umwelt. Mich selbst habe ich wegen mangelnder Erfahrungen regelmäßig als "verkrüppelt", "unterentwickelt" oder "verkümmert" erlebt und beschrieben. An geeigneter Auseinandersetzung mit der Umwelt hat es mir gefehlt. Soweit da "blinde Flecken auf meiner Seele" sind, ist es in der Analyse weitaus am schwierigsten, Fortschritte zu erzielen. Das setzte in besonderem Maße gestalterische Interventionen auf Seiten des Arztes voraus. Zum traditionellen Verständnis der Behandlung steht das wohl in Widerspruch. Sie von gewissen Notwendigkeiten in dieser Richtung zu überzeugen, ist mir nicht recht gelungen. Indes sehe ich ein, daß ich von weit her komme und mit Ihrer Hilfe sehr wohl manches erreicht habe. Mit dem heute erlangten Stand kann ich leben. Daß ich Ihnen v. a. auch für Ihre flexible Haltung dem recht anspruchsvollen und manchmal sicher unbequemen Patienten gegenüber danke, braucht kaum großer Worte.

Kommentar: Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Stellungnahmen von Herrn Christian Y zu Verbatimprotokollen aus der Beendigungsphase seiner Analyse möchten wir einige Anmerkungen hinzufügen. Äußern wollen wir uns zu den beklagten behandlungstechnischen Fehlern, die sehr lange zurückliegen. Diese konnten immer wieder soweit ausgeglichen werden, daß ein schwerkranker junger Mann, der jahrelang ans Krankenhaus gefesselt bzw. weitgehend geistig und körperlich immobil war, während der Therapie sein privates und berufliches Leben aufbauen konnte. Die Kritik von Herrn Christian Y stammt aus dem letzten Abschnitt, in dem häufig Bilanz gezogen wird. So liegt es nahe, daß gerade ein Patient, der trotz vieler Befriedigungen unter einer Mangelkrankheit - scheinbar paradoxerweise aufgrund eines Überschusses an mütterlicher Liebe - litt, gerade am Schluß noch einmal feststellt, wo er zu kurz gekommen ist. Dieses Argument fordert ein anderes heraus, und wir befänden uns im Nu in einer umfassenden Diskussion, die ausgewogen und begründet nur in einer empirischen Einzelfallstudie als kombinierter Verlaufs- und Ergebnisforschung geführt werden könnte, wie sie von Leuzinger-Bohleber (1988) unternommen wird. So halten wir uns an den behandelnden Analytiker und nehmen ihm ab, daß die behandlungstechnischen Fehler nicht nur auf diagnostische Irrtümer und auf irgendwelche Aspekte seiner persönlichen Gleichung zurückgehen. Lassen wir den Analytiker sprechen:

Ich begann die Analyse von Herrn Christian Y vor über 30 Jahren in meinem damaligen Verständnis der psychoanalytischen Technik, also der Theorie und Praxis von Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Regression. Bezüglich der Themen, die in diesen beiden Abschnitten zur Sprache kamen, habe ich von Herrn Christian Y und von anderen Patienten mit ähnlichen Störungen sehr viel gelernt, dem ich eine prinzipielle Bedeutung für mein jetziges Verständnis der psychoanalytischen Technik zuschreibe. Im Laufe der Zeit habe ich mich davon überzeugt, daß philosophische und sozialpsychologische Theorien über die Rolle der Anerkennung für die Entwicklung des Selbstbewusstseins im intersubjektiven Raum für die psychoanalytische Behandlungstechnik fruchtbar zu machen sind. Düsing (1986) hat das Werk von Fichte, Hegel, Mead und Schütz bezüglich dieser Probleme ausgewertet. Ohne daß von der Autorin selbst Beziehungen zur Theorie der Technik hergestellt werden, ist offensichtlich, daß unterschiedliche psychoanalytische Auffassungen über die Entwicklung des Selbstbewusstseins und die Rolle der Anerkennung tief in der Geistesgeschichte verwurzelt sind. Philosophische Erkenntnisse über den Menschen treffen sich nun mit empirischen Aussagen über die Intersubjektivität zwischen Mutter und Kind von Geburt an. Auf Konvergenzen mit dem interaktionellen Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung wurde im Grundlagenband aufmerksam gemacht.

Freilich kann es nicht darum gehen, beispielsweise Hegels berühmte Interpretation über das Verhältnis von Herr und Knecht oder seine philosophische Aussage über tödliches Ringen um Anerkennung zum Thema therapeutischer Interpretationen zu machen. Ebenso wenig kann Meads sozialpsychologische Interpretation der Rolle des "bedeutungsvollen Anderen" bei der Konstituierung des Selbstgefühls behandlungstechnisch einfach übernommen werden (s. hierzu Cheshire u. Thomä 1987). Viel zu vielfältig sind die Wege, auf denen Menschen Anerkennung suchen, die ihrerseits einen großen Bedeutungshof hat. So hat Herr Christian Y gerade nicht jene Anerkennung gesucht, die beispielsweise in der narzisstischen Spiegelung nach Kohuts Metapher durch den Glanz im Auge der Mutter (oder des Analytikers) vermittelt wird. Er möchte mit Hilfe einer exzentrischen Position gerade das Gegenteil, nämlich aus der Verwechslung heraus, um zu sich selbst in seinem Anderssein zu kommen. Herr Christian Y sucht wechselseitige Anerkennung, die in der üblichen psychoanalytischen Neutralität vermieden wird und die auch bei jener Form von Empathie aufrechterhalten wird, bei welcher sich der narzißtische Kreis bestätigt. Meine Zustimmung

zur Kritik des Patienten in der Beendigungsphase und schon vorher entsprang meiner Überzeugung, der glücklicherweise auch eine therapeutische Funktion zukam. Die hier wiedergegebenen Dialoge sind auch für meine Praxis ungewöhnlich. Es sind Sternstunden, insofern als sie über den Einzelfall hinausweisen und zur Lösung grundlegender Probleme der psychoanalytischen Technik beitragen könnten. Man sollte sich durch die geschliffene Sprache und das Abstraktionsniveau nicht täuschen lassen: Hier stehen emotional und existenziell äußerst bedeutungsvolle Werte auf dem Spiel. Herr Christian Y hat diese auf den Begriff gebracht und mit Hilfe seiner Sprache seine Welt und sich selbst - mit meiner Anerkennung - abgegrenzt. Es hätte wahrscheinlich schon viel früher geschehen können. Doch am Anfang der Therapie wusste ich es noch nicht besser.

9.4 Depression

Eine 50jährige Patientin litt an einer Depression, die mit Angstzuständen einherging und zu jahrelanger erfolgloser Pharmakotherapie geführt hatte. Die Symptomatik war aus einer Trauerreaktion um den nach kurzer Krankheit verstorbenen Ehemann hervorgegangen. Frau Dorothea X entwickelte hypochondrische Ängste, wie ihr Ehemann an einem zu spät entdeckten Karzinom zu leiden. Die unbewußte identifikatorische Vereinigung mit dem idealisierten Verstorbenen und die Fortführung der verinnerlichten ambivalenten Beziehung zu ihm in Form von Selbstanklagen folgten dem typischen Muster depressiver Reaktionen. Frau Dorothea X lebte zurückgezogen und hielt sich im wörtlichen Sinne verborgen: Sie schützte eine Überempfindlichkeit der Augen vor, um das Tragen einer Sonnenbrille zu begründen, hinter der sie sich versteckte. Wegen der chronischen Erkrankung einer Schwiegertochter glaubte sie, eines Tages 2 Enkelkinder betreuen zu müssen, fürchtete aber, dazu wegen ihrer Erkrankung unfähig zu sein. Diese Sorge verstärkte ihr Leiden und verpflichtete sie zugleich, am Leben zu bleiben und ihren Selbstmordgedanken nicht nachzugeben.

Der Psychoanalytiker als Übertragungsobjekt

Die analytische Bearbeitung der depressiven Identifikation mit dem verstorbenen Ehemann hatte zu einer gewissen Besserung der Beschwerden und zur Wiederkehr ihrer Beziehungsfähigkeit zunächst zum Psychoanalytiker, am "Übertragungsobjekt" also, geführt.

In der Übertragung tendierte Frau Dorothea X dazu, mich freundlich zu bemuttern. Zugleich konnte sie mich wegen meiner Ruhe und Gelassenheit idealisieren: "So wollte ich selbst immer sein." Der Wendepunkt, der die bisherige milde positive Übertragung schlagartig veränderte, ereignete sich zufällig: Bei einer ausnahmsweise am Spätnachmittag stattfindenden Sitzung fand Frau Dorothea X einen müden, angespannten Analytiker vor. Ihre von mir bestätigte Beobachtung von Müdigkeit löste eine von irrationaler Sorge motivierte Unruhe aus: Hinter meiner Abgespanntheit wurde eine ernste Krankheit vermutet, so daß mir weitere Belastungen nicht mehr zugemutet werden könnten. Die bis dahin freundlichen Bemutterungstendenzen nahmen übertriebene Formen an. Zwar trat eine fast vollständige Symptomheilung ein, die jedoch mit der Selbstanklage verbunden war, die Behandlung nie mehr aufgeben zu können, weil sie dann keine Möglichkeit mehr hätte, sich fortlaufend davon zu überzeugen, daß mir nichts Böses widerfahren sei. Zumindest müsse sie stets zur Wiedergutmachung bereit sein. Zugleich warf sie sich vor, mir durch die Fortsetzung der

Therapie zur Last zu werden, so daß sie sich während der Aufdeckung alter Schuldgefühle erneut und erst recht schuldig mache.

Die irrationale Sorge um mich als Übertragungsobjekt erleichterte die therapeutische Bearbeitung ihrer unbewußt ambivalenten Beziehungen, die lebensgeschichtlich darauf zurückgingen, die schwere Hypochondrie der Mutter verursacht zu haben: Beinahe tödlich sei der Blutverlust bei ihrer Entbindung gewesen, und hierauf wurden jahrelang alle Beschwerden der Mutter zurückgeführt. Als Leitidee ihrer Kindheit sind auf diesem familiären Hintergrund Todes- und Rettungsphantasien zu verstehen. Im Schutz der positiven Übertragung gelang uns die Klärung der negativen aggressiven Aspekte ihres Denkens und Verhaltens. Mehr und mehr trat dabei der Abwehrcharakter der Idealisierungen zutage. So zeichnete sich ab, daß die Übernahme der Mutterrolle, die sie auch ihrem verstorbenen, von ihr abhängigen Mann gegenüber eingenommen hatte, sich vorzüglich dafür eignete, ihre sexuellen Bedürfnisse zu verdecken und regressiv zu befriedigen. In der Bemutterung ihres Mannes hatte sie übrigens gleichzeitig und gleichsam unter dem Rock "die Hosen angehabt" und daraus zusätzliche Befriedigungen gezogen; sie hatte nicht unbeträchtlich zu seinem beruflichen Erfolg beigetragen.

In meinen Deutungen suchte ich bei passender Gelegenheit die "menschlich-allzumenschliche" Seite des Analytikers in den Blickpunkt zu rücken - ohne Erfolg: Zwar konnte die Patientin rein intellektuell einsehen, daß es wohl auch bei mir schwache Stellen geben müsse, aber sie wollte dieses Wissen nicht wirklich zur Kenntnis nehmen.

Idealisierung und Entwertung standen auch hier in typischer Wechselwirkung. Ein Hinweis, daß ich mein Wissen zu ihrem Besten anwende, wurde einerseits von ihr anerkannt, andererseits entwertete Frau Dorothea X meine Bemerkungen als eigensüchtige Selbstbestätigung. Diesen Gedankengang mußte die Patientin durch eine mich entschuldigende Entlastung abschließen, die darin bestand, daß sie den mir zugeschriebenen Mangel an Zuwendung auf angenommene schlimme Lebenserfahrungen zurückführte. Die latenten Entwertungsgedanken blieben über lange Zeit therapeutisch so wenig einer Deutung zugänglich wie die Idealisierungen.

Die Entidealisierung und die Wahrnehmung der realen Person

Zu einem zweiten entscheidenden Wendepunkt dieser Therapie kam es, nachdem Frau Dorothea X mich im Auto mit hoher Geschwindigkeit hatte vorbeifahren sehen. Ihre Beschreibung der Begleitumstände wie Ort und Zeitpunkt ließen keinen Zweifel daran, daß Frau Dorothea X eine zutreffende Beobachtung gemacht hatte. Sie bemühte sich jedoch darum, ihre Wahrnehmung unterschwellig zu halten, und sie vermied es, sich zu vergewissern, indem sie ihre Gewohnheit fortsetzte, an meinem geparkten Auto mit "geschlossenen Augen" vorbei zu sehen. Die hohe PS-Zahl des sportlichen Autos passte nicht zum Bild des gelassenen, scheinbar adynamischen Psychoanalytikers.

Ihre zutreffende Beobachtung auf der Straße führte zu einer nachhaltigen Erschütterung ihrer Idealisierung. Nach schweren inneren Kämpfen, die sich darauf richteten, ob sie sich nun Gewissheit verschaffen dürfe, d. h. das geparkte Auto anschauen dürfe oder nicht, schloss Frau Dorothea X schließlich jeden Zweifel aus: Auch ihr Analytiker gehöre zu den Männern, die sich in der Wahl ihres Autos von unvernünftigen Gesichtspunkten leiten lassen. Rechtfertigungs- und Entschuldigungsversuche, die sie für mich übrig hatte, führten nur zu vorübergehenden kompromisshaften Entlastungen. Die durch das Auto eingeführte Realität nahm vielfältige Bedeutungsinhalte an: Das Auto repräsentierte und symbolisierte Kraft und Dynamik bis hin zur Rücksichtslosigkeit und Verschwendung. Schließlich wurde das Auto zum Sexualsymbol im engeren Sinn. Die Unruhe der Patientin vergrößerte sich in dem Maße,

in dem sie ihre Idealisierung des Übertragungsobjekts erkannte. Sie suchte im Übertragungsobjekt nicht nur die Befriedigung eigener Bedürfnisse, sondern v. a. sich *selbst*, d. h. ihre eigene Dynamik, die in Idealisierung und in Bemutterung auf- bzw. untergegangen war.

Meine Deutungsarbeit hatte v. a. das Ziel, Frau Dorothea X zu zeigen, daß sie wesentliche Bereiche ihres eigenen Lebens an mich und an das "Automobil" abgetreten hatte. Da sie während ihrer langjährigen Ehe ihr Temperament in vielerlei Hinsicht hatte zügeln müssen, war die Wiederkehr ihrer Vitalität zunächst mit großen Beunruhigungen verbunden. Mit fortschreitender Bearbeitung der Abtretungsthematik konnte die Patientin mehr und mehr ihre Energie und Aktivität zurückgewinnen und selbst integrieren. Die Behandlung nahm nun im Durcharbeiten der angedeuteten unbewußten Inhalte einen unkomplizierten Verlauf.

Kommentar: Beide Wendepunkte dieser Therapie wurden ausgelöst durch realistische Beobachtungen, die Frau Dorothea X am Befinden des Analytikers gemacht hatte. Die Bestätigung ihrer Wahrnehmungen gab meinen Deutungen erst Substanz und Überzeugungskraft. In der ersten Episode konnte die übergroße Sorge um meine Müdigkeit auf die aggressiven Anteile der Übertragung zurückgeführt werden. Es ist fraglich, ob eine Deutung der in den Beobachtungen auch enthaltenen unbewußten Phantasien die gleiche Wirkung gehabt hätte: Hätte eine solche Deutung nicht eher dazu beigetragen, die Wahrnehmungsfähigkeit der Patientin in Frage zu stellen - so als sei der Analytiker gar nicht müde und deshalb verletzbar?

In der 2. Episode war es wiederum eine realistische Beobachtung, die Gelegenheit gab, das Wechselspiel von Idealisierung und Entwertung aufzugeben, und die Frau Dorothea X dazu brachte, mir - bis dahin verleugnete - "männliche" Eigenschaften zuzubilligen und projizierte eigene Kräfte in ihr Selbstkonzept zu integrieren.

Epikrise

Etwa 3 Jahre nach Beendigung der Therapie ergänzte Frau Dorothea X einen Fragebogen, der für eine spezielle Fragestellung nach der Auswirkung von Unterbrechungen während der Therapie konstruiert worden war, mit folgenden Worten:

"Nach Eingang des Fragebogens habe ich sofort alle Fragen beantwortet, ein sicheres Zeichen für mich, wie sehr ich mich der Psychotherapie und meinem Psychotherapeuten noch verbunden fühle. Je länger der Abstand zur letzten Therapiestunde wird, um so größeren Nutzen ziehe ich aus der Behandlungszeit. Zum Beispiel verstehe ich erst jetzt viele Denkanstöße des Therapeuten aus jener Zeit und weiß mit ihnen umzugehen. Ich bin dankbar für jede Therapiestunde, in der ich lernte, ein bisschen leichter und glücklicher leben zu können.

Schon einige Zeit vor dem Ende meiner Psychotherapie probte ich mit Lachen und mit Weinen für mich allein die ‚Abschiedsstunde‘. Dieses ‚Spiel‘ wurde für mich so unerträglich, daß ich den Therapeuten bat, die letzte Stunde so schnell wie nur möglich anzusagen; außerdem spürte ich es deutlich, daß der Zeitpunkt dazu nahe war. Danach fühlte ich mich frei - nicht glücklich und auch nicht traurig - nur abwartend. Ich lebte weiter wie bisher und führte gedanklich viele Gespräche mit meinem ehemaligen Therapeuten. An ein Zurück in die Behandlung habe ich nie gedacht: Ein Kreis hatte sich geschlossen. Ich wusste, es war eine gute, ertragreiche Zeit für mich gewesen. In der Therapie und am Therapeuten habe ich freier und besser zu leben studiert und ausprobiert; jetzt hatte ich den festen Willen und ein ziemlich sicheres Gefühl, das Leben ‚draußen‘ meistern zu können."

9.5 Anorexia nervosa

Rekonstruktion der Entstehung

Dieser Krankengeschichte, die andernorts unter dem Pseudonym Henriette A. bzw. B. vollständig veröffentlicht wurde (Thomä 1961, 1981), entnehmen wir die Rekonstruktion der Entstehung einer Pubertätsmagersucht. Obwohl es nicht nebensächlich ist, daß sich die Rekonstruktion der Psychogenese nach über 40 Jahren noch sehen lassen kann und die seinerzeit in den Mittelpunkt gestellten Identifizierungs- und Identitätsprobleme bei der Anorexia nervosa inzwischen von allen psychotherapeutischen Richtungen anerkannt werden, kommt es uns hier auf etwas anderes an. Wir wollen den Leser mit der Beendigungsphase einer Psychoanalyse vertraut machen, weil sich im 8. und 9. Behandlungsabschnitt versteckte Hinweise befinden, die sich nachträglich beim Auftreten eines *Symptomwandels* als bedeutungsvoll erwiesen.

Die 19jährige Henriette X erkrankte in ihrem 16. Lebensjahr. Ihr prämorbidetes Körpergewicht von 50-52 kg fiel auf ca. 40 kg ab. Bei Beginn der Psychoanalyse, 3 Jahre später, wog die 172 cm große Patientin 46,3 kg. Seit Krankheitsbeginn bestanden Amenorrhoe und Obstipation.

Im Verlauf der Psychoanalyse - insgesamt 289 Sitzungen innerhalb von ca. 2 Jahren - nahm die Patientin auf 55 kg zu. Die Periode trat nach fast 4jähriger Pause spontan wieder ein, die Obstipation besserte sich.

Um einen Einblick in einige wichtige psychodynamische Vorgänge dieser Krankengeschichte geben zu können, gehen wir von der auslösenden Situation aus, die engste Beziehungen zur "Pubertätsaskese" hat, wie sie von A. Freud (1936) beschrieben wurde.

Henriette X errötete, wenn Jungen sie betrachteten oder in der Schule ein Thema besprochen wurde, das irgend etwas mit Liebe zu tun hatte. Die sich entwickelnde Erythrophobie erlebte sie als ein quälendes Symptom. Die Patientin hatte sich bisher als "Herr im eigenen Hause" (Freud 1916/17, S. 295) gefühlt, und nun geschah etwas, was sie nicht beherrschen konnte. Sie entdeckte, daß sie die Errötungsangst zum Verschwinden bringen konnte, indem sie morgens fastete. Das Erröten hörte mit der Abmagerung auf. Im Gange der Psychoanalyse wurde diese Entwicklung rückgängig gemacht. Mit dem Wiederauftreten des Errötens konnten die alten Konflikte, die seinerzeit zur Askese geführt hatten, erkannt und zum größten Teil überwunden werden.

Kommentar: Es zeigte sich, daß Henriette X errötete, weil sie sich genierte, als "Mädchen" angeschaut zu werden. Die dieses unwillkürliche Geschehen begleitende Angst und die Abwehrmaßnahmen des Ich werden in den Mittelpunkt dieser Zusammenfassung gestellt. Warum, das ist die Frage, hatte die Angst anlässlich eines von außen betrachtet harmlosen Errötens eine solche Intensität, daß eine jahrelange Nahrungseinschränkung und eine generelle Triebabweisung mit Vereinsamung die Folge waren? Im folgenden wird versucht, einen Überblick über die Psychodynamik zu geben.

Die Beschreibung, die Patientin habe sich bis zum Erröten als "Herr im eigenen Hause" gefühlt, verweist, topisch-dynamisch ausgedrückt, auf ein besonders geartetes "Ich-Ideal": Sie wollte ein Junge sein und nicht als Mädchen angeschaut werden. Der Wunsch, ein Junge zu sein, wurde durch lebensgeschichtliche Einflüsse besonders stark in ihr verankert. Sie wuchs vaterlos auf und lebte als einziges Kind mit ihrer Mutter zusammen. Die Mutter, allein stehende Witwe, projizierte das Bild ihres Mannes auf die Tochter und fand in ihr einen intellektuell frühreifen Ratgeber und Partner. Allgemein gesprochen wurde die Patientin so in eine "männliche" Rolle gedrängt. Psychoanalytisch betrachtet kam es nicht zu normalen ödipalen Konflikten in einer Dreieckssituation Vater-Mutter-Kind, sondern zu einer männlichen Identifizierung. Eigenschaften, die als solche nicht "männlich" oder "weiblich" sind, aber in unserer Kultur eher vom männlichen Geschlecht vertreten werden, wurden durch die familiären Gegebenheiten in der Patientin verstärkt, wie Unabhängigkeit, Härte, Tatkraft. Sie war tonangebend und gewohnt, daß sich die Mutter nach ihr richtete. Dieser Umstand war

teilweise dafür verantwortlich zu machen, daß die Patientin besonders stark dem Glauben an eine "Allmacht der Gedanken" (S. Freud) verhaftet blieb. Um so härter traf es sie, wenn sie bei kleinen Übertretungen - beispielsweise bei Verwandten ungeniert etwas zu nehmen - streng bestraft und plötzlich wie ein böses Kind behandelt wurde.

Auch in der jahrelangen Freundschaft mit einem Mädchen war die Patientin der aktive Teil. Solange sie uneingeschränkt eine jugenhafte Rolle spielen konnte, ihr alles mühelos gelang - sie war eine ausgezeichnete Sportlerin und Schülerin, ohne daß sie dafür arbeiten mußte -, blieb das "Ich-Ideal" unangetastet. Das innere Gleichgewicht wurde erst durch die Pubertät gestört.

In dem Konflikt, kein Junge sein zu *können* und kein Mädchen sein zu *wollen* (dem inzwischen im Unbewussten verankerten "Ich-Ideal" entsprechend), wurde eine neue Sicherheit durch ein asexuelles Ideal erreicht. Damit war jene unterschiedslose, primitive Feindschaft zwischen "Ich" und "Trieb" eingetreten, von der A. Freud im Zusammenhang mit der Pubertätsaskese spricht. Die Folgen einer generellen Triebabweisung waren an den Verhaltensänderungen im allgemeinen und an der Eßstörung im besonderen zu erkennen. Durch Verleugnung gefährlicher Aspekte der Außenwelt und durch Verdrängung der Triebhaftigkeit wurde Angstfreiheit im "Ich" erzielt.

Der Hunger wurde für das Erleben zum Prototyp der Triebhaftigkeit, und die Askese diente der Überwindung der Angst vor der Triebstärke.

Bei näherer Betrachtung löst sich für uns die "Angst vor der Triebstärke" in unbewußte Triebkomponenten auf, deren Verdrängung sowohl das Denken als auch das Handeln störte und hemmte. Daraus resultierten a) eine Einschränkung der Fähigkeit der Patientin, zwischenmenschliche Beziehungen aufzunehmen, b) eine Arbeits- und Konzentrationsstörung, c) Funktionsstörungen. Diese Auswirkungen ergeben sich aus den verschiedenen Schicksalen der Affekt- und Vorstellungsrepräsentanzen der Triebregungen. Die Verdrängungen wurden durch "Gegenbesetzungen", durch "Ich-Veränderungen" gesichert. Diese konnten an ihrem Verhalten abgelesen werden.

Bei der Anorexie können folgende psychogenetische Vorgänge unterschieden werden:

- a) Vermeidung einer realen Triebbefriedigung, Rückzug des Triebes vom Objekt und Wunschbefriedigung in der Phantasie (Tagträume über das Essen). Hierbei handelt es sich bereits um einen Versuch, einer Gefahr auszuweichen, die bei uneingeschränkter wirklicher Triebbefriedigung gegeben wäre.
- b) Es zeigte sich, daß die amazonenhafte Haltung der Patientin im allgemeinen und die Anorexie im besonderen eine Folge der abgewehrten Rezeptivität ("etwas kommt in mich hinein") darstellten, weil sich mit "Nahrung" unbewußt "Befruchtung" verband. Ekel und Erbrechen standen in Zusammenhang mit einer Sexualabwehr.
- c) Orale Befriedigung war unbewußt mit Zerstören und Töten verknüpft. Deshalb wurde das Essen eingeschränkt bzw. schuldhaft erlebt.

Die Angst, die Grenzen könnten sich aufheben, verweist auf eine Sehnsucht nach einer alle Gegensätze überwindenden oder umfassenden Beziehung. Da sie Angst vor ihrer Ambivalenz und vor einem zerstörerischen oralen Totalitätsanspruch hatte, wurde diese Sehnsucht verdrängt und in regressiver Weise befriedigt. Ökonomisch-energetisch betrachtet wurde die Spannung des gebremsten Nahrungsdrangs im Bewegungsdrang abgeführt (exzessive Spaziergänge). Topisch vorgestellt handelt es sich hierbei um eine regressive Besetzung bewußtseinsferner Abläufe, die eine Bewegungslust mit sich brachten, ohne daß diese als triebhaft vom "Ich" verworfen werden mußte. Im Gegenteil: Bewegungsdrang und andere Betätigungen dienten zugleich der "Entschlackung" und standen so auch im Dienste der Abwehr.

Biographie

Henriette X wuchs praktisch als Einzelkind und vaterlos auf. Zwei viel ältere Geschwister waren fast schon in Ausbildung, als der Nachkömmling Anfang des Krieges geboren wurde, in dem der Vater ums Leben kam. Hervorzuheben ist, daß sich eine sehr enge Bindung zwischen der einsamen Mutter und dem über alles geliebten Kind entwickelte, das im Ehebett schlief und andernfalls nächtliche Angstzustände entwickelte. Aus der Sicht der Mutter und aller Angehörigen - ein entfernter Onkel mit eigener großer Familie übernahm eine idealisierte Vaterrolle - war Henriette ein durchaus normales, frohes, oft trotziges und lieber draußen als mit Puppen spielendes Kind. Sie zeigte einen wachen Verstand und hatte immer eine lebhaft Phantasie. Von früher Kindheit an war Henriette eng mit Gusti befreundet. Die Einheit Henriette-Gusti erlaubte ein reiches Rollenspielen, wobei Henriette A. nicht nur erfinderischer war, sondern auch häufiger die aktiven, die "männlichen" Rollen übernahm.

Mühe los gelang der Übergang von der Volksschule ins Gymnasium, das sie zusammen mit ihrer Freundin Gusti in dem zu Fuß zu erreichenden kleinen Städtchen besuchte. Auch im Gymnasium setzte sie sich wie selbstverständlich an die Spitze. Alles schien ihr zuzufiegen. Sie war eine ausgezeichnete Sportlerin, eine gute Klavierspielerin, für Deutsch und Sprachen von Hause aus begabt. In der gemischten Schulklasse war sie unter den bubenhaften Anführern und bestimmte den burschikosen Umgangston. Die Beziehung zu Gusti füllte sie aus und schützte sie davor, in engeren Kontakt zu den Mitschülern und Mitschülerinnen treten zu müssen. Mit den anderen hatte sie fast nur als Konkurrentin im Sportunterricht zu tun. Krampfhaft hielt sie an diesem Zustand fest und verabscheute die Periode, die sie für Tage aus dem Konkurrenzkampf ausschloss.

Mit der Umschichtung der Klasse in der Pubertätszeit verlor sie mehr und mehr ihre Führerrolle und veränderte sich in ihrem Verhalten. Sie wurde still, stimmungslabil, ihre Lust zum Umherstreifen verlor sie. Hatte sie vorher wie Gusti mit Lust gegessen, so reduzierte sie nun die Nahrungsaufnahme, gelegentlich erbrach sie. Ihre sportlichen Leistungen ließen nach, so daß sie sich nicht mehr an Wettkämpfen beteiligen konnte. Mit dem Erreichen der mittleren Reife mußte sie die Schule wechseln und Fahrschülerin werden. Damit war eine Trennung von Gusti verbunden. In der neuen Klasse, die sie noch 2 Jahre bis zum Beginn der Behandlung besuchte, änderte sich die sich im 16. Lebensjahr körperlich und psychopathologisch manifestierende Krankheit nicht.

Aus der Beendigungsphase der Therapie

8. Behandlungsabschnitt, 215.-254. Sitzung

Mit einer gewissen Beunruhigung und zugleich Freude bemerkte Henriette X, daß mit der schon seit langem erfolgten Gewichtszunahme auch eine Veränderung ihres Körpergefühls einherging, und ihre Muskeln wurden weicher. Die Beunruhigung wurde durch Körperempfindungen - ein Druckgefühl des Bauches beim Tragen eines engen Rockes oder Gürtels - verursacht. Eine Reihe weiterer eigenartiger Körpersensationen konnte nur ungenügend verstanden werden, scheint uns aber von Bedeutung für das Verständnis der Beziehung von Funktion und Gestalt - der Störung der Nahrungsfunktion und des Körperbilds - zu sein. Ist es doch eine bemerkenswerte Tatsache, daß viele Magersüchtige ihr Körpergewicht mit ganz minimalen Schwankungen über Jahre hindurch konstant halten. Man muß annehmen, daß die Nahrungszufuhr automatisch durch unbewußt signalisierte Körperwahrnehmungen reguliert wird.

Henriette X war ebenso sehr von der Unruhe, die sie zum Essen trieb, wie von der Wahrnehmung ihrer Körperformen betroffen. In ihren Angstzuständen fürchtete sie, sowohl von innen, von unbekanntem Triebgefahren, wie auch von außen überwältigt zu werden. Die Vermischung von Innen und Außen, wie sie sich beim Eß- und Geschlechtsakt vollzieht, war Thema der folgenden Träume.

In der 237. Behandlungsstunde erwähnte Henriette X einen Traum, in dem sie zunächst bei ihrer Mutter Schutz gesucht hatte und dann mit ihrem Analytiker im Bett lag. Es kam zu einem Ringkampf, zu einer Verletzung und Blutung. Das in diesem Zusammenhang wesentliche Traumdetail war, daß Henriette X durch dicke Balken der Zimmerdecke, die jedoch im Traum Bahlsen-Kekse waren, erstickt wurde.

In weiteren Träumen (240. Stunde) hatte Henriette X erneut die Empfindung zu ersticken, und gleichzeitig hatte sie im Traum eine Monatsblutung. Schließlich träumte sie in der 245. Stunde davon, die Periode gehabt zu haben, die aber teilweise eine weiße Farbe hatte. Im Traum wurde die Periodenblutung samt den weißen Bestandteilen dem Essen beigemischt und von Henriette X verzehrt. Im weiteren Verlauf des Traumes lag sie unter einem besonders schönen Mädchen und hatte Verkehr mit ihm. Dabei spürte sie kein Glied, fühlte aber den schönen Körper dieses Mädchens und sah dessen wohlgeformte Brüste vor sich.

Nun wurde es klarer, was es bedeutet, "mit dem Essen verheiratet zu sein" - mit diesen Worten beschrieb Henriette X gelegentlich ihren derzeitigen Zustand. Denn im Traum von dem mit weißen Bestandteilen durchsetzten und dem Essen beigemischtem Menstrualblut vollzieht sich ein Geschehen, das sowohl eine Parthenogenesis (orale Selbstbefruchtung) als auch eine partielle Selbstversorgung zum Inhalt hat. Wir haben also diesen Traum auf 2 Schichten interpretiert und - kurz gesagt - die weißen Bestandteile im einen Fall als Samen und im anderen als Milch in den psychischen Zusammenhang eingereiht. Nun konnte auch ein früherer Traum, in dem ein Baby am Genitale der Patientin saugte, besser verstanden werden: Diese Ausscheidung war unbewußt mit Nahrung gleichgesetzt worden. Neben der inhaltlichen Interpretation wurde auf den narzisstischen Kreis des Traumes verwiesen: "Ich bin autark und kann alles, selbst zeugen und von meiner eigenen Substanz leben."

Kommentar: Die Autarkie verweist einerseits auf eine Angst vor Verlust und Tod (es darf nichts verloren gehen), und sie stellt zugleich einen Versuch der Überwindung dieser Angst dar. Wenn sich dieser Vorgang nicht nur auf der Traumebene abspielt, sondern das Handeln bestimmt, entsteht eine Situation, die wohl für viele Nahrungsverweigerungen charakteristisch ist. Indem eine maximale Abgeschlossenheit durch die Abwehrvorgänge des Ich erzwungen wird, ändert sich nichts mehr, und es wird - mag auch im Extremfall das Leben faktisch erlöschen - in wahnähnlicher Weise am Glauben an die Unsterblichkeit festgehalten. Wir würden also das Dahinsiechen mancher Anorexia-nervosa-Kranken mit Hilfe Ich-psychologischer Vorstellungen zu begreifen versuchen. Formelhaft könnte man dieses Paradoxon so beschreiben: "Ich lebe von meiner eigenen unerschöpflichen Substanz und bin nun nicht mehr all jenen Gefahren eines Austauschs unterworfen, die schließlich zum Tode führen. Ich bin von nichts, also auch nicht vom Tod bedroht." Diese Verleugnung ermöglicht es den Kranken, frei von Todesfurcht zu sein. (Unbewusst ist die eigene Substanz mit der mütterlichen identisch, so daß sich im Tod die unbewußte Symbiose scheinbar verewigt.)

Henriette X lebte glücklicherweise in Wirklichkeit nicht in jener Autarkie, und wir konnten mit Hilfe der anderen Träume auch verstehen, warum sie auf den narzisstischen Kreis zurückgeworfen war. Sie mußte gefährliche Beziehungen - orale Überwältigung durch Bahlsen-Kekse (Verschiebung von unten nach oben) und homosexuelle Beziehungen - und die dazugehörigen Triebregungen abwehren. Der Objektverschiebung des Traumbilds - die

Erstickung durch Bahlsen-Kekse - entsprach auch eine eigenartige Körperwahrnehmung während des Assoziierens. Henriette X hatte die Empfindung, als ob ihre Zunge schwellte, und sie reproduzierte das im Traum erlebte Erstickungsgefühl. Die Schwellung der Zunge wurde als Erregungsverschiebung aufgefasst. Im Zusammenhang damit fürchtete Henriette X, nicht mehr normal sprechen zu können und stottern zu müssen. Diese Befürchtung hörte schlagartig auf, nachdem mit dem Mund als Artikulationsorgan verbundene libidinöse Strebungen gedeutet worden waren. Hierbei wurde auch auf den homosexuellen Traum zurückgegriffen. Sie hätte, sagte Henriette X, in diesem Augenblick die Behandlung bei einer Ärztin abgebrochen, weil es ihr unerträglich sei, mit einer Frau über ihre Zärtlichkeitsbedürfnisse zu sprechen.

Es war erfreulich, wie Henriette X Interpretationen aufzunehmen vermochte und in der Lage war, ihre zunächst unmotiviert scheinenden Angstzustände in den Zusammenhang ihres Erlebens zu stellen und zu integrieren. Besonders quälten sie ihre gegen die Mutter gerichteten Aggressionen, die einerseits der Abwehr ihrer Anlehnungswünsche dienten und andererseits Frustrationsfolge waren. Aus Schuldgefühlen ließ sie es gelegentlich im Straßenverkehr durch Unvorsichtigkeit bis zum Äußersten kommen, wobei zugleich ein Moment des Erprobens ihrer Geschicklichkeit und Fähigkeit, mit dem Fahrrad im letzten Augenblick noch vor einem Auto vorbeizukommen, mit im Spiele waren.

Ihre Schulleistungen besserten sich zu ihrer Überraschung selbst in den naturwissenschaftlichen Fächern, obwohl sie nur mit geringer Ausdauer - dann aber mit großer Intensität - und im Vergleich zu ihren Klassenkameradinnen immer noch viel zu wenig arbeitete. Die Entscheidung bei der Berufswahl führte wieder zu Schwierigkeiten. Henriette X wollte sich auch in dieser Frage alle Möglichkeiten offenlassen und darüber hinaus, wie sie schließlich erkannte, einen Beruf suchen, der ihr alles andere, Ehe und Familie, ersetzen könne. Anlässlich einer Berufsberatung wurde ihr eine überall gleichmäßige und insgesamt überdurchschnittliche Begabung bescheinigt. Einen Mangel an Ausdauer ersetzte sie durch größere Wendigkeit. Sie selbst hatte schon daran gedacht, Dolmetscherin zu werden, und mit dem weiteren Fortschritt ergab sich dieses Studium von selbst.

9. Abschnitt, 255.-289. Sitzung

Henriette X wollte die Weihnachtsferien vor dem Abitur zu intensiver Arbeit nützen, was nicht geschah. Zum ersten Mal hatte sie Spaß bei einer Party, die sie zusammen mit ihrer Freundin Gusti vorbereitet hatte. Sie war entspannt, mochte sich selbst gerne leiden und brauchte sich nicht zu kontrollieren. Sie war erfolgreich, wurde von den Jungen bewundert und in kameradschaftlicher Weise umworben. Mordimpulse quälten sie nicht mehr. Sie wagte aber noch keine weiteren Spaziergänge allein und hatte gelegentlich ein Erstickungsgefühl.

Ihre Beziehung zu ihrer Mutter hatte sich geändert, und Henriette X bedauerte, daß sie einen größeren inneren Abstand von zu Hause bekam. Es war aber unverkennbar, daß sie lebhaft Anlehnungsbedürfnisse nach wie vor abwehrte. Dies wirkte sich in eigentümlicher Weise auch auf ihren Umgang mit Kindern aus. Sie spielte zwar gerne mit ihrer Nichte und ihrem Neffen, litt aber unter dem Eindruck, innerlich nicht frei und ungezwungen zu sein und überhaupt keinen richtigen Kontakt zu Kindern zu haben. "Ich könnte doch", meinte Henriette X, "nachdem ich für meine Mutter nichts mehr fühle, für Kinder etwas empfinden." Natürlich schien ihr nur der Wunsch zu sein, einmal eine Liebesbeziehung zu haben, undenkbar der Gedanke, Kinder zu gebären, zu ernähren und zu erziehen. Ohne die folgenden Fachtermini zu benutzen, wurde die Interpretation gegeben, sie könne für Kinder nichts empfinden, weil sie sich dabei teilweise identifizieren und gerade bei einer Identifikation mit dem eigenen Kind eine infantile Abhängigkeit erleben würde. Diese Deutung konnte am oben

erwähnten Traum, der das Thema des Saugens und Leckens zum Inhalt hatte, vertieft werden. Es ist im Grunde das theoretisch nicht leicht zu bewältigende Problem der Verflochtenheit von Objektbeziehung und Identifikation, das in den Worten der Patientin und in meinen Deutungen enthalten ist.

In der Endphase der Behandlung träumte Henriette X, ihren Arzt erwürgt zu haben. Irgendwie war im Traum von Liebe und Gier die Rede. Henriette X erinnerte eine phantastische Geschichte von einem Teufel, der seinen Opfern auflauert, um sie gierig zu verschlingen. Es fiel ihr weiterhin ein, daß der etwa 4jährige Neffe ihr einmal ganz unmotiviert beim Spiel ins Ohr geflüstert hatte: "Ich will dir jetzt was besonders Schönes sagen: ich möchte dich totmachen." Die zerstörerische Gewalt ihres Liebesanspruchs führte zur Abwehr ihrer Anlehnungswünsche. Denn in einem solchen Zustand wäre sie ihren eigenen Impulsen schutzlos ausgeliefert. Man darf im übrigen nicht vergessen, daß die zur Versagung führende Abstinenzregel die reaktive Aggressivität - zumal in der Endphase einer Behandlung - in einem besonders scharfen Lichte zeigt.

Darüber hinaus ist folgendes bemerkenswert: Zwischen der 258. und der 259. Stunde lag ein Wochenende. Henriette X ging tanzen und verliebte sich erstmalig heftig. Eine Schulfreundin bemerkte mit Genugtuung: "Es beruhigt mich, daß du normal wirst."

Das Abitur machte die Patientin ohne jede Angst und Aufregung. Sie ließ sich gleichzeitig keine Gelegenheit entgehen, Fasching zu feiern. Ihre erste heftige Verliebtheit wurde rasch von einer neuen Faszination abgelöst. Während einer Faschingsnacht war sie von einem "existentialistischen" Jungen begeistert, in dem sie in mancher Hinsicht ihr Ebenbild entdeckte. Die halbe Nacht wurde über Gut und Böse diskutiert, dessen Existenz verleugnet wurde. Gleichzeitig entschieden sich beide für hohe asketische Ideale und bezeichneten jede Abhängigkeit vom Körper als menschenunwürdig. Diese Argumente hinderten die beiden jedoch nicht daran, leidenschaftlich Zärtlichkeiten auszutauschen. Während des anschließenden kurzen Schlafes träumte Henriette X, mit einem jungen Mann im Bett zu liegen, den sie vor der ins Zimmer tretenden Mutter unter der Bettdecke versteckte. Danach litt sie an einer Einschlafstörung, die teilweise durch abendliche sexuelle Erregungen bedingt war. Henriette X erinnerte nun, früher sexuelle Erregungen gehabt, aber diese nicht zugelassen und auch nicht onaniert zu haben.

Die Faschingserfahrungen lösten einen Traum aus, der eine wichtige Wurzel ihrer Minderwertigkeitsgefühle als Frau erkennen ließ. Henriette X träumte, aus ihren prallen und gespannten Brüsten komme eine große Zahl kleiner schwarzer Käfer heraus. Die beim Tanzen empfundene sexuelle Erregung ihrer Partner hatte diesen Traum motiviert, und über eine Gleichsetzung von Brust und Penis wurde dieses Geschehen autoplastisch dargestellt. Die schwarzen Käfern symbolisierten Samen, der dadurch zugleich als etwas Ekelhaftes entwertet wurde. Henriette X war praktisch von selbst auf diese Deutung gekommen, zumal nun auch klarer wurde, daß sie sich für unfähig hielt, einmal die Funktion einer Mutter zu erfüllen: Die Brüste sollten zeugen und nicht stillen.

Während der Endphase der Behandlung trat eine Einschlafstörung auf, die die Patientin über die Maßen beunruhigte. Früher hatte sie eine prompt wirksame Einschlafphantasie, die jetzt nicht mehr wirkte: Es war die Vorstellung, in einen tiefen Brunnen zu fallen. Es zeigte sich, daß die Einschlafstörung folgendermaßen zu verstehen war: Das In-den-Schlaf-Fallen wurde einerseits als eine Überwältigung erlebt und andererseits als eine Regression in eine ersehnte Geborgenheit. Es war charakteristisch, daß die Patientin nun Angst hatte, während einer Stunde einzuschlafen. Dieser Gedanke war ihr deshalb so unangenehm, weil sie bewußt gerade nicht bei ihrem Arzt bleiben wollte, sondern eine Trennung anstrebte. Inwieweit ein Sichfallenlassen immer noch aufgrund einer unbewußten Verknüpfung der Hingabe mit einem aggressiv-gefährlichen Akt belastet war, zeigte ein Traum, in dem die Patientin, durch

die Giftpistole eines Mannes gelähmt, umfiel. Die Deutungsarbeit erreichte eine wesentliche Besserung dieses Symptoms.

Henriette X konnte nach bestandenem Abitur in gutem Zustand aus der Behandlung entlassen werden. Die Periode war seit Monaten regelmäßig. Das Körpergewicht betrug 55 kg, die Obstipation war wesentlich gebessert. Insgesamt hatte sich eine günstige Entwicklung angebahnt. Hinsichtlich der Symptomatik ist zu bemerken, daß die Patientin eine vollkommene Unbefangenheit beim Essen noch nicht wieder erreicht hatte und sich noch gerne den letzten Bissen aufbewahrte.

Es schien gerechtfertigt zu sein, nun der *Vis medicatrix naturae*, der Heilkraft der Natur, ihren Anteil zu lassen und die Behandlung zu beenden. Die Patientin wollte auswärts ihrer Ausbildung nachgehen; eine Nachbehandlung während einer kommenden Studienpause wurde ins Auge gefaßt. Diese erfolgte in 15 Sitzungen mehrere Monate später. Die Entwicklung der Patientin hatte insgesamt einen günstigen Fortgang genommen.

Das Problem des Symptomwandels

Mehr als 40 Jahre sind seit dem Abschluß der Behandlung vergangen. Durch die Psychoanalyse der Patientin Henriette X konnten wesentliche Einblicke in die Pathogenese der Anorexia nervosa gewonnen werden. Aus der Kenntnis der interaktionellen und innerseelischen Bedingungen der Krankheitsgeschichte und ihres Verlaufs lassen sich behandlungstechnische Strategien ableiten, die verallgemeinert werden können (Thomä 1972).

Die Therapie führte zu nachhaltigen, bleibenden Veränderungen. Von einer Heilung kann mit Fug und Recht gesprochen werden, weil Henriette X nach Abschluß der Behandlung ein persönlich und beruflich erfolgreiches, ausgefülltes Leben führte, ohne daß noch Restsymptome der Anorexia nervosa bestanden. Nach Beendigung eines Studiums und einer Berufswahl, die sie ins Ausland führte, heiratete Henriette X ihren langjährigen Freund.

Vor etwa 30 Jahren stellte sich ein beunruhigendes Symptom ein, weshalb die Patientin mich erneut konsultierte: Bei beiderseitigem intensiven Kinderwunsch lehnte die Patientin eine Schwangerschaft wegen ihrer neurotischen Angst ab, ihren hilflosen Kindern würde etwas passieren können, ja, sie könnte ihnen selbst etwas antun. Henriette X, die sich eine lebhaftere Erinnerung an mich bewahrt hatte, führte dieses Symptom darauf zurück, daß sie durch die Psychoanalyse zu rasch von ihrer Mutter weggeführt worden sei. Obwohl sie mit ihrem Freund bzw. Mann in jeder Hinsicht glücklich sei, und sie ihre Möglichkeit, überhaupt eine heterosexuelle Beziehung aufzunehmen, wie vieles andere der Psychoanalyse verdanke, kritisiert Henriette X die aus ihrer Sicht "existentielle" Intensität der Behandlung und die tiefgreifenden Veränderungen am Beispiel der zu raschen Lösung ihrer engen Beziehung zur Mutter. Die Patientin klagte nun noch über eine weitere Einschränkung ihres sonst freizügigen Lebens, die sie den Veränderungen durch die Therapie anlastete: Sie konnte nur mit Überwindung einer gewissen Angst allein fliegen. Diese Einschränkung lastete Henriette X mir an, weil ich dazu beigetragen hätte, daß sie ihre Abhängigkeit erkannte und somit die absolute Selbstsicherheit, die sie in der Phase ihrer Erkrankung gehabt hätte, verloren habe.

Indem ich ihren Vorwurf anerkannte und sowohl auf der Ebene der Beziehung wie auf der Ebene der Übertragung thematisierte, ergab sich eine intensive Fokalthherapie, die aus äußeren Gründen in hoher Frequenz während eines kurzen Zeitraums durchgeführt wurde. Die phantasievolle Patientin konnte in der Übertragungsanalyse sehr aggressive Gefühle ihrer Mutter gegenüber erleben und kritisch reflektieren. Da diese aggressiven Gefühle innerhalb einer unbewußt als ausgesprochen symbiotisch erlebten Beziehung auftraten, konnte sich die

Patientin nicht sicher sein, ob sie in der Mutter und in ihren noch ungeborenen Kindern nicht sich selbst treffen würde. Um ihre noch ungeborenen Kinder hatte sie Angst, weil sich mit ihnen die Probleme der symbiotischen Beziehung wiederholen könnten. Die Angst vor dem Fliegen ohne Begleitung ließ sich unschwer in den Fokus einbeziehen, zumal hierbei der Übertragungsaspekt ganz deutlich war: Sie konnte sich dem "leeren Raum" deshalb nicht angstfrei überlassen, weil eine alte Rechnung mit mir noch nicht ganz beglichen war; großes Vertrauen zu haben, bringt auch ein hohes Maß an Abhängigkeit und entsprechende Enttäuschungen mit sich. Die weiten Räume repräsentierten ein "Übertragungsobjekt", dessen Zuverlässigkeit durch ihre eigenen unbewußten Aggressionen in Frage gestellt wurde.

Die Sehnsucht nach einer allwissenden und allmächtigen Mutter führt unvermeidlich zu Enttäuschungen und damit zu Aggressionen, die dann die gesuchte Sicherheit untergraben. So ist es schlussendlich der unbewußte Prozeß, durch den das Symptom - wie man dies regelmäßig bei solchen Symptomen beobachten kann - die Angst motiviert und durch "äußere" Bestätigung, die als Verstärkung wirkt, perpetuiert wird. Durch die Intensität des Erlebens in der Übertragung und durch die Einsicht besserten sich die Symptome in kurzer Zeit.

Frau Henriette X ist nun Mutter einer Familie mit mehreren Kindern. Sie hat mich brieflich mehrmals über das Ergehen der Familie unterrichtet.

Anläßlich einer katamnestischen Anfrage meinerseits ergaben sich mehrere Gespräche vor etwa 20 Jahren, die es der Patientin erleichterten, mit einer aktuellen Belastung besser fertig zu werden. Frau Henriette X hatte eine besonders enge Beziehung zu ihren Kindern, so daß sie deren Autonomiebestrebungen im Schulalter und während der Pubertät schwer ertragen konnte.

Wegen des oben erwähnten, rund 30 Jahre nach Behandlungsbeendigung aufgetretenen phobischen Symptoms ist das Problem des Symptomwandels zu diskutieren. In dem ausführlichen, bereits veröffentlichten Behandlungsbericht (Thomä 1961, S. 130) stolpert man im nachhinein über einen Hinweis, der thematisch mit dem späteren Symptom in Beziehung stehen könnte. Damals hatte die Patientin überlegt: "Nachdem ich für meine Mutter nichts mehr fühle, könnte ich doch etwas für Kinder empfinden", aber es schien ihr undenkbar, Kinder zu gebären, zu ernähren und zu erziehen. Aus der Kenntnis des weiteren Verlaufs können wir nun sagen, daß sich eine unbewußte Konstellation erhalten hat, die ein thematisch verwandtes Symptom hervorgebracht hat.

Theorie des Symptomwandels

Solche Beobachtungen haben zur Theorie des Symptomwandels oder der Symptomverschiebung beigetragen, die Freud (1937 c) in seinem Spätwerk *Die endliche und die unendliche Analyse* diskutiert hat. Mit dem Problem des Symptomwechsels hängt eine nicht mehr sehr aktuelle Kontroverse zwischen den psychodynamischen Psychotherapien und der Verhaltenstherapie zusammen (Perrez u. Otto 1978). Hierzu sind mit Blick auf den Krankheitsverlauf dieser Patientin einige Bemerkungen am Platz. Berücksichtigt man die Wirksamkeit von sog. unspezifischen Faktoren in der Psychotherapie, muß die These einer rein symptomatisch wirksamen Behandlung in Frage gestellt werden. Denn die Motivierungen, die vom Symptom in einer sich selbst verstärkenden Weise ausgehen, bleiben mit den früheren pathogenetischen Bedingungen verbunden, weshalb die letzteren auch bei einer scheinbar nichtkausalen symptomatischen Therapie irgendwie berührt werden können. Die Dimensionen des Verlaufs und des "sekundären Krankheitsgewinns" mit ihren Rückwirkungen auf die primäre Pathogenese wurden in der psychoanalytischen Praxis vernachlässigt. Die Krankheit ist nicht nur im Hinblick auf die Übertragungsneurose "... nichts Abgeschlossenes, Erstarrtes, sondern wächst weiter und setzt ihre Entwicklung fort wie

ein lebendes Wesen" (Freud 1916/17, S. 461). Aufgrund der psychoanalytischen Theorie ist eine Symptomverschiebung dann zu erwarten, wenn wesentliche Bedingungen der Symptomentstehung durch eine Psychotherapie nicht aufgehoben werden konnten und noch weiter wirken. Im Fall von Frau Henriette X wirkte eine unbewußte Konfiguration noch weiter, die dann situativ ausgelöst und in der Belebung wieder wirksam wurde. Ein latenter Zustand manifestierte sich anläßlich einer thematisch passenden Auslösung.

Da alle neurotischen Symptome überdeterminiert sind, ist es oft ausreichend, die eine oder andere Bedingung zu beseitigen, so daß das Problem des Symptomwechsels auf die Frage hinausläuft, ob es empirisch möglich ist vorauszusagen, unter welchen Bedingungen eine Konfiguration aus der Latenz wieder wirksam wird, oder wann eine Bedingungskette in ihren relevanten Gliedern endgültig unterbrochen ist; es ist offensichtlich, daß solche Vorhersagen nicht leicht gemacht werden können.

Die nicht geringen Schwierigkeiten, die Beziehungen zwischen latenten Dispositionen und den zukünftigen, wahrscheinlichen Bedingungen ihrer Manifestation anzugeben, scheinen dazu beigetragen zu haben, eine utopische Lösung anzustreben, nämlich alle unbewußten, möglicherweise in der Zukunft wirksam werdenden pathogenen Konstellationen aufzuheben. Obwohl Freud (1937 c) gezeigt hat, daß hier ein Ziel angestrebt wird, das im Unendlichen liegt, geht von solchen Utopien eine große Anziehungskraft aus. Der Idee Paul Ehrlichs, eines Tages eine *Therapia magna sterilisans* zu erreichen, d. h. alle Infektionskrankheiten durch eine einmalige große Gabe eines chemotherapeutischen Mittels heilen zu können, entspricht der Utopie, durch eine "unendliche" Analyse die Disposition für psychopathologische Reaktionen aufzulösen.

Wir wenden uns nun der Frage zu, in wieweit die *familiäre Konstellation* ursächlich zur Entstehung der Anorexia nervosa bei Henriette X beigetragen haben könnte. Es geht uns hierbei um eine exemplarische Diskussion aus der Nutzenanwendungen allgemeiner Art gezogen werden können.

Die familiäre Konstellation

Wir wenden uns nun der Frage zu, inwieweit die familiäre Konstellation ursächlich zur Entstehung der Anorexia nervosa bei Henriette X beigetragen haben. Es geht uns hierbei um eine exemplarische Diskussion, aus der Nutzenanwendungen allgemeiner Art gezogen werden können.

Einige Besonderheiten in der Familie von Henriette X sind nun zusammenzufassen, die sich auf die Gestaltung der inneren Welt der Patientin ausgewirkt haben. Wir haben davon gesprochen, daß Henriette X in gewisser Weise die Stelle des Vaters an der Seite der Mutter einnahm. Dadurch ergab sich eine sehr enge Bindung zwischen Mutter und Kind: Die Mutter konnte sich in ihrer Einsamkeit mit der Tochter trösten, Henriette X mußte das Gefühl haben, für die Mutter sehr wichtig zu sein. In der familiendynamischen Literatur bezeichnet man die Übernahme bzw. Zuweisung einer elterlichen Rolle an ein Kind als Parentifizierung (Boszormenyi-Nagy 1965). Es handelt sich um eine Form der Rollenumkehr, in der Mutter oder Vater an das Kind Wünsche richten, die in der Beziehung zu den eigenen Eltern oder zum Ehepartner unerfüllt geblieben sind. Derart "parentifizierte" Kinder werden überfordert und zu früh in die Erwachsenenrolle gedrängt, sie werden altklug. Henriette X ersetzte v. a. den vermissten Ehemann. Die Schwierigkeiten in der sexuellen Identitätsfindung, die sich aus diesem Umstand ergaben, haben wir beschrieben.

Als bei der nunmehr verheirateten Henriette X Kinderwunsch aufkam, entwickelte sie eine neurotische Angst, die ihre tieferen Wurzeln in der Symbiose hatte. Tatsächlich spürte sie später, wie die Autonomie der Kinder sie belastete. Die therapeutische Arbeit richtete sich nun darauf, die Parentifizierung ihrer eigenen Kinder aufzulösen. In ihrer engen Beziehung zu

ihren Kindern versuchte sie nun, jene "kindlichen" Anlehnungswünsche unterzubringen, die sie selbst bei ihrer Mutter nicht befriedigen konnte. Ihre Autonomiebestrebungen und ihr frühes Erwachsensein hatten dies verhindert.

Als sich Henriette X durch die analytische Arbeit zunehmend mehr von ihrer Mutter löste, ihre Abhängigkeitssehnsüchte erkannte und aus Schuldgefühlen wegen ihrer Aggression im Straßenverkehr unvorsichtig wurde, wandte sich die Mutter an mich. Sie war in Sorge, daß sich ihre Tochter etwas antun könnte. Im familiendynamischen Sinne wurde dem Therapeuten die Rolle des Vaters übertragen. Die Patientin war sichtlich entlastet: Sie konnte ihre Sorge um die Mutter an den Therapeuten abgeben. Gleichzeitig konnte mit der Mutter erarbeitet werden, wie die Patientin unbewußt versuchte, sich der Fürsorge der Mutter zu versichern, um ihre starken Autonomiebestrebungen zu kontrollieren.

Die Berücksichtigung der Familiendynamik ist v. a. dann notwendig, wenn ein Kreisgeschehen nicht durch die Änderung des hauptbeteiligten Patienten unterbrochen werden kann. Wir wenden uns aber dagegen, mit Petzold (1979) die Anorexia nervosa als "Symptom einer Familienneurose" zu deklarieren. Die Annahme, daß es familienpathologische Konstellationen gibt, deren Unterschiede für die "Entstehung" der Anorexia nervosa, anderer psychosomatischer Erkrankungen, der Schizophrenie oder der Zykllothymie spezifisch sein könnten, dürfte sich als ähnlich trügerisch herausstellen (Cierpka 1989) wie die Spezifitätsannahme bei den psychosomatischen Erkrankungen (s. 9.7). Wie ungünstig sich eine solche Fehleinschätzung auswirken kann, ist bekannt, seitdem die "schizophrenogene Mutter" erfunden wurde. Im Erleben verbindet sich zudem Schuld im Sinne von "Ursache" leicht mit moralischer Schuld oder zumindest mit Verantwortung. Die Einbeziehung der Familie in die Therapie wird dann erschwert oder gar unmöglich, weil die Familienangehörigen sich unverstanden fühlen oder sich erst recht zurückziehen.

Familiäre Interaktionsmuster

Die Familiendiagnostik hat in den letzten Dezennien einen erheblichen Aufschwung genommen (Cierpka 2003). Untersuchungen zur Typologie psychosomatischer, schizopräsender und manisch-depressiver Familien (Wirsching u. Stierlin 1982; Stierlin 1975; Stierlin et al. 1986) weisen so viele methodische Mängel auf, daß die Behauptung ursächlicher Zusammenhänge fragwürdig ist. Exemplarisch hat Anderson (1986) die methodischen Probleme am Modell "psychotischer Familienspiele", wie es von Palazzoli Selvini (1986) entworfen wurde, diskutiert. Auch aus Gründen der theoretischen Plausibilität ist ein bescheideneres Ziel anzustreben, nämlich die durch jede chronische Erkrankung - hier ist eine Verallgemeinerung am Platz - ausgelöste familiäre Krise zu erfassen und in den Therapieplan einzubeziehen. Auch wenn die Familie von Henriette X durch den Tod des Vaters als inkomplett bezeichnet werden muß, ist die von Minuchin (1977) beschriebene "Verstrickung" zwischen Mutter und Kind deutlich. Damit ist eine extrem enge und intensive Form der Interaktion gekennzeichnet. Andere Beschreibungen von "typischen Magersuchtsfamilien" (Sperling u. Massing 1972) verweisen ebenfalls auf im Querschnitt erhobene strukturelle Besonderheiten in den Familienbeziehungen. Gemeint sind damit Interaktionsmuster, die nach dem Auftreten der Erkrankung festgestellt werden. Spezifität von Familienmuster für einzelnen Pathologien ist empirisch nicht zu bestätigen (Cierpka 1989). Familientherapeutischen Ansätze ergänzen v. a. dann die Einzeltherapie, wenn sie dem erkrankten Individuum den Freiraum für die Ablösung von zu Hause und die notwendige Autonomie verschaffen (Gurman et al. 1986; Petzold et al. 1991).

Man kann also nicht so tun, als gäbe es weder eine angeborene Reaktionsbereitschaft (Schepank 1992) noch einen Freiheits- und Entscheidungsspielraum oder eine Beteiligung des Kindes selbst, das trotz seiner Abhängigkeit keineswegs nur passiv auf die Umwelt

reagiert, sondern diese auch aktiv gestaltet. In besonderem Maße gilt dies für die höchst eigenwilligen Pubertätsmagersüchtigen.

Generell wird der BRD ein breites Spektrum an Behandlungsoptionen für anorektische und bulimische Patientinnen vorgehalten; bemerkenswert ist die Vielzahl stationärer psychodynamischer Angebote, wie Herzog et al (2003) in einem Therapieführer beschrieben haben. Die von der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart initiierte multizentrische Studie konnte eine einzigartige, umfangreiche Stichprobe von 1200 Patientinnen über zweieinhalb Jahre vor, während und nach der stationären Behandlung evaluieren (Kächele et al. 2001).

9.6 Neurodermitis

Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit

Bei chronischen Krankheitsverläufen ist in der Regel das somatische Behandlungsrepertoire erschöpft, wenn eine Psychotherapie begonnen wird. Diese Tatsache und der langfristige Verlauf erleichtern durch den *Vergleich des Falles mit sich selbst* die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit neuer, nun also psychotherapeutischer Mittel. Unter der Voraussetzung, daß alle übrigen Bedingungen, insbesondere die Lebensumstände konstant bleiben und lediglich eine psychoanalytische Therapie neu hinzukommt, haben wir eine brauchbare klinische Versuchsanordnung vor uns. Hierbei wird die klassische Differenzmethode J. S. Mills für die klinische Forschung nutzbar gemacht (s. hierzu Eimer 1987).

Zunächst sind einige Kriterien zu nennen, die bei Einzelfallstudien dieser Art berücksichtigt werden müssen. Der "Vergleich des Falles mit sich selbst" (P. Martini 1953; Schaumburg et al. 1974) ist hier die wichtigste Grundlage der Therapieforschung. Idealerweise sollten anhand ätiologischer Annahmen die therapeutischen Eingriffe mit dem Ziel variiert werden, pathogene Faktoren bestmöglich zu eliminieren und die Symptome zu beseitigen. Es kommt also darauf an, den Verlauf über einen langen Zeitraum hin zu beobachten und die therapeutisch bewirkten Veränderungen des Krankheitsbilds zu erfassen.

Im Hinblick auf die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit der Psychoanalyse bei einem Neurodermitiskranken, den wir nun vorstellen möchten, sind 3 Phasen zu unterscheiden:

- a) Die Krankheitsdauer bei Beginn der Psychotherapie betrug ca. 8 Jahre. Während dieser Zeit war der Patient laufend in hautärztlicher Behandlung und oft arbeitsunfähig. Er mußte wegen Verschlimmerung der Hauterkrankung 4mal stationär aufgenommen werden (Krankenhausaufenthaltsdauer insgesamt ca. 6 Monate).
- b) Mit Beginn der insgesamt 2 1/2-jährigen Analyse und während ihrer Durchführung blieben die äußeren Lebensbedingungen des Patienten unverändert. Die lokale hautärztliche Therapie wurde in der bisherigen Weise fortgesetzt. Die neu eingeführten Mittel bestanden in der besonderen "Beeinflussung", die eine Psychoanalyse mit sich bringt. Die während der Psychoanalyse auftretenden Veränderungen, Besserungen oder Verschlechterungen, konnten als Korrelate seelischer Prozesse erkannt werden. Nicht die äußeren Lebensumstände, wohl aber die Lebenseinstellung des Patienten änderte sich in wesentlichen Bereichen. Da also alle übrigen Bedingungen gleichblieben, können die psychotherapeutisch erzielten Änderungen als Ursache für die nachhaltige Besserung und Heilung bezeichnet werden.

- c) Diese These wird durch den weiteren Verlauf bestätigt, denn während des fast 30jährigen katamnestischen Zeitraums blieb der Patient gesund. Unmittelbar nach Beendigung der Psychotherapie (1959) war die Haut noch pflegebedürftig, und es traten gelegentlich leichte Effloreszenzen auf, die ohne hautärztliche Behandlung wieder abklangen.

Auszüge aus der Krankengeschichte

Die Hautveränderungen, die von Herrn Bernhard Y als chronisches Ekzem bezeichnet werden, hatten im Verlauf der Jahre verschiedene dermatologische Diagnosen wie seborrhoische Dermatitis, spät exsudatives Ekzematoid und Neurodermitis atopica erhalten. Sein sexuelles Versagen - eine Impotenz - und neurotische Störungen (Zwangsgedanken) hatte der Patient den Ärzten verschwiegen. Auch die krankheitsauslösenden Ereignisse waren in den Krankengeschichten der Hautkliniken unerwähnt geblieben. Erst nach 10jähriger Krankheitsdauer begegnete der Patient einem psychosomatisch orientierten Hautarzt, der eine seelische Mitverursachung vermutete und ihn zur Psychotherapie überwies.

Krankheitsverlauf

Es ist bemerkenswert, daß der Patient zwar seit der Kindheit an rauher und aufgerissener Haut litt und zwischen dem 10. und 17. Lebensjahr einen Ausschlag im Bereich der Mundpartie hatte, aber diese Erscheinungen als Soldat, nach der ersten Trennung vom Elternhaus, verlor. (Eltern und Geschwister sind gesund, Hauterkrankungen oder konstitutionelle Belastungen sind in der Familie nicht bekannt.)

Herr Bernhard Y erkrankte im 20. Lebensjahr an Erbrechen und Appetitlosigkeit. Unmittelbar nach dem Abklingen dieser Beschwerden trat eine juckende Hautentzündung auf. Die Hauterscheinungen dehnten sich auf Arme, Brust und Rücken aus, so daß der Patient arbeitsunfähig wurde und erstmals im September 1948 in eine Universitäts-Hautklinik überwiesen wurde. Dort wurde eine seborrhoische Dermatitis festgestellt und als deren auslösende Ursache durch Tests eine Überempfindlichkeit gegen Palmolive-Seife ermittelt. Lokalbehandlungen und Röntgenbestrahlungen besserten die Symptomatik wenigstens so weit, daß der Patient entlassen werden konnte. Seither leidet Herr Bernhard Y an einer Neurodermitis, die wegen starker Exazerbationen 1950, 1951 und 1956 jeweils über mehrere Wochen in einer städtischen Hautklinik behandelt werden mußte. Im Laufe dieser klinischen Behandlungen wurden auch eingehende allergologische Testuntersuchungen durchgeführt, die eine Überempfindlichkeit auf Ei ergaben. Diese Überempfindlichkeit war schon vom Patienten selbst aufgrund oraler Missempfindungen festgestellt worden.

Biographie

Herr Bernhard Y wuchs, streng katholisch erzogen, in einer Kleinstadt auf, wo er von 1934-1941 die Volksschule besuchte. Seine Leistungen lagen über dem Durchschnitt. Seinen 1. Berufswunsch - Konditor zu werden - gab er auf, da ihm dieser Beruf zu anstrengend schien. Nach Besuch der Handelsschule bis 1943 trat er in eine kaufmännische Lehre ein und arbeitete bis heute, abgesehen von einer kurzen Unterbrechung während des letzten Kriegsjahres, in derselben Firma. Der Patient war von jeher ein besonders gewissenhafter Mensch, dem seine Mutter einen strengen Moralkodex mitgegeben hatte. Soweit seine

Erinnerung reicht und insbesondere seit seiner Pubertät war der Patient ein scheuer, gehemmter und unter schweren Schuldgefühlen leidender Mensch. Seine sich über Jahre hinziehende Freundschaft zu seiner späteren Frau fiel schon vorwiegend in die Zeit seiner Erkrankung, die eine weitere Isolierung mit sich brachte. Unter dem Eindruck der Erziehungsmaxime seiner Mutter, die den erwachsenen Sohn vor den möglichen Folgen intimer Beziehungen warnte, blieb der Patient gegenüber seiner Freundin sowohl im Zärtlichkeitsaustausch als auch allgemein gehemmt und unsicher. Wegen seiner Hauterkrankung verschob er sexuelle Kontakte in die ferne Zukunft bzw. trug sich mit dem Gedanken, überhaupt nie zu heiraten. Er befürchtete auch, seine Hauterkrankung könne sich vererben. Bis zuletzt wehrte sich der Patient gegen die Heirat, und erst als ihm seine Frau versicherte, sie wolle selbst keine Kinder, konnte er sich zur Ehe entschließen.

Obwohl der Patient häufig den Dienst versäumte und wegen seines juckenden Exanthems den Kontakt mit den Kunden und mit den Mitmenschen überhaupt einschränken mußte, war er wegen seiner Zuverlässigkeit ein geschätzter Mitarbeiter.

Auslösende Konfliktsituation

Der neuerlichen Symptombildung ging ein beruflicher Konflikt unmittelbar voraus. Sein damaliger Chef und vormaliger Lehrherr war ein besonders unzugänglicher und strenger Mann, der seine Angestellten im unklaren über etwa zu erwartende Gehaltsaufbesserungen, Tarifänderungen usw. hielt. Eine neue Tarifordnung war herausgekommen, ohne daß der Chef den Patienten von den zu erwartenden Gehaltsaufbesserungen unterrichtete. Eines Tages versuchte der Patient, nach Dienstschluss auf dem Schreibtisch des Chefs die entsprechende Lohntabelle zu finden und Einblick zu nehmen. Dabei wurde er von seinem Chef überrascht, und er erfand rasch eine Ausrede, die eine halbe Wahrheit war: er suche nach einem Brief, um ihn noch zur Post zu bringen. Von diesem Tage an ging der Patient zunächst wegen Erbrechens und Appetitlosigkeit für mehrere Wochen nicht in den Dienst, und später nur mit dem quälenden Zweifel, ob sein Chef wohl jemals wieder Vertrauen zu ihm fassen könne. Schließlich konnte sich der Patient mit seinem Chef aussprechen und ihm die Wahrheit sagen, ohne daß sich das alte Verhältnis wieder herstellen ließ. Als dann die Hauterkrankung nicht ausheilte, sah der Patient darin eine Bestrafung für seine Selbstbefriedigung. War er vor seiner jetzigen Erkrankung trotz schwerer Hemmungen und innerer Unsicherheiten noch zu sozialen Kontakten in der Lage gewesen, so hatte er sich nun - und das ist eine sekundäre Krankheitsfolge - ziemlich isoliert. Der Patient trug sich mit dem Gedanken, vorzeitig Invalidenrente zu beantragen.

Zur Einleitung der Behandlung

Der Patient war ungemein gehemmt und nach 10jähriger Krankheitsdauer und somatischer Vorbehandlung scheinbar zum *Alexithymiker* (s. hierzu 9.9) geworden. Daß die Behandlung nicht von vornherein an dem u. a. von V. von Weizsäcker (1950) beschriebenen initialen Widerstand scheiterte, hing damit zusammen, daß der Patient wegen seiner schwierigen Lebensumstände trotz aller Skepsis Hilfe suchte und auf der anderen Seite sowohl der Institution als auch mir Vertrauen entgegenbrachte - ein günstiges prognostisches Zeichen.

Meine Behandlungstechnik war seinerzeit ausgesprochen nondirektiv. Aktive Interventionen im Sinne von Deutungen waren eher selten; indirekte Ermutigungen förderten Träume und Assoziationen sowie die Selbstreflexion. Der Protokollierungsstil spiegelt die nichtdirektive Technik. In den Stundenprotokollen, die jeweils nach der Sitzung diktiert

wurden, sind fast ausschließlich die Gedankengänge des Patienten zusammengefasst. Meine Gegenübertragungsgefühle, eigene Überlegungen und Deutungen sind nur spärlich vermerkt. Diese Art der Behandlungsführung und ihre Protokollierung erwiesen sich aus klinischen und wissenschaftlichen Gründen als unzureichend. Sie wurden im Laufe der Zeit wesentlich geändert (s. hierzu Thomä 1967, 1976; s.a. Kap. 1).

Ohne hier auf die vielfältigen bewussten und unbewussten Gründe eingehen zu können, die meine damalige Behandlungstechnik bestimmten, möchte ich auf einige Punkte hinweisen, die für die Einschätzung der dargestellten Behandlungssegmente wichtig sind. Abgesehen von der eigenen Unsicherheit war es die Sorge, Patienten durch Deutungen allzu sehr zu beeinflussen, die zu meiner Zurückhaltung beitrug. Ich befand mich noch in einem Stadium des Missverständnisses hinsichtlich der Unterschiede der Suggestion im Spektrum psychotherapeutischer und analytischer Techniken (vgl. hierzu Thomä 1977).

Ein langwieriger erster Behandlungsabschnitt diente dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die der Patient wegen seiner intensiven Ambivalenz und einer tiefen Bestrafungsangst als gefährlich erlebte. Wegen einer Symptomverschlimmerung zog sich der Patient etwa für 2 Monate von der Arbeit zurück und mußte vom Hausarzt krankgeschrieben werden. Er prüfte meine Verlässlichkeit und Toleranz für Kritik und Aggressivität, indem er bei Ärzten und Homöopathen abwertende Stellungnahmen über die von ihm begonnene Psychotherapie einholte. Mit dem Rückzug in die Arbeitsunfähigkeit und nach Hause kam der Patient vom Regen in die Traufe. Er konnte zwar schwere seelische Belastungen am Arbeitsplatz vermeiden, tauschte dies aber gegen eine Zunahme von Spannungen in seiner Ehe ein, denen er sich durch weiteren Rückzug in seine autoerotische und autodestruktive Hautpflege zu entziehen suchte. Die zunächst banal erscheinende auslösende Konfliktsituation erhielt durch die ergänzenden und korrigierenden Mitteilungen des Patienten eine Tiefendimension, durch die auch die Belastungen am Arbeitsplatz verständlicher wurden: Der Patient lebte dort in ständiger Angst, daß seine kleptomane Entwendung von Pfennigbeträgen eines Tages entdeckt würden, eine Befürchtung, die seine neurotische Angst, man könne ihm an der Haut alles mögliche ansehen, in verschobener Weise verstärkte.

Schon im Initialtraum war der Patient für den Verlust eines Schlüssels verantwortlich gemacht worden. Über die Entwendungen hatte er ebenso wie über seine Impotenz, die er zunächst auch verschwiegen hatte, erst sehr viel später sprechen können. Er hatte keineswegs, wie anfänglich angegeben, wegen seiner Hautkrankheit eine Verheiratung immer wieder hinausgeschoben bzw. sich mit dem Gedanken getragen, gar nicht zu heiraten. Nach langem Zögern sprach er über seine sexuellen Probleme, von denen er noch nie einem Arzt berichtet hatte. Der Patient hatte sich, wie schon gesagt, erst dann zu Ehe entschlossen, als ihm seine Frau versicherte, daß sie selbst keine Kinder wolle, weil sie zu eng gebaut sei und fürchtete, wie ihre beiden Schwestern mit Kaiserschnitt entbunden werden zu müssen. Es wurde gegenseitig vereinbart, eine Art Josefsehe zu führen. Er fürchtete, sich durch Masturbation so geschädigt zu haben, daß er zeugungsunfähig und impotent sei. Da seine Frau bei Immissionsversuchen über Schmerzen klagte, konnte der Verkehr nicht vollzogen werden. Nachdem es dem Patienten möglich wurde, seine Rationalisierungen des Vermeidens von sexuellen Beziehungen zu seiner Frau zu erkennen, konnte er Scheu, Furcht und Ekel vor dem Genitale seiner Frau und andererseits Schuldgefühle und Angst vor seiner eigenen Aggressivität voll erleben.

Insgesamt wurde deutlich, daß der Patient unter schweren hypochondrischen Vorstellungen über körperliche Defekte litt und mit magischen Mitteln (zwanghafte Zahlenspiele) in regressiv-überkompensatorischer Weise versuchte, seine Defekte auszugleichen.

Die initiale Verschlechterung der Symptomatik war auf die beunruhigende Exposition in der analytischen Situation zurückzuführen. Der Patient hatte selbst schon vor der Behandlung festgestellt, daß Besserungen oder Verschlechterungen nicht viel mit der Somatotherapie zu tun hatten, sondern damit, ob er in Ruhe gelassen wurde oder Ruhe finden konnte. Als arbeitsunfähiger Frührentner glaubte er, zu Hause noch am ehesten Ruhe finden zu können, wenn er nur Junggeselle geblieben und damit nicht den Spannungen im Verhältnis zur Ehefrau ausgesetzt gewesen wäre.

Seine schwere Sexualneurose ging mit Tagesphantasien einher, in denen er mit einer viel älteren Frau Verkehr hatte. Seine Einfälle blieben lange zu spärlich, um die ödipalen Wurzeln sowohl der Hemmungen als auch der verschobenen Wünsche sichtbar zu machen. Wenige und nur undeutlich erinnerte Träume zeigten den Patienten z. B. Arm in Arm mit einer fremden Frau auf der Straße. In Wirklichkeit war er auf der Straße, wie sich bei dieser Gelegenheit herausstellte, im wesentlichen mit Zwangsgedanken beschäftigt, einem Zwangszählen insbesondere der vorbeifahrenden Autos oder anderer Fahrzeuge. Der Patient fasste meist morgens, oder wenn er sonst auf die Straße ging, einen Vorsatz, welche Fahrzeuge er heute zählen und wie das Ergebnis ausgewertet würde. Dabei erzielte er durch geschickte Manipulationen fast immer eine günstige Zahl, auch wenn er sich vorher auf andere festgelegt hatte; z. B. wenn eine ungerade Zahl als ungünstig für eine schnelle Heilung der Hauterkrankung angenommen wurde, manipulierte er so lange mit den Zahlen, bis das ungünstige Ergebnis korrigiert werden konnte. Meistens befragte er die Zahl im Hinblick auf rasche Heilung seines Exanthems oder auf finanzielle Vorteile, die Höhe einer eventuellen Rente, überraschende Geldeinnahmen oder ähnliches.

Mit seiner Zahlenmagie erträumte er sich finanzielle Vorteile, um zu Hause ein Rentnerdasein führen und sich von seiner Frau verwöhnen lassen zu können. Solange seine Mutter noch lebte, benützte er den sekundären Krankheitsgewinn insbesondere dazu, sich zu Hause zu schonen, den Brüdern und dem Vater vorgezogen zu werden und ihre Aufmerksamkeit zu gewinnen.

Hautpflege als Regression

Die Beschäftigung mit seiner Haut nahm täglich mehrere Stunden in Anspruch; er wollte bei dieser Prozedur auch nicht durch seine Frau gestört werden. Wenn sie ins Badezimmer kam, sagte er zwar nichts, ärgerte sich aber, und seine Kritik verschob sich auf irgendeine Sache, beispielsweise daß sein Hemd nicht gerichtet sei oder etwas ähnliches.

Auch die Behandlungsstunden waren in recht eintöniger Weise mit sich wiederholenden Schilderungen des Zustands seiner Haut ausgefüllt. Der Patient hatte in dieser Hinsicht ein reiches Vokabular entwickelt, mit dem er die verschiedenen Beschaffenheiten seiner Haut beschrieb. Wo für den Fachmann kaum ein Unterschied zu erkennen war, hatte die Haut für den Patienten feine Qualitätsunterschiede, war einmal mehr rissig, einmal mehr rot, gelegentlich schuppte sie mehr. So fand er viele Nuancen, die er detailliert beschrieb.

Er zog sich, wie er selbst sagte, vor seiner Frau auf die Haut zurück; die Symptomatik stand im Dienste seiner zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen. Dies zeigte sich in verschiedener Weise und auf verschiedenen Ebenen: Er sprach über einen "ungeheuerlichen Gedanken", seine Frau könne schuld an seiner Erkrankung sein, da er seit der Verheiratung eigentlich nie mehr ohne schwerere Hauterscheinungen war und verschiedentlich, z. B. während eines Urlaubs, beobachtet hatte, daß die Haut fast ganz gut war bis zum Tag der Ankunft seiner Frau. Irgend etwas Giftiges, Pickelerregendes könne von seiner Frau ausgehen - er dachte dabei an das Vaginalsekret. Im übrigen diente die Haut als Objekt aller möglichen

Stimmungen, die an der Haut sozusagen ihr Erfolgsorgan fanden. Er kratzte sich im Ärger und pflegte andererseits seine Haut wie ein Liebesobjekt.

Aus dieser Anmerkung ergibt sich, daß die hier beschriebene Regression auf das Körper-Ich-Selbst nach Inhalten und Form von der Ich-Regression abhängig ist. Diese steht mit ihren vielfältigen Aspekten u. E. im Mittelpunkt jeder Psychoanalyse. Wegen der Subjekt-Objekt-Verschränkung und ihrer Bedeutung für die Therapie des Patienten ergab sich seinerzeit eine Konzentration auf dieses Thema wie von selbst. Seine Selbstbeobachtungen machten deutlich, daß der Zustand der Haut - Besserungen und Verschlechterungen - in engstem Zusammenhang mit dem Salben, Jucken und Kratzen stand, das unmerklich, beinahe reflexartig seine stundenlange Hautpflege begleitete. Die Analyse seines Rückzugs ins Badezimmer, zumal abends, stand im Mittelpunkt der ganzen Therapie.

Die Darstellung läßt sich nach den Fragestellungen gliedern, was der Patient aus unbewußten Gründen vermeiden mußte, warum er, impotent geworden, sexuellen Befriedigungen ausweichen mußte und was er im autoerotischen Rückzug suchte. Daß er damit seine Haut schädigte, wurde dem Patienten langsam bewußt, ohne daß es ihm zunächst gelang, den Circulus vitiosus zu unterbrechen.

Sowohl aus theoretischen als auch aus behandlungstechnischen Gründen ist es unzureichend, im Kratzen nur eine Autoaggression zu sehen. Darauf hat v. a. Schur (1974; s. Thomä 1981, S. 421) hingewiesen und gezeigt, daß der Patient dabei an sich selbst unbewußt Objekte sucht, denen er verbunden geblieben ist. Durch das sich selbst verstärkende Kreisgeschehen werden bei Regressionen dieser Art die primären Identifikationen verstärkt und die Subjekt-Objekt-Grenzen geschwächt (Gieler et al. 1993, 1996). Im Laufe der analytischen Durcharbeitung nahm deshalb für diesen Patienten die Haut die verschiedensten Objektqualitäten bzw. deren Repräsentation an (einschließlich der Übertragungsbeziehung). Da diese unbewußten Objektvorstellungen in der bewussten Wahrnehmung extrem angsterregend und unheimlich waren, konnte der Patient im Rückzug Selbstkontrolle gewinnen, d. h. an seinem Körper das Objekt lieben und hassen, aber zugleich einen realen Kontakt, eine tatsächliche, aber äußerst beunruhigende Verschmelzung vermeiden.

Dem Patienten war es durchaus bewußt, daß er sich wegen seiner Sexualangst, die sich symptomatisch in der Impotenz äußerte, besonders abends vor seiner Frau ins Badezimmer zurückzog. Aufgrund der lebensgeschichtlichen Kenntnisse und der Art der Symptomatik lag es nahe, als Barriere, die zur Regression geführt hatte, die ödipale Situation anzunehmen.

Die Analyse bewegte sich zwischen der Bearbeitung der Regression und ihrer ödipalen Auslösung hin und her. Eine erste wesentliche Symptombesserung trat ein, als der Patient nach Abbau seiner ödipalen Schuldgefühle und nach der partiellen Überwindung seiner Kastrationsängste potent wurde, wobei sich seine starke anale Fixierung erneut manifestierte. Seine Schuldgefühle waren ihm bewußt; er führte sie selbst auf die bis zu Behebung seiner Impotenz fortgeführte Selbstbefriedigung zurück. Seine Selbstvorwürfe waren so stark, daß er sich gewünscht hatte, als Soldat den Tod zu finden.

Während der Pubertät beunruhigten ihn mehrmals inzestuöse Phantasien, und er befand sich jahrelang in einem schließlich erfolgreichen Kampf gegen sadistische Impulse. Eine immense Kastrationsangst führte dazu, daß er den Genitalbereich mit einer Schutzkappe versehen hatte. Auch nachdem er potent geworden war, erschrak er zutiefst bei Annäherungen seiner Frau. Er entwickelte Phantasien, wie er den Samenverlust und die damit erlernismäßig verbundene Schädigung wieder rückgängig machen könnte. Als Beispiel zitiere ich aus dem Protokoll einer Behandlungsstunde:

Der Patient spricht über seine Überempfindlichkeit; er habe trotz allem Bedenken, ob das wirklich alles gut werden könne. Ei ist Leben, männlicher Samen, Strafe für Onanieren; Eier sind die Hoden; eigenartiger Gedanke, daß die Haut gar durch die eigenen Testes gereizt

werden könnte; er phantasiert, den eigenen Samen zu schlucken, damit er nicht verloren gehe; damit er nicht entkräftet wird; er hat schon daran gedacht, das auch in Wirklichkeit zu versuchen, aber die Ekelschranke hat es verhindert. Eine andere Phantasie ist, Talgdrüsen auszudrücken und die Haut damit zu behandeln. Jetzt würde er am liebsten sein Genitale zudecken, hat ungeheure Angst, das Genitale zu verlieren; er spüre schon bei Blicken, als würde ein Angriff erfolgen, ein Eingriff; sein Körper dürfe nur ihm gehören.

In einer langen Übergangszeit beschrieb er seine unerträgliche Spannung, wenn er sich nicht zur rechten Zeit waschen und seine Haut pflegen konnte: Wenn er sich nicht zurückziehen konnte, nahm die Unruhe so zu, daß er nicht selten Suizidgedanken hatte. P.: *Es ist mir zwar möglich, die Hautpflege für einige Zeit hintanzusetzen, vielleicht für 1-2 Stunden, dann wird die Spannung in mir so groß, daß ich mich am liebsten umbringen möchte. Das ist wie eine Sucht, die Haut über die Maßen zu pflegen, meiner Frau könnte ich dann die größten Grobheiten vorwerfen und habe es auch getan.*

Mit der Entbindung der vorher symptomgebunden Emotionen und Phantasien erhielten seine vielfältigen Ängste greifbare und deutbare Inhalte. Seine magischen Gedanken, die analen Zwangsrituale nahmen phallischen Gehalt an. Sein phallischer Narzissmus diente u. a. der Kastrationsangstabwehr, was z. B. an dem folgenden Traum deutlich wurde:

P.: *Ich war beim Sportfest und sowohl am Hochsprung wie am Weitsprung mit 7,80 m beteiligt. Uwe Seeler sprach durchs Radio, die Frauen im Stadion waren ganz hingerissen, allein schon von seiner Stimme. Eine Frau neben mir machte Kohabitationsbewegungen; allein durch die Stimme von Uwe Seeler kam sie zu einem Orgasmus.*

Der Patient hat dazu einige Einfälle: Er fände es großartig, wenn es ohne Kohabitation ginge, allein durch Worte. Er möchte ein bedeutender Sportler sein und so weit springen, daß er gar nicht mehr auf den Boden kommt. Ein ungeheures Glied zu haben, das wäre der größte Reichtum, eine männliche Hure sein, Frauen verletzen. In der Jugend hatte er trainiert, um die Sexualität zu unterdrücken, aber auch, um seine Omnipotenzphantasien zu verwirklichen, um wie Uwe Seeler im Traum durch seine Worte Frauen zu faszinieren; dann gerät der Patient in Unruhe und entwickelt eine momentane Vergiftungsangst, die sofort mit der Hautentzündung in Verbindung gebracht wird: vaginales Sekret könnte ihn vergiften.

Übrigens hatte der Patient in einem anderen Behandlungsabschnitt den Wunsch, seine Stimme einmal von dem von mir benutzten Tonband zu hören. Er hatte seine eigene Stimme noch nie gehört. (Heute würde ich diese Behandlung vermutlich bei Einverständnis des Patienten auf Tonband aufnehmen und ihm sicher seinen Wunsch nicht abschlagen.)

Die Einsicht, daß er an der Haut Objekte suche und im Jucken und Kratzen in vielfältigen Nuancierungen objektbezogene Gefühle unterbringen wolle, wurde durch einen Traum erleichtert, der in abgewandelter Form wiederkehrte. In diesem eindrucksvollen Traum waren Subjekt und Objekt vertauscht, Kratzender und Gekratzter, Salbender und Gesalbter. Der Patient war er selbst und dann doch wieder nicht er selbst, wobei die Gestalt des anderen keine klaren Umrisse hatte. In der Übertragungsbeziehung wurde ich in dieses phantasierte Rollenspiel der Vertauschung von Subjekt und Objekt einbezogen. Genetisch erinnerte er sich an homosexuelle Berührungen und Spielereien mit seinen Brüdern. Den größten Raum nahm der phantasierte Austausch ambivalenter und auf die Haut bezogener Aktionen ein. Seine beschädigte, ekzematös veränderte Haut wurde in einem anderen Traum auf eine weibliche Brust transponiert. Diese Transformation verstärkte vorübergehend seine Angst vor giftigen Ausscheidungen seiner Frau. Nach Rücknahme der Projektion seiner eigenen Aggressivität, die das Objekt zum bösen Objekt umgestaltete, nahm seine Angst ab.

Daß Projektionen dieser Art "nur ein Element einer totalen Identifizierung mit dem Objekt" darstellen, hat Marty (1974, S. 421) beschrieben und auf eine anthropologische Grundlage gestellt: "Im Grunde ist diese intensive Bewegung der totalen Identifizierung der Allergiepazienten mit ihrem Objekt nur eine unwandelbare Fixierung, die in jedem von uns in

bestimmtem Ausmaße lebendig ist: der andere zu sein" (S. 445). Es ist aber sicher falsch, diesen Prozeß als typisch für Allergiepationen anzusehen. Ich halte es aber für möglich, daß bei *bestehender* Allergie die spezielle Hautpflege dieses Patienten und sein krankheitsbedingter Rückzug die unbewußte Subjekt-Objekt-Konfusion verstärkt haben und dynamisch wirksam werden ließen. Es handelt sich also um eine rückläufige Belebung jener undifferenzierten Phase, die Freud mit folgenden Worten beschrieben hat:

Der Gegensatz zwischen Subjektivem und Objektivem besteht nicht von Anfang an. Er stellt sich erst dadurch her, daß das Denken die Fähigkeit besitzt, etwas einmal Wahrgenommenes durch Reproduktion in der Vorstellung wieder gegenwärtig zu machen, während das Objekt draußen nicht mehr vorhanden zu sein braucht (1925 h, S. 14).

In diesem Zusammenhang kann die Entwicklung der Eiweißüberempfindlichkeit dargestellt werden. Obzwar eine Allergie bestand, war dem Patienten schon vor der Behandlung aufgefallen, daß die Wirkung des Allergens am Erfolgsorgan ganz wesentlich von anderen Bedingungen abhängig war. (Er selbst stellte das per exclusionem dadurch fest, daß er den Genuss von Eiweiß und Eigelb vermied, wobei er schon geringste Mengen, die aus Versehen in eine Speise geraten waren, durch Geschmackssensationen, durch ein Brennen im Mund nachträglich ausmachen konnte.) Wie schon angedeutet, hatte der Patient seine eigene psychosomatische Theorie über seine Überempfindlichkeit entwickelt, in der irgendwelche Ausscheidungen oder Ausdünstungen seiner Frau eine zentrale Rolle spielten. Die Beunruhigung vor irgendwelchen körperlichen Stoffen hatte sich auf Nahrungsmittel ausgedehnt.

Der Patient beschrieb z. B. seinen Widerwillen, wenn es zu einer körperlichen Annäherung mit seiner Frau kam. Manchmal habe sie einen leichten Mundgeruch, und er schütze dann seine Haut vor, um zu verhindern, daß sie sich näher kämen. Er habe geradezu Angst vor Mundgeruch. Er halte den Atem an, wenn er an einem anderen Menschen vorbeifahre, bleibe entweder ganz zurück oder überhole ihn, um ja nicht den Geruch abzukriegen; die ausgeatmete Luft könne ansteckend sein.

Seine paranoiden Ängste wurden geringer und lösten sich schließlich ganz auf in dem Maße, in dem es gelang, seine Projektionen auf eigene, unbewußte Impulse zurückzuführen. Der erwähnte Subjekt-Objekt-Vertauschungstraum erhielt hierbei eine wegweisende Funktion. Der Patient assoziierte in diesem Zusammenhang: "Leute mit meiner Krankheit infizieren, ja, das möchte ich, ihnen eine Wunde beibringen und sie dann infizieren." Seine Objekt- und Selbstbeschädigungsängste füllten sich mit Inhalten aus den oralen, analen, urethralen und phallischen Entwicklungsphasen. Die verschiedenen Inhalte vermischten sich zunächst im unbewußten Erleben des Patienten, was zu Beunruhigung und auch Symptomverschlechterung führte; dann wurde die Vermischung bewußt, und es wurde ihm möglich, zu differenzieren und sich von seinen Ängsten zu befreien.

Er wollte durch Essen sexuelle Kraft gewinnen, durch ein Trockenpräparat, ein Hodenpräparat oder ein Hormonpräparat; dann hatte er Angst, die Haut könnte darauf reagieren, schlechter werden.

"Ich könnte alle Hühner vernichten, um ja kein Eiweiß mehr in der Nahrung zu haben." Ekel und Haß richteten sich nun auf Eier. Der Patient assoziierte dann weiter über die Angst, seine Hoden könnten verletzt werden. Er geriet in Wut, wenn er nur daran dachte, seine Frau könnte zärtlich zu ihm sein, dann aber plötzlich eine unerwartete Bewegung machen - "mein Geschlechtsteil berühren". "Es ist eine Angst, die sich fast wie ein Schmerz auswirkt."

Übrigens entwickelte sich die Überempfindlichkeit gegen Ei erst 1949, also etwa 2 Jahre nach Krankheitsbeginn, und die brennende Missempfindung im Mund bei Eigenuß war dem Patienten auch erst später aufgefallen. (Die Allergietests wurden 1950 vorgenommen.)

Welche Bedingungen auch immer in diesem Fall eine latente Disposition manifest werden ließen - aus dem Behandlungsverlauf und aus der Katamnese läßt sich entnehmen,

daß diese Überempfindlichkeit bei der Chronifizierung der Neurodermitis nur eine untergeordnete Rolle spielte. Viel gravierender wurden die Bedeutungszuschreibungen, in deren Folge der Patient bestimmten "Objekten", z. B. seiner Frau gegenüber überempfindlich wurde und das so lange blieb, bis es gelungen war, den Ekel auf die darin verborgene indirekte Befriedigung zurückzuführen, ihn als Lust zu erkennen und zu integrieren.

Sein vielseitiger Rückzug konnte zugunsten einer ungezwungenen Beziehung zu seiner Frau und zur Umwelt aufgegeben werden. Exazerbationen seiner Neurodermitis traten im letzten Abschnitt der Behandlung immer seltener auf - im gleichen Maße, wie die Haut ihren Charakter als autoerotisches und autodestruktives Ersatzobjekt verlor.

Epikritische Bemerkungen zur Psychodynamik und zum Verlauf

Die thematische Einengung auf die Regression warf verschiedene Fragen auf. Obwohl entsprechende Erlebnis- und Verhaltensweisen den Alltag des Patienten ausfüllten, gab es gewisse Bereiche, die in der Therapie und in der selektiven Darstellung zu kurz kamen. Ich orientierte mich an den psychodynamischen Prozessen, die einen besonders engen *situativen* Zusammenhang mit der Symptombewegung aufwiesen. Da es nicht darum ging, die speziellen Bedingungen der Regression zu rekonstruieren und auf Fixierungen zurückzuführen, betonte ich die situativen Umstände, die den Krankheitsverlauf täglich bestimmten. Im Wiederholungszwang sind freilich konservierte, also über die Zeit hinweg bestehende Ursachen wirksam, und unter therapeutischen Gesichtspunkten ist der zirkulären Selbstverstärkung mit ihren Auswirkungen auf die primären Bedingungen der Symptomentstehung ganz besondere Beachtung zu schenken. Vielfältige Ängste und (ödipale) Schuldgefühle, die situativ gerade wegen der Hautsymptome jederzeit ausgelöst werden konnten, haben die Regression intensiviert und indirekt zur Symptomverschlechterung beigetragen.

Bestehen regressive Prozesse dieser Art lange genug - und der Patient war ja während eines Zeitraums von 8 Jahren erfolglos dermatologisch vorbehandelt worden -, so können nach außen gerichtete Intentionen unbewußt werden und sich auf das Körpergefühl auswirken. Auf die Gefahr hin, missverstanden zu werden, läßt sich sehr verkürzt sagen: Das Leben dieses Patienten erschöpfte sich an der Haut. Diese simplifizierende Formulierung macht verständlich, warum verschiedenartige psychoanalytische und psychotherapeutische Thesen über die Neurodermitis oder andere Dermatosen zutreffen und für die Behandlung nützlich sein können. Denn bei Regressionen manifestieren sich jene schwachen Stellen, die - je nach modischer Terminologie und abhängig von den Entwicklungen der Techniken und Theorien - zur Psychodynamik der Neurodermitis gehören und in einer *unspezifischen Korrelation* zu ihr stehen, wie am Beispiel der Aggression gezeigt werden konnte (Thomä 1981): seien es die von Alexander besonders betonten sadomasochistischen und exhibitionistischen Züge, seien es andere averbale unbewußte Strebungen.

Wir haben in der Darstellung eine Regressionsform in den Mittelpunkt gerückt und damit einen Ordnungsgesichtspunkt gewonnen. Ordnungsgesichtspunkte bergen Gefahren in sich, weil sie als spezielle oder gar spezifische pathogenetische Mechanismen des vorliegenden Krankheitsbilds missverstanden werden können. Eine solche These können wir aufgrund unserer therapeutischen Erfahrungen mit diesem Patienten nicht vertreten. Hierfür sind die folgenden Beobachtungen zum Krankheitsverlauf während der Analyse relevant.

Unter klinischen und wissenschaftlichen Gesichtspunkten richteten wir unsere Aufmerksamkeit, A. Mitscherlichs Arbeitshypothese entsprechend, besonders auf den Symptomverlauf in Korrelation zu den psychodynamischen Abläufen und ihren Veränderungen (vgl. hierzu Thomä 1978). Dem Patienten wurde zunächst wegen seines

Rückzugs, wegen seiner Ängste und Schuldgefühle alles zur Belastung, und seine Haut reagierte fast immer mit. Die Isolierung therapeutisch lösbarer Konflikte verringerte Anzahl und Qualität der "Auslöser". Die Reihenfolge dieses Herausarbeitens lösbarer Konflikte folgt anderen Regeln als denen einer Gewichtung nach pathogenetischer Valenz. Wegen dieser Schwierigkeiten und wegen der unzureichenden Art der Protokollierung kann die klinische Korrelation nachträglich nicht genauer ausgewertet werden.

Bei Beendigung der Behandlung waren die Motive, die den Patienten in die Regression getrieben hatten, behoben. Seine hauptsächlichen Symptome waren verschwunden oder wesentlich gebessert. Die Beziehung zur Ehefrau war und blieb für beide Teile befriedigend. Der Patient vertraute erstmals auf seine Fähigkeit, sein Leben sinnvoll gestalten zu können. Die Neurodermitis ist seither während eines katamnesticen Zeitraums von nunmehr fast 30 Jahren nicht mehr aufgetreten. Bemerkenswert ist, daß die Ei-Überempfindlichkeit erhalten blieb, ohne daß aber die Haut dadurch affiziert worden wäre.

Epikrise

Die klinische und wissenschaftliche Bedeutung des Vergleichs des Falles mit sich selbst liegt u. E. auf der Hand. Sie bekräftigt die ursächliche Bedeutung der Psychogenese, ohne daß der Anspruch erhoben wird, daß die biographischen Daten und die in der Psychotherapie gewonnenen Einblicke in die bewussten und unbewußten Erlebensweisen dieses Kranken für die Neurodermitis schlechthin typisch sind.

Es wurden einige wesentliche Bedingungen dieser Krankengeschichte dargestellt. Es lag nahe, von der symptomgebundenen Regression auszugehen und die chronifizierten Auswirkungen des Juckens und Kratzens im sich selbst verstärkenden Kreisgeschehen in den Mittelpunkt zu stellen.

Katamnese

Es läßt sich zeigen, daß durch die psychoanalytische Therapie wesentliche Ursachen der Neurodermitis beseitigt wurden. Der Patient behielt eine rauhe, pflegebedürftige Haut, ohne aber jemals einer hautärztlichen oder anderen Behandlung zu bedürfen.

Hingegen mußte sich der Patient wegen einer rechtsseitigen Cataracta dermatogenis etwa 5 Jahre nach Behandlungsbeendigung einer Staroperation unterziehen (die linke Linse war nicht befallen). Da die Linse wie die Haut aus dem Ektoderm abstammt, spricht das Auftreten eines grauen Stars für die konstitutionelle Grundlage der Neurodermitis. Außerdem wurde wegen eines Verschlusses der rechten Arteria femoralis vor einigen Jahren eine erfolgreiche plastische Operation durchgeführt.

Das familiäre und berufliche Leben des Patienten hat sich günstig und zufriedenstellend entwickelt; das Ehepaar hat einen Sohn, und der Patient selbst machte eine erfolgreiche berufliche Karriere. Die Ausheilung der Neurodermitis und seine positive Lebensentwicklung schreibt der Patient der Analyse zu, die ihn von schweren Schuldgefühlen und einschränkenden Ängsten befreit habe.

9.7 Unspezifität

Die von der Psychoanalyse inspirierte psychosomatische Forschung, die durch Alexanders bahnbrechende Untersuchungen in den 30er Jahren eine methodische Grundlage fand, verschrieb sich der *Spezifitätshypothese*.

Das Ergebnis jahrzehntelanger wissenschaftlicher Bemühungen stützt folgende Auffassung: So wichtig auch immer psychosoziale Faktoren für die Entstehung und den Verlauf körperlicher Krankheiten sein mögen, eine spezifische Ursächlichkeit ist eher unwahrscheinlich. Die alternative Hypothese, die Annahme unspezifischer Anteile seelischer Faktoren im multifaktoriellen Bedingungsgefüge von Erkrankungen, ist hingegen mit den vorliegenden Befunden in Einklang zu bringen.

Am Begriff der Spezifität hängt eine Theorie der Kausalität, die in der Infektionslehre ihren Ursprung hat. Dem spezifischen Erreger, dem Diphtherie- oder dem Typhuserreger oder dem Tuberkelbazillus, entspricht eine spezifische pathologisch-anatomische Gewebsveränderung. Gegen den Erreger wirksame Heilmittel werden als spezifisch bezeichnet. Wiewohl es also in diesem Sinne spezifische Ursachen geben kann, ist auch schon bei Infektionskrankheiten die Disposition mit zu berücksichtigen, um dem Bedingungsgefüge gerecht werden zu können. Freud hat, wie wir unter 1.1 dargestellt haben, das noch heute im Prinzip in der Medizin gültige Erklärungsschema in die Psychoanalyse übernommen und in der Theorie der Ergänzungsreihe auf die besonderen Verhältnisse seelischen Leidens angepasst.

Alexanders multivariater Ansatz

Es war aus heutiger Sicht verfehlt, die wissenschaftlichen Bemühungen um eine Abgrenzung zwischen notwendigen und hinreichenden Ursachen mit dem Spezifitätsbegriff zu belasten. Zu kurz kamen hierbei die somatopsychischen Auswirkungen, die ihrerseits wieder ursächliche Rückwirkungen auf das seelische Befinden haben. Einfügung. Es ist erstaunlich, dass die Diskussion, die seinerzeit nach der Veröffentlichung von E Stern (1957/58) "zum Problem der Spezifität der Persönlichkeitstypen und der Konflikte in der psychosomatischen Medizin" folgte, keine unmittelbaren Konsequenzen hatte (Thomä 1980). War es also verfehlt, die klinische Forschung mit der Suche nach einer spezifischen Konflikttypologie körperlicher Erkrankungen zu belasten, so ist der methodische Ansatz von historischer Bedeutung, was durch seine ungebrochene Aktualität belegt wird.

Der von Alexander vertretene multivariate Ansatz ist für die psychosomatische Medizin trotz aller Verlagerung der Schwerpunkte bezüglich der untersuchten Variablen konstitutiv geblieben. In der Schule Alexanders wurde postuliert, daß Erkrankungen durch 3 Gruppen von Variablen bezüglich Entstehung und Verlauf bestimmt werden. Eine Gruppe von Variablen besteht aus einer psychodynamischen Konfiguration, die sich einschließlich der dazugehörigen Abwehrvorgänge in der Kindheit gebildet hat. Die 2. Variablengruppe betrifft die auslösende Lebenssituation, sei es als Erlebnis oder als eine Reihe von Ereignissen, die dem Krankheitsbeginn unmittelbar vorausgehen, die eine besondere emotionale Bedeutung für den Patienten haben und außerdem geeignet sind, seinen zentralen unbewußten Konflikt dynamisch wirksam werden zu lassen. Schließlich umfaßt die 3. Gruppe von Variablen die gesamten körperlichen Bedingungen, worunter Alexander ein konstitutionell oder dispositionell festgelegtes "somatisches Entgegenkommen" (Freud) bzw. die "Organminderwertigkeit" (Adler 1927; s. auch Stepansky 1977) verstand. Die sog. Vulnerabilität des jeweiligen Organs oder Organsystems bleibt freilich durch die Benennung

als Faktor X allzusehr im dunkeln, zumal es gerade die pathophysiologischen und morphologischen Prozesse sein dürften, die sich krankheitsbestimmend auswirken.

In ihrer rückblickenden zusammenfassenden Veröffentlichung formulierten Alexander et al. (1968) ihre Arbeitshypothese folgendermaßen:

Ein Patient, bei dem eine Vulnerabilität eines spezifischen Organs oder Organsystems ebenso wie eine charakteristische psychodynamische Konfiguration vorliegt, entwickelt eine entsprechende Erkrankung dann, wenn Lebenssituationen geeignet sind, einen früheren, ungelösten, zentralen Konflikt zu mobilisieren, und wenn diese Belastungen zu einem Zusammenbruch der primären Abwehrvorgänge führen. Die aufgrund dieser Arbeitshypothesen durchgeführten Korrelationsuntersuchungen ergaben eine relativ gute Übereinstimmung der Blinddiagnosen mit den Krankheitsbildern allein aufgrund der Kenntnisse der psychodynamischen Variablen. Die Untersuchungen Alexanders und seiner Schule schienen zu bestätigen, daß Erlebens- und Verhaltensweisen, die auf innerseelische Kernkonflikte zurückgeführt werden können, in überzufälliger Häufigkeit und unterschiedlich bei 7 untersuchten Erkrankungen auftreten. Als Untersuchungsparadigmen wurden von Alexander und seiner Schule das Asthma bronchiale, die rheumatische Arthritis, die Colitis ulcerosa, die essentielle Hypertonie, die Hyperthyreose, das Magenulkus und die Neurodermitis ausgewählt. Diese Erkrankungen erhielten als die "Chicagoer Sieben" einen Ehrenplatz in der Geschichte der Psychosomatik und zogen soviel Aufmerksamkeit auf sich, daß viele Ärzte lange Zeit glaubten, die Psychosomatik und auch der Untersuchungsansatz von Alexander beschränkten sich auf die "Chicagoer Sieben".

Kritik der Spezifitätshypothese

Seelische Einflüsse sind bei allen menschlichen Erkrankungen denkbar und möglich. Deshalb war die psychosomatische Medizin auch niemals auf die Erforschung der genannten 7 Erkrankungen beschränkt. Nicht zuletzt wegen methodischer und praktischer Einschränkungen wurde aber die "Spezifitätshypothese" zunächst an 7 Krankheiten herangetragen und geprüft. Auch wenn wir heute eher eine "Unspezifität" bzw. eine Variabilität einflussreicher Konfliktkonstellationen bei diesen Krankheiten annehmen, sind sie wesentliche Paradigmen der psychosomatischen Medizin geblieben, jedenfalls soweit sich diese um den Nachweis von Korrelationen als Grundlage aller weiteren Hypothesen- und Theoriebildung bemüht. Im übrigen wurde auch in der Spezifitätshypothese Alexanders immer offengelassen, welcher Seite des 3gliedrigen Modells die spezifisch bestimmende Ursache im pathogenetischen Bedingungsgefüge zugeschrieben werden soll. Im Grunde sind die 3 Gruppen aus einer Vielzahl von einzelnen Merkmalen zusammengesetzt, so daß man von einem multivariaten Modell sprechen und mit einem entsprechenden Untersuchungsansatz arbeiten muß. Nur bei einem praktisch nicht zu erwartenden Grenzfall würde hierbei ein Faktor ein "spezifisches" Gewicht erhalten. In der Postulierung von Variablen bleibt offen, welcher Seite das entscheidende Gewicht bei der "Organwahl" zufällt: es könnte durchaus beim Faktor X, in der speziellen Organvulnerabilität liegen (Pollock 1977; Kordy et al. 1991).

Aspekte der psychosomatischen Medizin

So unwahrscheinlich es also ist, bei körperlichen Krankheiten die spezifische Ursache in bestimmten Konfliktkonstellationen oder in Lacey's Stimulusspezifität (s. hierzu Schonecke u. Herrmann 1986) zu finden, so fruchtbar hat es sich wissenschaftsgeschichtlich ausgewirkt, daß sich die psychosomatische Forschung zunächst auf einige Krankheitsbilder beschränkte. So konnte Weiner (1977) in einer glänzenden Übersicht, die sich auf die seinerzeit in Chicago

untersuchten 6 internistischen Erkrankungen (ohne Neurodermitis) bezog, klinische und forschungsstrategisch relevante Probleme der psychosomatischen Medizin der 80er Jahre beispielhaft darstellen. Retrospektiv ist zu sagen, daß es sich bei der von Alexander inaugurierten Forschung im Grunde um einen multivariaten Ansatz handelt, der dem multifaktoriellen ätiologischen Geschehen nur dann gerecht wird, wenn alle wesentlichen Variablen erfaßt werden.

Die Verwirklichung des allgemeinen psychosomatischen Ansatzes als Leitidee für ärztliches Handeln bringt methodisch mit sich, die psychosozialen Einflüsse auf Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen möglichst genau zu untersuchen und die Patienten speziell im Hinblick auf die Folgen dieser Einflüsse psychotherapeutisch zu behandeln. Der kritischen Übersicht von Weiner (1977) und dem, bereits in der 6. Auflage vorliegenden, enzyklopädischen Lehrbuch v. Uexkülls (2003) kann man entnehmen, daß die Reichweite psychosozialer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen heute bei jenen Erkrankungen, die seinerzeit als Paradigmen dienten, am besten abgeschätzt werden kann. Allen Klagen über den Leib-Seele-Dualismus zum Trotz ist auch die psychosomatische Medizin an eine pluralistische Methodologie gebunden, die häufig durch materialistische und spiritualistische Monismen ontologisiert und zur Weltanschauung erhoben wird. Dann wird der Dualismus zum Übel (Meyer 1987).

Als Beispiele nennen wir den allumfassenden Spiritualismus Groddecks und jenen Materialismus, der neurophysiologische Substrate mit geistig-seelischen Prozessen identifiziert. In Groddecks Spekulationen wurden körperliche Eigengesetzlichkeiten übersehen, während sich in einigen Bereichen der gegenwärtigen Psychosomatik die seelische Phänomenologie und ihre Psychodynamik in der Physiologie aufzulösen scheint. Wie groß die Konfusion sein kann, zeigt sich in der Wirkungsgeschichte des Begriffs der Konversion. So hat Lipowski (1976) in seinem einflußreichen Übersichtsreferat zur Lage der psychosomatischen Medizin die Auffassung vertreten, "daß durch die zunehmende Kenntnis der neuro-physiologischen, endokrinen und immunologischen Prozesse, durch welche *symbolische* Reize schließlich bis zur Zelle vermittelt werden, der rätselhafte Sprung vom Seelischen ins Körperliche" überbrückt werden könne und tatsächlich durch die Forschung auch schon im einzelnen rekonstruiert worden sei. "Ohne eine klare Erkenntnis dieser Überleitungsprozesse", so fährt Lipowski fort, "bliebe uns nichts anderes übrig, als Korrelationen zwischen spezifischen Ereignissen und *psychologischen* Merkmalen der ihnen ausgesetzten Personen auf der einen Seite und gegebenen *körperlichen* Dysfunktionen oder Krankheiten auf der anderen Seite festzustellen" (1976, S. 12; Hervorhebungen von uns).

Jeder psychosomatisch eingestellte Arzt wird gegenüber allen Monisten, die seelische Phänomene mit dem zerebralen Substrat gleichsetzen, die qualitative Eigenständigkeit symbolischer Prozesse betonen. Bezüglich der Reichweite ist denkbar, daß symbolische menschliche Aktivitäten, die an zerebrale Strukturen und Funktionen gebunden sind, alle organismischen Prozesse bis hinunter zur Zelle beeinflussen. Aber es ist ein folgenreicher Irrweg, dem ein Kategorienfehler zugrunde liegt, aus der Erkenntnis physiologischer Überleitungsprozesse zum seelischen Erleben und zur Symbolbildung gelangen zu wollen.

Psychotherapeutische Gesichtspunkte

Unter *psychotherapeutischen* Gesichtspunkten haben sich die Untersuchungen Alexanders und seiner Schule als ungemein fruchtbar erwiesen. Es ist kein Zufall, daß French (1952) als Mitglied der Chicagoer Forschergruppe als erster den Begriff des Fokus in die Theorie der Technik einführte; dort wurde auch die Bedeutung der Hic-et-nunc-Beziehung besonders in den Mittelpunkt gestellt. Es liegt wegen unterschiedlicher krankheitsbedingter Auswirkungen

nahe, daß beispielsweise Hautkranke eher eine Neigung haben, über Themen zu sprechen, die mit Exhibitionsproblemen zu tun haben. Ist es doch eine alltägliche klinische Erfahrung, daß sich im Krankheitsverlauf prämorbid latente Reaktionsbereitschaften aktivieren oder manifeste sich verstärken. Dabei sind mit der Haut andere Erlebnisbereiche assoziiert als mit der Oralität oder mit der Motilität und ihrer Einschränkung.

Wir betonen den Verlauf und seine zirkulären Auswirkungen im Sinne eines sich selbst verstärkenden Kreisgeschehens deshalb, weil hier fokale psychotherapeutische Bemühungen einsetzen können und müssen. Von den somatopsychischen Auswirkungen aus gelangt man zum Erleben des Patienten, ohne daß besondere Widerstände auftreten, die scheinbar die Annahme spezieller "psychosomatischer Strukturen" (s. 9.9) rechtfertigen. Konfrontiert man körperlich Kranke hingegen primär mit dem Suchen nach seelischen Konflikten, also im weiteren Sinn mit der Psychogenese ihrer Beschwerden, löst man jene verständliche Reaktion aus, die von einem Magengeschwürkranken überliefert wird: "Mir fehlt's im Magen, nicht im Kopf, Herr Doktor."

Geht man von den körperlichen Beschwerden aus und nimmt man sowohl den naturwissenschaftlichen Körperbegriff wie die psychoanalytischen Entdeckungen über das Körperbild (s. hierzu v. Uexküll 1985) ernst, gelangt man ganz von selbst zu der Art und Weise, wie Patienten ihre Erkrankung bewältigen. Von hier aus eröffnet sich ein Zugang zu den psychosozialen Einflüssen auf die Entstehung körperlicher Erkrankungen.

Stets ist es ratsam, lange beim gegenwärtigen Krankheitsverlauf zu bleiben, wie wir dies beispielhaft in Kap. 5 bezüglich eines Falles von Schiefhals beschrieben haben. Selten scheitern psychotherapeutische Gespräche, wenn der Analytiker sich daran orientiert, daß die jeweiligen körperlichen Beschwerden zumindest zu einer sekundären Komplizierung der ihnen zugeordneten Bedürfnisse führen. Beispielsweise schränkt eine Herzangst die Bewegungsfreiheit ein, und alle Beschwerden im Bereich des Magen-Darm-Trakts führen zu einer Sensibilisierung der Oralität, wie groß oder wie klein deren Rolle in der Entstehung auch gewesen sein mag.

Beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung zu Patienten, die körperliche Beschwerden haben, ist es entscheidend, das Primat des Körpers anzuerkennen, soweit dies neben der methodischen Einschränkung auf das Körperbild und der Unmöglichkeit, gleichzeitig dem naturwissenschaftlichen Gegenstand "Körper" gerecht zu werden, möglich ist. Freilich ist v. Uexküll zuzustimmen, daß die psychoanalytische Methode, soweit sie sich auch in die unbewußten Sphären des Körper-Ich hineinbewegen mag, stets nur die verschiedenen Spiegelungen oder Repräsentanzen des Körpers erreichen kann und "den Körper in seiner prinzipiell unbewußten, niemals bewusstseinsfähigen Tiefendimension nicht in den Blick" bekommt (1985, S. 100). Damit hängt die therapeutische Reichweite der Psychoanalyse bei körperlichen Erkrankungen zusammen, die sich mit dem Problem zu befassen hat, inwieweit sich die therapeutische Bemühung um das subjektiv erlebte Körperbild auf den objektivierbaren somatischen Befund auswirkt. Zumindest bezüglich des subjektiven Befindens sind psychoanalytische Beobachtungen relevant, die Rangell (1959) folgendermaßen zusammengefasst hat:

Es gibt keinen ausführlichen psychoanalytischen Fallbericht über einen Ulcuskranken ohne Beobachtungen über die orale Bedeutung gastrischer Kontraktionen oder Spannungen, noch einen Fall von ulcerativer Colitis ohne ausführliche Beschreibung anhaltender analer Konflikte, die auf körperliche Weise ausgedrückt werden, noch einen Fall von Asthma oder Neurodermitis ohne entsprechende Rekonstruktion gestörter Symbolisierung auf den verschiedenen Stufen, die bei der Vielzahl funktioneller und organischer Veränderungen vorhanden sind (S. 647).

Es ist u. E. kein Zufall, daß Rangell nur von solchen Fällen gesprochen hat, die durch ihre Symptomatik in irgendeiner Form mit der leidenden, handelnden, fühlenden und denkenden Person verknüpft werden können. Mit der Haut und mit den Körperöffnungen sind z. B.

Erlebnisse verbunden, die mit Funktionen korreliert werden können. Es bleibt die Aufgabe, die Entstehung von Symptomen aus der Korrelation mit Konflikten zu begreifen. So hat Alexander zwar nicht der Organveränderung selbst einen "Sinn" verliehen, aber einen sehr engen "emotionalen Syllogismus" zwischen Funktion und Erleben angenommen.

Schon in den ersten Arbeiten (Alexander 1935) über psychosomatische Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts wurden jene Konfliktkonfigurationen im Bereich des Vektors "Nehmen" und "Geben" gefunden, die dann als "spezifisch" bezeichnet wurden. Alexander hat beobachtet, daß der ehrgeizige Ulkusranke seine verdrängte Sehnsucht nach Liebe und Hilfe unbewußt mit dem Bedürfnis nach Nahrung gleichsetzt ("emotionaler Syllogismus"). Aufgrund dieser Gleichsetzung wird die Innervation des Magens in Bewegung gesetzt, der so reagiert, als ob Nahrung aufzunehmen wäre oder das Essen kurz bevorstände. Die von Alexander hervorgehobenen Abhängigkeitskonflikte werden verdrängt. Das Ulkus selbst hat aber keinen symbolischen Ausdrucksgehalt. Die Kritik Kubies an der Spezifitätshypothese (1953) hat sich durchgesetzt. Ersetzt man "spezifisch" durch "typisch", wird die Bedeutung von Alexanders Beobachtungen nicht gemindert. Den spezifischen Faktor der Ätiologie im Sinne der Infektionslehre bildeten die typischen Konfliktkonstellationen in Alexanders Schemata von vornherein nicht, weil andere ätiologische Faktoren, z. B. die Organdisposition, ebenfalls "spezifisch" genannt wurden. In der oben erwähnten kritischen Übersicht hat Weiner diese Disposition bei den von Alexander untersuchten Erkrankungen aus heutiger Sicht pathophysiologisch aufgegliedert. Wie fruchtbar der multivariate Ansatz ist, ließ sich besonders überzeugend an der Ätiologie des Magen- bzw. Zwölffingerdarmgeschwürs zeigen (Schüffel u. von Uexküll 1986).

Unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten ist es zunächst unerheblich, in welcher Nähe oder Distanz ein Fokus - als Thema des Gesprächs - sich zum körperlichen Krankheitsprozess befindet. Entscheidend ist vielmehr, daß der Patient zum Gespräch als therapeutisches Mittel Vertrauen faßt. Welche körperlichen Veränderungen überhaupt noch reversibel sind, zu deren Entstehung einmal seelische Faktoren beigetragen haben mögen, ist eine völlig offene Frage. Wer sich psychotherapeutisch darum bemüht, chronische körperliche Symptome rückgängig zu machen, wird mit seiner Theorie auf dem Boden der Realität bleiben.

9.8 Regression

Im Grundlagenband (8.3.4) haben wir die Regression im Zusammenhang mit Balints Neubeginn abgehandelt. Zur Konzeptualisierung der Therapie des an Neurodermitis erkrankten Patienten nahm die Regression einen hervorragenden Platz ein. Gerade deshalb ist es uns wesentlich, darauf aufmerksam zu machen, daß die immer weitere Ausdehnung der Theorie der Regression als Erklärungsmuster seelischer, körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen von uns abgelehnt wird.

Schon bei einer kurzen Betrachtung der Vorgänge der Regression zeigt sich, daß es sich hier um eine deskriptive Verallgemeinerung handelt. Der Regressionsbegriff beinhaltet in seinem allgemeinen Sinn eine "Rückkehr von einer höheren zu einer niedrigeren Stufe der Entwicklung, . . . auch die Verdrängung [ordnet sich] der Regression unter, denn sie kann auch als Rückkehr zu einer früheren und tieferen Stufe der Entwicklung eines psychischen Aktes beschrieben werden" (Freud 1916/17, S. 355). Schon in der *Traumdeutung* (1900 a) unterschied Freud an der Regression einen topischen, einen zeitlichen und einen formalen Aspekt. Freud führte die Lehren Jacksons über Evolution und Dissolution zunächst in die Aphasieforschung ein und machte dann Jacksons Auffassung über funktionelle Rückbildung im Regressionsbegriff für die Psychopathologie fruchtbar. Später nahm er an, daß "bestimmte

Regressionen für bestimmte Krankheitsformen charakteristisch sind" (1933 a, S. 106). Über die deskriptive Generalisierung innerhalb der *erklärenden Theorie* der Psychoanalyse hinaus erhält der Regressionsbegriff seine umfassende Bedeutung im Zusammenhang mit den Begriffen des auslösenden Konflikts und der Fixierung. Diese ist u. E. als erworbene Disposition im Sinne einer unbewußt verankerten Reaktionsbereitschaft zu verstehen (Thomä u. Kächele 1973). Festzuhalten ist, daß sich der Begriff der Regression ausschließlich auf die Erklärung *seelischer Abläufe* bezieht.

Buchstabiert man im Gegensatz dazu Fixierung und Regression nach einem fiktiven *psychophysiologischen* Alphabet, scheint die Rückkehr auf eine frühe, unbewußte Stufe in gleicher Weise die Entstehung seelischer und somatischer Erkrankungen erklären zu können. Tatsächlich folgen viele Theorien in der psychosomatischen Medizin seit Groddeck dieser Annahme, auch wenn dies nicht auf den ersten Blick sichtbar wird.

Theoretische Ansätze

Der Kundige hat es nicht schwer, trotz der eindrucksvollen Buntheit des Sprachschatzes einige wenige Grundmuster bei dieser grenzenlosen Ausdehnung des Regressionsbegriffs zu erkennen. Der rote Faden, der sie verbindet, stammt von der psychoanalytischen Abwehrtheorie, aus der 2 ätiologische Thesen abgeleitet werden können.

Nach der einen Behauptung kommt es zur Entstehung körperlicher Erkrankungen dann, wenn der "Charakterpanzer" Reichs sich verstärkt und sich auch körperlich manifestiert. Mitscherlichs zweiphasige Verdrängung geht auf die Annahme einer vorhandenen Charakterneurose zurück, die sich bei der psychosomatischen Pathogenese sozusagen verstärkt. Thomä (1953, 1953/54) hat hierfür seinerzeit in großer Naivität einen Musterfall veröffentlicht, ohne zu bedenken, daß die Abwehrvorgänge als *Prozeß* zu verstehen sind und Freud schon bezüglich der Verdrängung vom *Nachdrängen* sprach.

Die 2. weitverbreitete Idee, die sich aus der psychoanalytischen Theorie für die Psychosomatik ableitet, orientiert sich an der Regression. Prototypisch hierfür ist die Konzeption Schurs (1974) über den Zusammenhang psychosomatischer Störungen mit Reifungs- und Regressionsvorgängen, wobei die Entwicklung eines gesunden Kindes von ihm als Prozeß der "Desomatisierung" aufgefasst wird.

Aus der undifferenzierten und unentwickelten Struktur des Neugeborenen, in dem Psychisches und Somatisches untrennbar miteinander verbunden seien und das aufgrund seines Entwicklungsstands vorwiegend körperlich und unbewußt reagiere, entwickle sich durch die Reifung eine eher bewußte und seelische Reaktionsweise. Somatische Reaktionsformen treten in den Hintergrund, das Kind lerne, kognitiv-psychisch anstelle von somatisch, d. h. durch körperliche Erregungszustände zu reagieren. Diesen Prozeß der Desomatisierung bringt Schur mit der Ich-Leistung der Neutralisierung von Triebenergien in Zusammenhang. Im Falle einer psychosomatischen Erkrankung können Konfliktsituationen nicht mehr mit frei verfügbaren, neutralisierten Energien durch das Ich bewältigt werden. Durch die damit einhergehende Angst komme es zu einer Regression auf die Ebene früher Verhaltensmuster, also auf die Ebene der somatischen Reaktionsform (psychophysiologische oder psychosomatische Regression). Energien, die vorher durch den Abwehrprozess der Neutralisierung gebunden waren, werden durch den partikularen Zusammenbruch des Ich freigesetzt und äußern sich entsprechend dem Regressionsstadium undifferenziert somatisch. Die Ausformung der Resomatisierung, d. h. die Organwahl und das Ausmaß der somatischen Reaktionsbreite, wird durch frühkindliche Traumatisierungen und konsekutive Fixierungen an körperliche Funktionsabläufe bestimmt. Schur geht davon aus, daß im Zuge der Ich-Differenzierung während des physiologischen Reifungsprozesses unkoordinierte somatische Prozesse kognitiv-psychisch integriert und damit das somatische Reagieren im Primärprozess

durch gedankliche Handlungen auf sekundärer Prozessebene ersetzt wird. Die psychosomatische Regression sieht er als Rückschritt auf die ursprünglich innegehabte Ebene der leib-seelischen Reaktionseinheit mit der Tendenz zur somatischen Spannungsabfuhr an.

Die Grundkonzeption dieses prototypischen Erklärungsansatzes, der sich später bei Mitscherlich (1967, 1983) und anderen Autoren wieder findet, liegt in der Analogie bzw. Gleichsetzung frühkindlicher leib-seelischer Reaktionsweisen mit der psychosomatischen Reaktionsform. Schur entspricht den neurosen-psychologischen Denkansätzen insofern, als er die Regression als den maßgeblichen Modus der Krankheitsentstehung ansieht und zusätzlich körperliche Abläufe einbezieht. Das Regressionsmodell wird einfach über die psychische Ebene hinausgehend auf die physiologische Ebene ausgedehnt. Dem Spezifitätspostulat soll durch die altbekannte Fixierungshypothese entsprochen werden.

Kritische Anmerkungen

Es ist typisch für die Theorienbildung mancher Richtungen der psychoanalytischen Psychosomatik, daß die Reichweite des jeweiligen Ansatzes weniger unter methodischen Gesichtspunkten geprüft als vielmehr mit Hilfe des Zurückdatierens der Ursachen in die früheste Kindheit behauptet wird. Läßt man sich nicht vom Erfindungsreichtum bei der Kreation neuer Bezeichnungen täuschen, erkennt man bald das einheitliche Muster in der Behauptung der frühen (präödpalen) Entstehung psychosomatischer Erkrankungen, wobei physiologische Gesetzmäßigkeiten außer acht gelassen werden. Es ist erstaunlich, wie falsche Annahmen ohne oder mit zweifelhaftem Realitätsgehalt durch eifriges gegenseitiges Zitieren am Leben erhalten werden können oder nebensächliche terminologische Modifikationen neue Erkenntnisse vortäuschen.

So hat beispielsweise Kutter (1981) die schon in der Ätiologie von Neurosen zweifelhafte *Grundstörung* Balints zum *Basiskonflikt* der Psychosomatosen erhoben und diese den Neurosen gegenübergestellt. Damit werden beispielsweise Patienten, die an einer der oben genannten 7 Erkrankungen leiden, zu schwerkranken Borderlinefällen gemacht, was weder mit den von Alexander erhobenen Befunden noch mit unseren heutigen Erkenntnissen zu vereinbaren ist. Die psychosomatische Krankheitslehre wird von Kutter und vielen anderen auf eine Grundbedingung reduziert, deren ätiologisches Primat auch in der Neurosenlehre unwahrscheinlich ist. Die ätiologische Theorie, die durch Freud im Modell der Ergänzungsreihe entworfen wurde, hat seither wegen der Vielfalt seelischer und körperlicher Prozesse in Entstehung und Verlauf aller Erkrankungen eine komplexe Gestalt angenommen. Es kann keine Rede davon sein, daß die notwendige Bedingung von Neurosen, aus der sich diese dann wie ein Ei nach der Befruchtung mit naturhafter Notwendigkeit entwickelt, in der *Grundstörung* liegt. Daraus ergibt sich auch unsere Kritik an Balints Verständnis des Neubeginns, die wir im Grundlagenband unter 8.3.4 zusammengefasst haben.

Mit Hilfe der Annahme einer "psychophysiologischen bzw. psychosomatischen Regression" und der zusätzlichen Spekulation, daß frühe Traumata die Einheit Psyche-Soma treffen, scheint jede schwere körperliche oder seelische Erkrankung, vom Krebs bis zur Schizophrenie, von einem Punkte aus erklärt werden zu können. Von der sog. "psychosomatischen Struktur" läßt sich scheinbar alles ableiten. So behauptet Bahnson in seiner *Komplementaritätshypothese* :

Im somatischen Bereich spielen sich ähnliche Vorgänge ab wie bei der psychischen Regression (bei Neurosen und Psychosen). Wenn Verdrängung anstelle von Projektion die Hauptlast der Abwehrprozesse übernehmen muß, erfolgt die Verschiebung der Triebenergie in den somatischen Bereich. Dann finden wir eine Stufenfolge immer tiefergehender somatischer Regression, beginnend mit Konversionshysterie bis hin zur tiefsten Regression im Bereich der Zellmitosen . . . (1986, S. 894).

Am tiefsten Punkt der Regression durch Verdrängung siedelt Bahnson die Entstehung von Malignomen an, am tiefsten Punkt der Regression aufgrund von Projektion komme es - komplementär - zur Psychose.

Panpsychismus im Kreuzfeuer der Kritik

Es ist erstaunlich, welche Faszination von der Idee der psychophysiologischen Regression ausgeht, die von Margolin (1953) propagiert und als psychosomatische Regression besonders von McDougall (1974, 1987) als allumfassendes Erklärungsprinzip für seelische und körperlicher Erkrankungen vertreten wird. Der Begriff der psychophysiologischen Regression, längst von Mendelson et al. (1956) als unhaltbar kritisiert, scheint seinem Inhalt nach ebenso unsterblich zu sein wie die Hoffnung auf ein ewiges Leben und hat möglicherweise in ihr überhaupt seinen Ursprung. Die Sinnfindung bestimmt das menschliche Leben mehr als wissenschaftliche Wahrheiten. Zu ihr gehört auch das Suchen nach der wechselseitigen Stellvertretung von Leib und Seele, verbunden mit der aus der Psychoanalyse stammenden Idee der unbewußten Verborgenheit. Aufgrund dieser Annahmen gelangt man zum Prinzip der Äquivalenz und der gegenseitigen Vertretbarkeit der organischen und der psychischen Symptomatik V. v. Weizsäcker, was ebenfalls auf einen Panpsychismus in der These hinausläuft: "Nichts Organisches hat keinen Sinn."

Unmissverständlich hat C.F. v. Weizsäcker in einer Diskussion anlässlich der Feier des 100. Geburtstags des Begründers der anthropologischen Medizin ausgesprochen, es gehe nicht, "den somatischen Krankheiten jeweils psychische Interpretationen unterzulegen, die dann im Umgang zwischen Arzt und Kranken wissenschaftlich zum Tragen kommen können" (1987, S. 109). Auf den Panpsychismus der anthropologischen Medizin in den Ideen der Stellvertretung und gegenseitigen Verborgenheit von Körper und Seele hat bei diesem Symposium v. Rad (1987, S. 163) aufmerksam gemacht und vor den damit zusammenhängenden Gefahren gewarnt. Das naturphilosophische Denken V. v. Weizäckers ist, wie v. Rad durch mehrere Zitate aus dem Werk (z. B. 1950, S. 259; 1951, S. 110) des Begründers der anthropologischen Medizin belegt, tatsächlich von der Idee eines Panpsychismus beherrscht. Die Einführung des Subjekts in die Medizin wurde dadurch von Anfang an belastet. Die Verwirklichung der Idee scheiterte am Mangel an Handlungsanweisungen für die Praxis der psychosomatischen Medizin. Die anthropologische Medizin steht auch in ihrer wissenschaftlichen Methodologie am Anfang.

Macht man mit der Bipersonalität therapeutisch und wissenschaftlich ernst, stößt man auf all jene Probleme, die das Paradigma der Psychoanalyse auszeichnen. Seit der "kognitiven Revolution" (Bruner 1986) des Behaviorismus ist auch die klinische Psychologie mit einem Paradigmenwechsel konfrontiert. Zeitgemäße Integrationsversuche, wie sie von Wyss (1982, 1985) vorgelegt wurden, werden dem umfassenden klinischen Wissen der Psychoanalyse, das sich in diesem Jahrhundert angesammelt hat, nicht gerecht.

Die Idee der psychosomatischen Regression in ihren verschiedenen, aber nur scheinbar weit voneinander entfernt liegenden Versionen als umfassende Erklärungsgrundlage für körperliche Erkrankungen führt zu Fehldiagnosen und erschwert die Entwicklung haltbarer Theorien.

Die Analogie frühkindlicher, integrativ ablaufender leib-seelischer Reaktionsweisen mit somatischen Störungen trägt nicht, was wir am Beispiel der Schiefhalsbewegung in Kap. 5 aufgezeigt haben. Die Physiologie eines Säuglings unterscheidet sich, wie Meyer (1985) hervorhebt, erheblich von der des Erwachsenen.

Unter der Vielzahl von Unterschieden sei nur ein einziger in Erinnerung gerufen: die weniger funktionierende Homöostase. Säuglinge und Kleinkinder bekommen bei geringsten Infektionen 39 oder 40 Grad Körpertemperatur, sie erbrechen bei leichten Belastungen, sie werden in Stunden exsikkotisch. Allein, wir finden beim Kleinkind nicht

regelhaft "asthmoide" oder "colitoide" Auslenkungen, auf die ein Erwachsener regredieren könnte. Umgekehrt finden wir selten psychosomatisches Fieber - die 2 Fälle, die ich in 30 Jahren beobachten konnte, beruhten nicht auf physiologischer Regression, sondern waren Streß-Rezidive von Herpes (S. 54).

Die frühkindliche Spannungsabfuhr erfolgt aufgrund des Mangels an kognitiven Bewältigungsformen auf dem Boden der Leib-Seele-Einheit. In dieser primärprozesshaften und integrativen Reaktionsform befindet sich das Kleinkind bzw. der Säugling in einer animalischen Reifungsphase. Es ist bemerkenswert, daß bei Tieren eine psychosomatische Erkrankung in der freien Natur nicht vorkommt, sondern erst durch artifiziell gesetzte Reize entsteht. Im Gegensatz zu dem frühkindlichen Entwicklungsstadium läuft bei psychosomatisch Kranken das Geschehen gerade nicht integrativ, d. h. in Form einer leib-seelischen Einheit ab, sondern das Charakteristikum dieser Störungsform liegt in dem Fehlen eines solchen Zusammenhangs. Eine Auffassung der psychosomatischen Dekompensation als Regression, die als Rückgriff auf frühkindliche Formen der somatischen Spannungsabfuhr verstanden wird, kann das destruktive Moment körperlicher Erkrankungen nicht erklären.

Die Neigung vieler Psychoanalytiker, das "Physiologische zu psychologisieren" (P. B. Schneider 1973), ihre komplementäre Neigung, physiologische Gesetzmäßigkeiten bei der Betrachtung psychosomatischer Störungen außer acht zu lassen, hat zu einer fatalen Stagnation geführt. Keine Rede von einer Differenzierung einzelner Erkrankungen, sondern Aufrechterhaltung eines holistisch wirkenden Erklärungsanspruchs für "*die* psychosomatische Erkrankung", keine Rede auch von einer Differenzierung zwischen akuter und chronischer Erkrankung, könnten doch bei chronischen Verlaufsformen viele der beschriebenen psychischen Merkmale, wie z. B. der "Komplex Hilflosigkeit-Hoffnungslosigkeit" von Engel u. Schmale (1969), auch Reaktion des Kranken auf die körperliche Seite seiner Erkrankung sein!

9.9 Alexithymie und "pensée opératoire"

Wir haben auf die Alexithymie hingewiesen, als wir bei der Beschreibung des Neurodermitiskranken sagten, er habe sich so verhalten, als wäre er ein Alexithymiker. Der Terminus Alexithymie (*a* = alpha privativum, *lexis* = Wort, *thymos* = Gefühl) beschreibt die Unfähigkeit, Gefühle zu "lesen", wahrzunehmen oder auszudrücken.

Der Begriff wurde ursprünglich für die Beschreibung von Patienten verwendet, die Schwierigkeiten hatten, sich auf eine traditionelle, einsichts-orientierte Psychotherapie einzulassen. Ihre recht heterogene Symptomatik wurde auf seelische Faktoren zurückgeführt, weshalb ihre Erkrankung als psychosomatische aufgefasst wurde. Dahinter wurde ein Defizit angenommen, Einsicht in die eigenen Gefühle, Symptome und psychologischen Prozesse zu gewinnen. Nach ihren subjektiven Gefühlen in emotionalen Situationen gefragt, waren diese Patienten verwirrt, antworteten vage, gaben körperliche Zustände an oder beschrieben äußere Vorgänge. Dieses Verhalten veranlasste Sifneos (1973) den Begriff Alexithymie zu prägen. In gewisser Weise löste die Alexithymie die Annahme einer infantilen Persönlichkeit als Kernproblem der psychosomatischen Medizin, wie von Ruesch (1948) angenommen, ab. Zwei voneinander unabhängige Gruppen, französische und amerikanische Autoren, stellten diese affektiven Defizite in den Mittelpunkt ihrer Theorie der psychosomatischen Medizin und entwickelten die Konzepte der "pensée opératoire" bzw. der Alexithymie. Beide Gruppen waren von einer Spezifitätsannahme geleitet, nach der sich psychosomatische Krankheiten auf die alexithyme Persönlichkeit zurückführen lassen sollen. Wie wir in einem eigenen Abschnitt (9.7) ausführlich beschreiben, hat Franz Alexanders Spezifitätshypothese wichtige Forschungsimpulse gegeben, deren Realisierung allerdings ein negatives Ergebnis hatte. Im Grunde vertrat Alexander einen multivariaten Ansatz. Die in der Medizin übliche Definition des Spezifitätsbegriffs verweist psychosoziale Faktoren in der Genese psychosozialer Erkrankungen in den Bereich der Unspezifität (Thomä 1980). Das Festhalten an der Idee einer wie auch immer gearteten spezifischen psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur erschwerte lange Zeit die weitere wissenschaftliche Entwicklung der psychoanalytischen Psychosomatik (Ahrens 1987). Das Ziel, eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur für die Komplexität und Vielfalt psychosomatischer Störungen zu finden, widerspricht der klinischen Erfahrung. Diese legt eher die Annahme heterogener Konfliktkonstellationen schon bei *einem* psychosomatischen Krankheitsbild nahe, was im übrigen in empirischen Untersuchungen nachgewiesen wurde (Overbeck 1977). Wahrscheinlich hängt damit zusammen, dass es um die "pensée opératoire" still geworden ist. Anders verhält es sich mit der Alexithymie, über die wir deshalb ausführlicher referieren.

Französische Autoren

Die der sog. französischen Schule der Psychosomatik zugerechneten Autoren sind in ihrer Konzeption der "pensée opératoire" keineswegs so homogen wie es der Schulbegriff suggerieren möchte. Dennoch sind Ankerpunkte ihrer theoretischen Überlegungen die Vorgänge der Regression und Fixierung. De M'Uzan (1977) sieht eine wesentliche Ursache für die von ihm konstatierten Mängel der psychischen Struktur psychosomatisch Kranker in der fehlenden Möglichkeit zu halluzinatorischer Bedürfnisbefriedigung in der Kindheit; Fain (1966) postuliert eine Regression auf ein primitives Abwehrsystem des Ich als Motor der somatischen Symptombildung bei psychosomatischen Erkrankungen; Marty (1968) konzipiert spezifische Regressionsvorgänge (progressive Desorganisation, partielle und globale Regression). Die mit diesen verschiedenen Regressionsformen einhergehende somatische Symptombildung führt der Autor auf Fixierungen zurück, die aus pathologischen,

humoralen Interaktionen zwischen Fötus und Mutter, also in der intrauterinen Phase, entstanden sein sollen (Marty 1969). Hieraus leiten die Autoren die von ihnen beschriebenen klinischen Phänomene ab: das operative Denken als "Ausdruck einer Überbesetzung des Handgreiflichsten, Konkretesten und Praktischsten in der Realität" (de M'Uzan 1977), das dem Patienten keinen Zugang zu affektiven oder phantasiebezogenen Ebenen erlaubt, sondern nur Abbilder der Zeit- und Raumbeziehung schafft und damit eine "blande Beziehung" zum Gesprächspartner entwickle. Dies sei die kennzeichnende Beziehungsform der psychosomatisch Kranken.

Als "Reduplikation" bezeichnen französische Autoren eine Tendenz des psychosomatisch Kranken, sich mit den Eigenschaften eines Objekts oberflächlich zu identifizieren. Diese Patienten machen angeblich aus sich einen unendlich reproduzierbaren Menschen. Weiterhin begreifen sie den anderen nur von ihrem eigenen Modell und zeigen kein Verständnis für dessen persönlichen Eigenschaften.

Am Beispiel der französischen Autoren läßt sich zeigen, daß Theoriefragmente unvermittelt nebeneinander stehen und theorieimmanente Widersprüche aufbrechen, ohne daß es zu Versuchen käme, ein halbwegs schlüssiges Theoriemodell zu konzipieren, das durch Untersuchungen nachgeprüft werden könnte. So ordnen die französischen Autoren das operative Denken dem Primärprozess zu, andererseits diskutieren sie es als eine Modalität des Sekundärvorgangs, wobei Realitätsorientierung, Kausalität, Logik und Kontinuität der Denkvorgänge herausgehoben werden (Marty u. de M'Uzan 1963). Es erhebt sich die Frage, wie auf der Primärprozessebene eine so auffällig gute soziale Integration zu leisten ist, wie sie „psychosomatisch Kranken“ zugeschrieben wird. Auch die Konzeption der "Reduplikation" ist nicht so herausgearbeitet worden, daß dieser Aspekt des psychosomatisch Kranken in einen Rahmen mit den vielfach geäußerten Beobachtungen der Verhaltensnormalität gebracht werden könnte. Dies zeigt sich u.a. daran, dass Stephanos, der deutsche Hauptvertreter dieser Auffassung, in den beiden ersten Auflagen des Uexküllschen Handbuch zwar vertreten war (1979, 1981), in den nachfolgenden Auflagen nicht weiter berücksichtigt wurde.

Amerikanische Autoren

Von einer solchen Spezifitätsannahme waren auch die amerikanischen Autoren geleitet, die vermutlich unbeeinflusst von der Entwicklung in Frankreich den griffigen Terminus der Alexithymie prägten. Sie postulierten eine spezifische Persönlichkeitsstruktur psychosomatisch Kranker, die - im Unterschied zu der neurotisch Kranker - von dem Merkmal der "Alexithymie" geprägt sein soll; dies sei die Unfähigkeit, in angemessenen Worten ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Als charakteristisch für psychosomatische Patienten werden folgende Merkmale aufgefasst: Schwierigkeiten, Gefühle zu erkennen und zu beschreiben, Schwierigkeiten, körperliche Sensationen als Teile einer Emotion zu verstehen, ein verarmtes Phantasieleben mit einer konsekutiven, funktionalen Art des Denkens und einem nach außen orientierten Denkstil (Nemiah et al. 1976). Stellten die Autoren zunächst eine psychodynamische, eine entwicklungsdefizitäre und eine neurophysiologische Hypothese nebeneinander, so bevorzugten sie später ausdrücklich ein von MacLean (1949) übernommenes neurophysiologisches Konzept. Dieses arbeitet mit der Annahme einer neuronalen Verbindung zwischen dem limbischen System als dem Korrelat der Trieb- und Gefühlsabläufe und dem Neokortex. Erregungen könnten demzufolge direkt über das hypothalamisch-vegetative System in den somatischen Bereich hinein entladen werden.

Die empirische Forschung dieses Konzepts wird durch die fast ausschließliche Verwendung von Fragebögen zur Erhebung komplexer Merkmale methodisch und konzeptionell stark eingengt. Hier ist besonders die Toronto Alexithymie Skala (TAS-20; zu erwähnen, ein

Fragebogen zur Selbsteinschätzung alexithymer Merkmale (für eine zusammenfassende Darstellung s. Taylor et al. 1997). Eine Arbeitsgruppe in Finnland hat Alexithymie an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe mit der TAS-20 erhoben. Demnach sind 17% der Männer und 10% der Frauen alexithym. Statistisch bedeutsam ist Alexithymie mit männlichem Geschlecht, höherem Alter und niedrigem sozioökonomischen Status assoziiert (Salminen et al. 1999). Trotz tausendfacher Anwendung, und selbst trotz eindrucksvoller Hinweise auf die konvergente Validität mit anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten (Schäfer et al. 2002) bleibt die prinzipielle Kritik, dass hier eine Selbsteinschätzung gemessen wird, die mit der objektiven Fähigkeit zu Erkennung von Emotionen und deren Verarbeitung wenig zu tun hat (Suslow et al. 2001). Deswegen stellt unseres Erachtens die „Levels of Emotional Awareness Scale“ (LEAS) von Lane & Schwartz (1987) eine bereichernde Weiterentwicklung dar, da diese Methode den emotionalen Gehalt kurzer Verhaltensszenen erfasst. Ihre Stärke liegt vor allem in der Messung einer Leistung im Gegensatz zur verfälschbaren Selbsteinschätzung und in der Verwendung klinisch relevanter Verhaltenssequenzen zur Herstellung der Untersuchungssituation. In Deutschland hat die Arbeitsgruppe um Köhle mit LEAS wichtige empirische Beiträge geliefert, u.a. in dem an einem großen Patientenkollektiv mittels verschiedener Instrumente die Veränderung alexithymer Merkmale unter psychodynamischer Therapie erfasst wurde (Subic-Wrana et al. 2005). Die Düsseldorfer Arbeitsgruppe um Franz bestätigt hohe Werte auf der LEAS-Skala für das männliche Geschlecht, Fehlen einer festen Partnerschaft und geringer Schulbildung; im Gegensatz hierzu war die TAS-20 signifikant korreliert mit der Mehrzahl der Skalen des SCL-90 und die IIP (Simson et al. 2005). Man kann wohl davon ausgehen, dass die TAS-29 nicht spezifisch Alexithymie misst, sondern durch andere Merkmale, insbesondere Angst und Depression, beeinflusst wird.

Neurobiologie der Alexithymie

Prämisse neurobiologischer Untersuchungen zur Alexithymie ist, dass die rechte Hemisphäre an allen emotionalen Vorgängen stärker als die linke beteiligt ist (Übersicht bei Larsen et al. 2003). Unter einigen Psychoanalytikern war die Idee von Hoppe (1988) populär, Alexithymie sei durch ein interhemisphärisches Transferdefizit gekennzeichnet. Es finde sich eine funktionelle Blockade des Corpus Callosum, wodurch emotionale Inhalte nicht von der rechten in die linke Hemisphäre zur weiteren Verarbeitung geleitet werden können. Derzeit wird angenommen, Alexithymie hänge mit Defiziten im orbitofrontalen Cortex bzw. im anterioren cingulären Cortex (ACC) zusammen. Dazu passen Befunde, nach denen z.B. hohe Alexithymie mit verringerter Aktivität im rechten ACC einhergeht. Andererseits könnte der ACC eine aktiv inhibitorische Funktion bei der Genese der Alexithymie haben, da sich gezeigt hat, dass die Größe des rechten ACC positiv mit Alexithymie korreliert (Gündel et al., 2004).

Alexithymie und (somatische) Erkrankungen

In der 2. Auflage haben wir mit Ahrens u. Deffner (1985) schon darauf hingewiesen, dass es keine eindeutigen Hinweise für Alexithymie als spezifisches Persönlichkeitsmerkmal psychosomatisch Kranker gibt. Die gemessenen Merkmale sind stets bei anderen klinischen Gruppen und auch bei gesunden Vergleichspersonen nachweisbar. Alexithyme Verhaltensweisen finden sich also bei gesunden Menschen ebenso wie bei einem großen Spektrum von Erkrankungen, das von somatoformen Störungen und Borderline-Fällen bis zu ätiologisch unklaren körperlichen Symptomen reicht. Eine neuere Übersicht bei Taylor (2000) zeigt, dass sich statistisch bedeutsame aber in der Stärke variierende Zusammenhänge

zwischen Alexithymie und den verschiedenen Krankheiten finden. Betrachtet man die Variabilität dieser Zusammenhänge und die Heterogenität der Krankheitseinheiten, ist es unwahrscheinlich, dass die Alexithymie eine spezielle ätiologische Bedeutung hat. Viele der mit Alexithymie assoziierten Krankheiten, wie die Hypertonie, gehen mit einer vegetativen Dysbalance einher. So war es nahe liegend, als Vermittler eine durch Alexithymie verursachte mangelnde Regulation physiologischer emotionaler Komponenten anzunehmen. Allerdings gibt es aktuell keine eindeutigen Befunde zu physiologischen Parametern bei Alexithymen; auch die vermutete physiologische Hyperreagibilität ließ sich nicht konsistent nachweisen.

Alexithyme Merkmale scheinen sich eher als Reaktion auf Erkrankungen zu entwickeln, gehören also zur Krankheitsbewältigung. Diese Patienten nehmen körperliche Symptome vermehrt wahr, klagen besonders viel über ihre Beschwerden und suchen häufiger den Arzt auf. Dies könnte erklären, weshalb sich bei verschiedenen Patientengruppen im Vergleich mit gesunden Kontrollgruppen hohe Alexithymiewerte fanden.

Kritische Reflexion des Konstrukts Alexithymie

Kritisch wurde schon lange angemerkt, es handle sich bei der Klassifizierung eines Patienten als „alexithym“ in Wirklichkeit um ein Verständigungsproblem zwischen Arzt und Patient (Cremerius, 1977). Mittlerweile liegen jedoch viele Befunde vor, nach denen Alexithyme auch im nonverbalen Bereich Defizite zeigen (z.B. Lane & Taitano 2003). Offenkundig handelt es sich nicht nur um ein rein sprachliches Problem. Heute überwiegt generell die Auffassung, dass die Alexithymie als stabiles Persönlichkeitsmerkmal aufzufassen ist. Wesentlich interessanter scheinen uns jedoch neuere Konzepte, nach denen Alexithymie nicht mehr als isoliertes Phänomen gesehen wird, sondern als Teil einer umfassenderen Störung des emotionalen Verhaltens behandelt wird. So betten neuere Konzepte die Alexithymie in eine allgemeine Theorie der emotionalen Hemmung ein (Traue, 1998; Traue, 2001). Ausgehend von einer allgemeinen Emotionstheorie werden die Mechanismen identifiziert, die bio-psycho-soziale Wechselwirkungen zwischen emotionaler Dysregulation und Krankheitssymptomen beschreiben (Traue, Horn, & Kessler, im Druck).

Lebensgeschichtliche Entwicklung der Alexithymie

Es erscheint theoretisch naheliegend, dass die Gestaltung der frühen Mutter-Kind-Beziehung und daraus folgende Bindungstypen mit der Entwicklung emotionaler Kompetenzen zusammenhängen könnte (Überblick bei Gündel et al. 2002). Theoretisch am plausibelsten erscheint die Annahme, dass Alexithymie – als Verhaltensdefizit verstanden – seine Ursache in einer mangelnden Entwicklung emotionaler Kompetenzen in frühen Phasen des Lebens hat. Die Mechanismen sind bislang noch nicht geklärt, interessante Ansätze finden sich aber in Lanes Konzept der „Levels of emotional awareness“. Die fünf „Stufen des Gewährwerdens des emotionalen Beteiligtseins“ reichen von der Wahrnehmung physischer Sensationen bis hin zur Verarbeitung von unterschiedlichen Gefühlsmischungen bei sich und anderen. Bleibt das Individuum auf einer dieser Stufen stehen, führt das zu Alexithymie in variabler Ausprägung. Da diese Stufen als eigener Bereich der kognitiven Entwicklung gesehen werden, ist erklärlich, weshalb Personen mit hoher Intelligenz dennoch alexithym sein können.

Über Veränderungen alexithymer Persönlichkeitsmerkmale

Über eine Reduktion alexithymer Merkmale unter psychodynamisch-stationärer Therapie berichten Subic-Wrana et al. (2005). In diesem Sinne argumentieren auch Gündel et al (2002)

unter Berufung auf ältere psychoanalytische Literatur und eigene kasuistische Erfahrungen von einer „Relativität und therapeutischen Wandelbarkeit der Alexithymie“.

Klinisch bedeutsam bleibt weiterhin die Frage, ob Alexithymie ein Prädiktor für das Ansprechen auf Psychotherapie bei verschiedenen psychischen Störungen ist. Es wurden alexithyme Patienten als für die Psychotherapie „wenig einsichtig“ beschrieben, und deshalb wurde empfohlen, diese eher supportiv zu behandeln (Freyberger, 1977). Es wurde angenommen, dass alexithyme Patienten durch das Verbalisieren ihrer Gefühle überfordert seien und frustriert werden könnten. Hier scheint uns eine unklare Befundlage in eine falsche behandlungstechnische Empfehlung zu münden, deren Eindeutigkeit mehr über die mangelnde Behandlungskompetenz und –motivation der Therapeuten aussagt als über die Patienten. Unversehens führen recht spekulative Annahmen zu einer Etikettierung von Patienten, die diesen einseitig eine Last auferlegt, die doch der Therapeut mitzutragen hat. Die von uns empfohlene Flexibilität des Analytikers ist hier besonders gefordert. Anstatt von „schwierigen“ oder „unergiebigem“ Patienten zu sprechen, ist eine Einstellung zu empfehlen, die jeden Patienten für einen potentiell gefühl- und phantasievollen Menschen hält. Eine solche Einstellung schafft die Voraussetzung für eine therapeutisch wirksame Arzt-Patient-Beziehung.

9.10 Der Körper und die psychoanalytische Methode

Der psychoanalytischen Methode ist der Körper über das Körpererleben direkt zugänglich, ohne hierbei zum medizinischen Untersuchungsobjekt werden zu können. Deshalb ist es wesentlich, daß ärztliche Psychoanalytiker, insbesondere soweit sie in der psychosomatischen Medizin tätig sind, ihre Fähigkeiten in der Diagnostik und Therapie körperlicher Erkrankungen - abgekürzt: in der Körpermedizin – aufrechterhalten und dass psychologische Psychoanalytiker sich hinreichende Kenntnisse verschaffen.

Grenzen der psychoanalytische Methode

Die Probleme, mit denen der Psychoanalytiker aufgrund seiner Spezialisierung konfrontiert wird, sind von allgemeiner Natur und gelten für jede Spezialisierung. Allgemeinärzte haben der Bezeichnung entsprechend ein breit gefächertes Wissen und arbeiten auf einem Niveau, das nicht ausreicht, um auf einem Teilgebiet spezialistisch tätig zu sein. Fachärzte - oder wie die korrekte Bezeichnung lautet: Gebietsärzte - überblicken auf der anderen Seite nicht mehr die gesamte Heilkunde, die der Hausarzt zu vertreten hat. Spezialisierung und Subspezialisierung bringen mit sich, daß der hochgradige Fachmann immer mehr über immer weniger weiß. Dieser spöttische Spruch trifft übrigens nur dann zu, wenn man davon absieht, daß bei allen tiefergehenden wissenschaftlichen Arbeiten, so detailliert sie sein mögen, Beziehungen zu großen Grundlagenproblemen bestehen, die stets weit über das einzelne Fach hinausgreifen und zur interdisziplinären Zusammenarbeit herausfordern. Die Psychoanalyse ist, wie wir unter 1.1 ausgeführt haben, sogar in besonderem Maße auf den Austausch mit allen anderen Wissenschaften vom Menschen angewiesen. All dies ändert freilich nichts daran, daß ihre Methode sich dem seelischen Erleben des Kranken zuwendet, nicht aber seinem Körper.

Einheit der Person und Methodenvielfalt

Nun lassen sich Methoden nicht nur im Hinblick darauf vergleichen, was jeweils unberücksichtigt bleibt. Bei solchen Vergleichen ist die Einheit der Person im Auge zu behalten. So entsteht ein vielfältiges Spannungsfeld. Im Sprechzimmer wird der Analytiker nur in besonderen Augenblicken den ganzheitlichen Bedürfnissen eines Patienten gerecht. Hierfür sind nicht nur die methodischen Grenzen verantwortlich zu machen. Vielmehr ist es das erwähnte Spannungsfeld, das an den Defiziten zwischen der ersehnten, ganzheitlichen, leib-seelischen Zuwendung und der Wirklichkeit entsteht. Dieser These liegt die anthropologische Annahme zugrunde, daß sich die Einheit der Person in ganzheitlichen Erwartungen aktualisiert, die als Gestalten bewusster wie unbewußter Phantasien antizipiert und fortlaufend am Mangel bilanziert werden. In der philosophischen Anthropologie wird das Mängelwesen Mensch seit langem als Januskopf konzeptualisiert, der sich durch seinen Phantasieüberschuss auszeichnet. Damit ist Unzufriedenheit vorprogrammiert, die überall dort besonders groß ist, wo aus methodischen Gründen Ausklammerungen erfolgen oder die Perfektion von Techniken zu wünschen übrig läßt, weil menschliche Unzulänglichkeiten unvermeidlich sind.

Das Körperbild als psychoanalytische Domäne

Im ärztlichen Sprechzimmer werden ganzheitliche Erwartungen von großer Intensität und Ursprünglichkeit bei Patienten geweckt, die sowohl in die Vergangenheit - als dem

verlorenen Paradies vor der Trennung und Traumatisierung bzw. Bewusstwerdung - als auch in die Zukunft - als Utopie - verweisen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß diese Wertschätzung trotz der erwähnten und noch weiter zu diskutierenden Probleme *auch* dem Psychoanalytiker entgegengebracht wird, wenn er die beschränkte Reichweite seiner Methode kompetent vertritt. Zu keiner Zeit endete deren Reichweite an der Grenze des Körpers, insoweit dieser als *Körperbild* im bewussten und unbewußten Erleben repräsentiert ist. Wir machen den Leser auf den Abschnitt "Konversion und Körperbild" (9.2.1) aufmerksam und betonen, daß das Körperbild bezüglich seiner Entstehung eine der Domänen der Psychoanalyse ist und auch in der Therapie eine entscheidende Rolle spielt. Über das Ernstnehmen des Körpergefühls unserer Patienten gelangen wir zu den vielfältigen Aspekten des Körperbilds. Die in ihm vereinigten bzw. sich widersprechenden unbewußten und bewussten Vorstellungsrepräsentanten sind freilich etwas anderes als der *Körper* der naturwissenschaftlichen Medizin. Die Bezeichnungen "Körpertherapie" (Moser 1989) oder "Körperpsychologie" (Plassmann 1993) legen nahe, als gäbe es einen direkten Zugang zum Körper; tatsächlich kann nur das körperliche Erleben psychotherapeutisch "berührt" werden (Thomä 199@).

Die somatopsychischen Auswirkungen schlagen sich im subjektiven Befinden nieder, das als Körpererleben eng mit dem Körperbild verbunden ist. Von dieser psychoanalytischen Domäne aus können dann seelische Einflüsse auf das Körpergeschehen erkannt oder evtl. gemildert werden. Wo nicht mehr alles in einer Hand bleiben kann, weil bei allen schwierigen Fragestellungen das auf viele verteilte Fachwissen notwendig ist, entstehen das Problem der Integration und die Frage, in wessen Hand die damit verbundene Übernahme von Verantwortung für diese Integration liegt.

Wir plädieren dafür, daß der behandelnde Analytiker ein starkes Interesse daran bekundet, daß seine Patienten bei interkurrenten oder chronischen körperlichen Erkrankungen so versorgt werden, wie er selbst oder seine Familienangehörigen im Krankheitsfalle ärztlich betreut sein möchten. Diesem alten Leitspruch zu folgen, führt auf den Weg zur bestmöglichen Medizin. Welchen Beitrag der ärztliche Analytiker im gegebenen Fall leisten kann, ist einerseits unter methodischen Gesichtspunkten und andererseits unter Einschätzung der Kompetenz zu entscheiden, die neben der Spezialisierung erhalten blieb und praktiziert werden konnte. Das Ernstnehmen körperlicher Erkrankungen, anstatt diese in einem unverantwortlichen Panpsychismus zu psychologisieren, und die analytische Bearbeitung der subjektiven Krankheitstheorien des Patienten gibt der psychoanalytischen Methode einen großen Spielraum (Bischoff u. Zenz 1989). Vom Befinden des Patienten und seinem Körperbild ausgehend kann die Fürsorge des Analytikers bei körperlichen Erkrankungen sehr viel weitergehen, als es ein falsch verstandenes Abstinenzprinzip zuläßt.

Pharmakaverschreibung

Am häufigsten wird der Analytiker in der Behandlung schwerer Angstkrankheiten, bei Grenzfällen und Psychosen mit der Frage der Verschreibung von Psychopharmaka konfrontiert. Auch Analytiker, die in der Pharmakotherapie erfahren sind, zögern, einem Angstneurotiker einen Beta-Rezeptorenblocker oder ein Benzodiazepin-Präparat selbst zu verordnen. Bei der Befürchtung, die Übertragung könnte im Falle einer Verschreibung "unanalysierbar" beeinflusst werden, wird außer acht gelassen, daß auch die Ablehnung einer solchen eine nachhaltig ungünstige Nebenwirkung haben könnte. Besonders bei Patienten, die ohnehin unter Spaltungsprozessen leiden, bringt die Aufteilung ärztlicher Funktionen auf verschiedene Personen zusätzliche Probleme mit sich. In seiner wenig beachteten Schrift "Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy", deren Titel in der deutschen Übersetzung wohl

kaum zufällig auf "Psychopharmaka in der Psychotherapie" verkürzt wurde, hat Ostow zu Recht folgendes festgestellt:

So wünschenswert diese Gleichförmigkeit [der Übertragung] auch ist, wesentlich ist nur, daß alle Unternehmungen mit dem Patienten genau überlegt und gesteuert sind, so daß Phantasie und Wirklichkeit voneinander unterschieden werden können. So wird z. B. kein Analytiker zögern, einem schwer depressiven Patienten mehr Zeit, mehr Unterstützung und Zuwendung zuteil werden zu lassen als anderen. Drittens hat die Verabreichung einer Medizin für den Patienten unbewußte Bedeutungen, die genauso analysiert werden können, wie die unbewußten Bedeutungen aller anderen Zufälligkeiten des therapeutischen Kontakts, wie etwa das Arrangement der Sprechzimmereinrichtung, der Name des behandelnden Arztes, die Vereinbarungen über die Zahlungsweise der Honorare, eine Krankheit usw. (1966, S. 14).

Diese flexible Einstellung ermöglicht es, vielen Schwerkranken im Sinne unserer adaptiven Indikationsstellung gerecht zu werden, auch wenn Ostows libidoökonomische Spekulationen über die Wirkungsweise von Psychopharmaka unhaltbar sind. Selbstverständlich ist die Medikation von Psychopharmaka in einen analytischen Behandlungsrahmen zu stellen, wobei das Problem der Gewöhnung besonders zu beachten ist (Danckwardt 1978; Danckwardt u. Gauss 2003). Viele Vertreter der biochemischen Richtung in der Psychiatrie verordnen Psychopharmaka, ohne die genuin seelische Entstehung von Ängsten psychotherapeutisch zu beachten (s. 9.1). Wir geben Beispiele für unterschiedliche Handhabungen bei der Verordnung von Psychopharmaka unter 2.3.1, 3.4.2, 6.4 und 9.3.1. Wegen der spärlichen wissenschaftlichen Untersuchungen lassen sich allgemeine Empfehlungen, in welcher Hand bei einer kombinierten Therapie die Verschreibung liegen sollte, noch nicht allgemein aussprechen (s. hierzu Klerman et al. 1994). Vielfältige Anregungen hierzu finden sich jedoch in Buchheim (1997).

Die eingangs beschriebenen Spannungen zwischen ganzheitlicher Erwartung und Unvollkommenheit, wie sie sich auch in der Partikularität von Methoden manifestieren, können fruchtbar gestaltet werden. Hingegen scheint sich der ausgeschlossene Körper - um diesen zu personifizieren - an der Psychoanalyse ebenso zu rächen wie die Angehörigen, die sich ihre Fürsprecher im familientherapeutischen Lager suchen. Doch für welchen Körper sprechen die Körperpsychotherapeuten (s. hierzu Sulz et al. 2004)?

Die Renaissance des Körpers in den Körpertherapien bezieht sich, wie man dem informativen Buch von Brähler (1986) über *Körpererleben* und dem Untertitel "Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele" entnehmen kann, auf das *Körperbild*. Um dieses geht es auch T. Moser (1987) in seiner Begeisterung für die Körpertherapien, zu deren Entstehen sicher auch der *Ausschluß* des Körpers in einer besonderen Form psychoanalytischer Abstinenz beiträgt, die leider nicht nur in der Karikatur von Moser existiert. Wir teilen diese Kritik, ohne die gleichen Konsequenzen zu ziehen. Daß wir zu anderen Folgerungen gelangen, hat mehrere Gründe.

Nach den Erfahrungen von Benedetti (1980), Schneider (1977), Wolff (1977), Ahrens (1988) und nach unseren eigenen Verlaufsstudien entwickeln Patienten mit körperlichen Symptomen nach einiger Zeit eine affektive Resonanz und Phantasietätigkeit, die sich qualitativ und quantitativ durchaus mit der Behandlung von Neurosen vergleichen läßt. Die von McDougall (1985, 1987) und von Moser beschriebenen behandlingstechnischen Probleme sind also nicht auf die Alexithymie zurückzuführen. Läge freilich ein ausgleichbarer Mangel in der präverbalen Entwicklungsphase vor, wäre es konsequent, zumindest einen Versuch mit einer der Körpertherapien zu machen. Am Probieren jedenfalls sollte man sich durch das Tabu der Abstinenz, das seine rigide Handhabung auch den Zeitumständen verdankte, nicht hindern lassen, wie Moser und Müller-Braunschweig (1986) deutlich machten.

Kritik der „Als-ob-Ebene“

Wir sind in unserer Experimentierfreudigkeit aufgrund theoretischer Erwägungen eingeschränkt. Erfolge oder Misserfolge von Analysen sind von so vielen Bedingungen abhängig, daß es unmöglich ist, das Scheitern der klassischen Technik bei Patienten mit "psychosomatischer Struktur" auf eine hypothetische frühe Störung zurückzuführen. Noch nicht einmal auf der phänomenologischen Ebene der Diagnostik besteht hier ein Konsens, der über die Übereinstimmung einer Person mit sich selbst hinausginge - ganz zu schweigen von der Rekonstruktion der Entstehungsbedingungen. Im übrigen bringt unsere persönliche Einstellung mit sich, daß wir uns nicht zu einem therapeutischen Handeln entschließen können, wenn wir davon überzeugt sind, daß die Theorie falsch ist, die seiner Begründung dient. Nun gibt es auch therapeutisch hilfreiches Handeln, das auf eine falsche Theorie zurückgeht. Wurde beispielsweise ein Patient jahrelang schwer frustriert, halten wir es für denkbar, daß eine Berührung durch einen begnadeten Körpertherapeuten Wunder wirkt (Heisterkamp 1993). Mit Traumatisierungen im 1. Lebensjahr und deren Ausgleich anlässlich eines solchen fiktiven Neubeginns hat das Ganze aber u. E. wenig oder nichts zu tun. Bewiesen wird hierbei, daß es schädlich ist, Patienten zu frustrieren, anstatt ihnen die Gelegenheit zu geben, das zu meistern, was ihnen angetan wurde. Was immer die Heilwirkung von Berührungen ausmachen mag, so sind das Erleben und die Entstehung von Mängeln oder Defekten des körperlich verankerten Selbstgefühls eine recht komplexe Angelegenheit.

Bedenklich scheint uns schließlich, daß der Körpertherapeut auf einer "Als-ob-Ebene" agiert, aber angeblich an der passenden Stelle mütterliche oder väterliche Dinge tut, denen ein besonders tiefer Realitätsgehalt zugeschrieben wird. Wie kommt man vom "Als-ob" zur tieferen Realität?, ist die Frage! Denn es sind ja nicht die rein faktischen Berührungen und anderes mehr, sondern ihr Bedeutungsgehalt als Sinneswahrnehmung. Genauer betrachtet geht es also um das Körperbild, nicht um den Körper als Gegenstand der naturwissenschaftlichen Medizin, der, soweit er pathophysiologische oder maligne Prozesse aufweist, schließlich wohl nur durch ein Wunder so berührt werden kann, daß der Tod für eine endliche Zeit hinausgeschoben werden kann.

Grenzen der Übersetzbarkeit

Wo liegen nun die Grenzen der Übersetzbarkeit der Körpersprache ins gesprochene Wort? Forrester (1980) hat einem Buch einen hintergründigen Untertitel gegeben: "Das Symptom als Gespräch - das Gespräch als Symptom". Freilich können *Symptome* ebenso wie *Gespräche* ihr Eigenleben haben und nebeneinander herlaufen. Dementsprechend ist zu ergänzen: Das Symptom als Symptom - das Gespräch als Gespräch. Forrester (S. 131) spricht von einer tiefgehenden Ambiguität, die in der psychoanalytischen Theorie von Anfang an enthalten war. Wir können nämlich die beiden Sprachen, die des Symptoms und die der Therapie, nicht als die gleiche betrachten, obwohl Freud entdeckte, daß ein Symptom als Äquivalent eine Mitteilung ersetzen kann. Die Gleichwertigkeit muß methodisch an der Austauschbarkeit abgelesen werden können. Diese eignet sich hervorragend zur praktischen Bestimmung der therapeutischen Reichweite der psychoanalytischen Methode, deren Grenze dort liegt, wo sich körperliche Symptome der *Übersetzung* entziehen.

Gewiss können auch die Symptome einer Krebserkrankung mit Worten beschrieben werden, aber sie werden mit Hilfe naturwissenschaftlicher Begriffe im Zusammenhang kausaler Theorien *erklärt*. Diese Symptome sind aber ebenso wenig wie viele andere körperliche Beschwerden mit Hilfe einer Übersetzung so ins bewußte Erleben einzureihen, daß sie tiefenpsychologisch erklärt werden könnten: Diese körperlichen *Symptome* stehen

nicht als *Symbole* für etwas anderes, wiewohl der Kranke seinem Leben, Leiden und Sterben einen *Sinn* geben kann.

Diagnostische Gesichtspunkte

In der Diagnostik und psychoanalytischen Therapie von Patienten, die an somatischen Symptomen leiden, sind folgende Gesichtspunkte zu beachten. Bei der Übersetzungsarbeit entdecken Patient und Analytiker das Mitsprechen körperlicher Beschwerden beispielsweise im Zusammenhang mit belastenden Situationen. Der Gesunde erlebt sich ganzheitlich. Die beobachtbaren oder der Introspektion zugänglichen Erscheinungen der Freude, der Trauer, des Schmerzes - um nur einige Beispiele zu nennen - verlangen eine kreisförmige Beschreibung. Hierbei bleibt offen, an welcher Stelle das Ganze angefangen hat. Das gleichzeitige Auftreten eines körperlichen Schmerzes bei einer erlebten Trennung von einem geliebten Mitmenschen erlaubt noch keine Aussage über Ursache und Wirkung.

Bei Korrelationen ist unentschieden, welche Seite der Beziehung die abhängige bzw. die unabhängige Variable ist, und beide können von einer 3. oder 4. Bedingung abhängig sein. Selbstverständlich setzt die Klärung von somatogenen und psychogenen *Abhängigkeitsverhältnissen* im Sinne von Ursache und Wirkung oder von Begründungszusammenhängen voraus, daß *Korrelationen* überhaupt nachgewiesen werden.

Wir plädieren also mit Fahrenberg (1979, 1981) für eine sprachdualistische "Doppelbetrachtung", die dem "Auftauchen", der Emergenz, des Seelischen methodisch gerecht wird (s. hierzu Rager 1988; Hastedt 1988).

Höhere Lebensprozesse, d. h. an die Hirntätigkeit des Menschen gebundene psychophysische Prozesse können in 2 kategorial verschiedenen und nicht ineinander überführbaren (inkommensurablen, nicht reduzierbaren) Bezugssystemen beschrieben und analysiert werden. Das eine ist nicht Begleiterscheinung, Äquivalent, Hilfsfunktion oder Epiphänomen des anderen, sondern zur adäquaten Beschreibung und zum vollen Verständnis unentbehrlich. Dieses Komplementaritätsmodell der Kategorialstrukturen verlagert also die ontologische Fragestellung auf das kategorialanalytisch-methodologische Gebiet und schließt Vorstellungen psychophysischer Isomorphie oder einfacher Abbild- oder Wörterbuch-Funktionen ebenso aus wie energetische Wechselwirkungen (psychische Kausalität, Psychogenese, Annahme geistiger Einflüsse auf die Synapsen oder Module) und physikalistisch-materialistische Reduktionen (Fahrenberg 1979, S. 161).

Über die *Bedingungsanalyse* von Korrelationen zwischen Erleben, Verhalten und physiologischen Funktionen kann dann systematisch in die Bedingungszusammenhänge eingegriffen werden, indem die verschiedenen Variablen abgegrenzt werden - sei es in experimentellen Versuchsanordnungen, sei es in der Therapieforschung. Insofern ist die *Psychogenese* ohne Rückgriff auf energetische Wechselwirkungen, wie sie der Konversionstheorie anhaften, im Sinne eines *kausalen* Zusammenhangs empirisch nachzuweisen (Grünbaum 1984).

Annäherung an die Ganzheit

Im allgemeinen wird vom diagnostizierenden Arzt bei allen körperlichen Beschwerden die Korrelation mit dem Erleben zunächst versuchsweise einseitig beantwortet: Weil allen körperlichen Beschwerden körpereigene Ursachen zugrunde liegen könnten, nimmt die sog. Ausschlußdiagnostik einen immer größeren Raum in der Medizin ein. Da Schmerzen in der Leistengegend, die zum Geschlechtsteil hin ausstrahlen, ebenso wie Oberbauchbeschwerden viele Ursachen haben können, die in den verschiedenen Fachgebieten und Subspezialitäten untersucht werden, sind Ausschlußuntersuchungen langwierig. Häufig werden hierbei nur geringgradige Funktionsabweichungen festgestellt, die der Patient oder der Arzt oder beide zu Erklärungsversuchen heranziehen und überbewerten. Da die Erklärungsversuche der

Subspezialitäten jeweils mit Therapievorschlügen einhergehen können, entwickelt sich nicht selten ein *Circulus vitiosus* von Hoffnungen und neuen Enttäuschungen.

Bevor es dazu kommt - als Folge einer einseitigen somatopsychischen Auffassung der genannten Korrelationen -, ist es an der Zeit, die ganzheitliche Betrachtung wenigstens annäherungsweise wiederherzustellen. Der Leser wird sich vielleicht daran stören, daß wir von einer annäherungsweisen Wiederherstellung der Ganzheit sprechen. Die mit dem Methodenpluralismus zusammenhängende Vielsprachigkeit läßt sich eben nicht ohne großen Informationsverlust nach jeder Seite in *eine* allgemeingültige Semiotik transformieren, ebenso wenig wie die psychoanalytische Methode auf die Physiologie reduziert werden kann oder umgekehrt. Deshalb ist es entscheidend, durch ein *integrierendes Abwägen* von Beobachtungen und Befunden der unstillbaren Sehnsucht nach Ganzheit wenigstens näherzukommen.

Das Mitsprechen körperlicher Symptome im Sinne der Abhängigkeit vom Erleben muß nicht nur *per exclusionem* durch die sog. Ausschlußdiagnostik gesichert, sondern vielmehr *positiv* begründet werden. Bei der von Freud bei Hysterikern entdeckten Körpersprache handelt es sich um ein verdecktes, um ein unbewußtes Ausdrucksgeschehen, das scheinbar losgelöst vom Bewusstsein und ebenso blind wie zufällig abzulaufen scheint. Insbesondere die Grammatik von Gefühlen und Affekten, die nur künstlich von Wahrnehmungen getrennt werden können, folgt Regeln, deren Entdeckung der psychoanalytischen Methode zu verdanken ist. Symbolisch zum Ausdruck gebrachte Absichten in einen Zusammenhang zu bringen und ihnen einen Sinn zu geben, kennzeichnet Freuds Theorie der dynamischen Auffassung des Seelenlebens, mit der er über eine beschreibende Phänomenologie hinausging. Noch wesentlicher ist die Bindung dieser Theorie an die *methodisch* begründete Behauptung, daß das Erleben und die Erkenntnis unbewußter Wünsche und Absichten die Symptome zum Verschwinden bringen. So heißt es schon in Freuds *Studien zur Hysterie* :

Gewöhnlich wird die Arbeit zunächst um so dunkler und schwieriger, je tiefer man in das vorhin beschriebene, geschichtete psychische Gebilde eindringt. Hat man sich aber einmal bis zum Kerne durchgearbeitet, so wird es licht, und das Allgemeinbefinden des Kranken hat keine starke Verdüsterung mehr zu befürchten. Den Lohn der Arbeit aber, das Aufhören der Krankheitssymptome darf man erst erwarten, wenn man für jedes einzelne Symptom die volle Analyse geleistet hat; ja, wo die einzelnen Symptome durch mehrfache Knotungen aneinander geknüpft sind, wird man nicht einmal durch Partialerfolge während der Arbeit ermutigt. Kraft der reichlich vorhandenen kausalen Verbindungen wirkt jede noch unerledigte pathogene Vorstellung als Motiv für sämtliche Schöpfungen der Neurose, und erst mit dem letzten Wort der Analyse schwindet das ganze Krankheitsbild, ganz ähnlich, wie sich die einzelne reproduzierte Erinnerung benahm (1895 d, S. 304).

Da die pathogenen Vorstellungen nicht voneinander isoliert sind, sondern sich gegenseitig verstärken und aufrechterhalten, kann die therapeutische Arbeit an einem Knoten (Fokus) auf das gesamte komplexe Bedingungsgefüge ausstrahlen. Wegen der Verbindung unbewußter Motive wirkt sich der psychoanalytische Dialog netzartig therapeutisch aus, ohne daß jede spezielle Wunschregung beim Namen genannt oder jeder Knoten aufgelöst werden müsste. Somit verfügen wir über eine pragmatische Anleitung: Die Reichweite der psychoanalytischen Methode zum Körperlichen hin endet nicht an der Sprachgrenze, weil der therapeutische Dialog auch eine nichtsprachliche Komponente realisiert. Am Anfang und am Ende des Lebens sind wir sprachlos. So schließt sich der Kreis.

Somatopsychische Auswirkungen tödlicher Erkrankungen

Seitdem Psychoanalytiker als Berater auf Intensivstationen und in der Psychoonkologie mit therapeutischen Aufgaben konfrontiert werden, sind die somatopsychischen Auswirkungen tödlicher Erkrankungen in ihren Erfahrungshorizont getreten (Gaus u. Köhle 2003; Köhle et al. 1996; Meerwein 1987; Sellschopp 1988). Auch hier handelt es sich um das Körpererleben unter den besonderen Bedingungen der Ahnung oder des Wissens vom herannahenden Tod. Bei Sinnfragen, die ein Patient am Ende des Lebens an den Analytiker heranträgt, empfehlen

wir, eine Unterscheidung zu treffen. Unübersehbar ist, daß die psychoanalytische Theorie und ihre latente Anthropologie zur Anerkennung des Todes unter dem Gesichtspunkt des Realitätsprinzips auffordert und dem Sterbenden keinen Trost durch Hoffnung auf jenseitige Wunscherfüllungen zu geben vermag. Die Veränderungen bei zum Tode führenden Erkrankungen tragen zur Auflösung raumzeitlicher Grenzen bei; diese können wohl nur durch Gleichnisse zum Ausdruck gebracht werden, die nicht nur in der psychoanalytischen Sprache in die Metaphorik der Rückkehr einmünden.

Diese Gleichnisse trösten den Patienten indirekt, indem sie beispielsweise das Erleben von Geborgenheit vermitteln und damit das Wissen um den körperlichen Zerfall erträglich machen (Eissler 1969; Haegglund 1978). Wie jeder Arzt wird nun der Analytiker als ein Mensch gefordert, der selbst den umfassenden Sinnfragen über Leben und Tod ausgesetzt ist. Es ist uns sehr zweifelhaft, ob Analytiker diese Fragen für sich selbst bevorzugt im Rahmen der Lebens- und Todestribe oder der Objektbeziehungstheorie beantworten. Wir vermuten, daß auch Analytiker die Begegnung mit sterbenden Patienten weitgehend auf dem Hintergrund ihrer persönlichen Weltanschauung und Lebensauffassung gestalten und die psychoanalytische Theorie einschließlich der Metapsychologie metaphorisch und als haltgebendes Gerüst verwenden.

9.11 Ergebnisse

Die Diskussion über Ergebnisse psychoanalytischer Behandlungen nahm ihren Ausgang von Freuds Krankengeschichten (Kächele 1981). Die erste ein größeres Kollektiv evaluierende Untersuchung von Behandlungsergebnissen wurde vom Berliner Psychoanalytischen Institut vorgelegt (Fenichel 1930). Dieses Institut war entsprechend Freuds (1919 j) Idee über die Einheit von Krankenversorgung, Forschung und Lehre konzipiert. In der Folge verengte sich jedoch das Arbeitsfeld der meisten Institute fast ausschließlich auf Ausbildung (Thomä 1991; Kächele & Thomä 2000; Thomä 2005b). In Deutschland hatten die Untersuchungen am Berliner Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen von Dührssen (1962) weitreichende Auswirkungen auf die Aufnahme tiefenpsychologischer und analytischer Psychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen (s. Grundlagenband 6.6), doch blieb der systematische katamnestiche Rückblick in der psychoanalytischen Praxis lange Zeit ein Stiefkind.

Kliniker und Forscher

Von vielen Analytikern wird systematische Forschung an Institutionen delegiert. Die Psychoanalyse hat sich aber aus der Praxis heraus entwickelt, für die Freud ein Junktim von Forschen und Heilen beansprucht (s. Grundlagenband, Kap. 10). Hierbei spricht Freud von der wohltätigen Wirkung, das heißt von der angenommenen therapeutischen Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie. Das in vielen Professionen übliche Vorgehen, das Erfahrungswissen nur soweit aufzubereiten, daß es sich vorwiegend stabilisierend auf die eigene Praxis auswirkt, hat viele Schattenseiten. Tatsächlich besteht eine Spannung zwischen der Rolle des Therapeuten und der des Forschers. In der therapeutischen Arbeit benötigt man gesicherte Überzeugungen, weil es darum geht eine persuasive Leistung zu vollbringen, da die Vermittlung einer Botschaft eine wesentliche Schiene jedweder psychotherapeutischer Einwirkung ist (Kächele 1988 a). Diese Spannung besteht gewiss, aber die Maximierung von Sicherheit bzw. Unsicherheit hat Grenzen. Ebenso wie die Persuasion. Wir müssen einen mittleren Weg finden, den u. E. Buchholz (1999) bei seiner Professionalisierungsthese nicht gefunden hat. Mit anderen Worten: wir haben hier das Problem der folie à deux vor uns, nämlich dem Glauben an eine Evidenz, die nur von zwei Personen geteilt wird. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, seine positive Evidenz zu maximieren, um in der klinischen Situation handlungsfähig zu sein. Den Wissenschaftler jedoch leitet ein anderes Erkenntnisinteresse; seine Aufgabe ist es, negative Evidenz zu maximieren, also die erhobenen Befunde und ihre Erklärungen immer wieder in Frage zu stellen, wie dies schon Bowlby (1982) betonte:

Ein Wissenschaftler muß bei seiner täglichen Arbeit in hohem Maße in der Lage sein, Kritik und Selbstkritik zu üben: In seiner Welt sind weder die Daten noch die Theorien eines führenden Wissenschaftlers - wie bewundert er persönlich aus sein mag - von Infragestellung und Kritik ausgenommen. Es gibt keinen Platz für Autorität. Das gilt nicht für die praktische Ausübung eines Berufes. Wenn ein Praktiker effektiv sein will, muß er bereit sein, so zu handeln, als seien gewisse Prinzipien und Theorien gültig; und er wird sich bei seiner Entscheidung darüber, welche von diesen Prinzipien und Theorien er sich zu eigen machen will, wahrscheinlich von der Erfahrung derjenigen leiten lassen, von denen er lernt. Da wir ferner alle die Tendenz haben, uns von der erfolgreichen Anwendung einer Theorie beeindrucken zu lassen, besteht bei Praktikern vor allem die Gefahr, daß sie größeres Vertrauen in eine Theorie setzen, als durch die Tatsachen gerechtfertigt erscheinen mag (S. 200).

Es liegt im Weiterbildungsinteresse des Analytikers, das dem Wohl seiner Patienten dient, sich kritisch mit den Auswirkungen seiner Behandlungstechnik auseinanderzusetzen. Dies vollzieht sich erstens während der Behandlung, zweitens bei Behandlungsende und schließlich zu einem oder mehreren späteren Zeitpunkten. Jeder Analytiker erfaßt am Anfang

der Therapie den Schweregrad der Symptomatik und stellt unvermeidlich aufgrund der zugrundeliegenden Psychodynamik des Patienten bedingte Prognosen auf (Sargent et al. 1968). Diese beinhalten Hypothesen über kausale Zusammenhänge. Die bedingten Prognosen werden in Abhängigkeit von den jeweils erreichten Zwischenergebnissen im Laufe der Therapie korrigiert und ergänzt. Diese am Verlauf orientierte Evaluation ermöglicht eine Anpassung der Ziele und Strategien an den Patienten. Irgendwann kommt der Zeitpunkt eines realistischen Abwägens von "Aufwand und Ertrag". Diese nüchterne, ökonomische Betrachtungsweise erinnert an die Grenzen der durch Psychoanalyse zu erzielenden Veränderungen. Nun wird vor allen Beteiligten Bilanz gezogen. Hierbei sind vielerlei Modalitäten möglich: a) jeder für sich allein, b) miteinander, c) von Dritten, z. B. von Angehörigen oder von Forschungsteams (Kächele & Kordy 1992).

Da es während der Therapie direkt und indirekt immer wie der um das Thema der Veränderung geht, liegt es nahe, in der Beendigungsphase gemeinsam bilanzierende Überlegungen anzustellen. Hierbei wird der Analytiker im günstigen Fall zu hören bekommen, daß der Patient mit dem Ergebnis zufrieden ist, daß seine Beschwerden, derentwegen er die Behandlung aufgesucht hat, verschwunden sind - soweit sie nicht gerade im Zuge der Trennungsproblematik wieder aufgeflammt sind -, daß er sich wie ein neuer Mensch fühle, weil sehr beengende, charakterliche Eigenarten doch ein gutes Stück weit gelockert werden konnten. Die Fähigkeit zur sog. Selbstanalyse, die wir im Grundlagenband (8.9.4) thematisiert haben, wird der Patient selten als solche angeben. Er wird schildern, wie er auf seine besondere Art und Weise die Funktionen des Analytikers internalisiert hat, die in der Selbstanalyse partiell fortgesetzt werden. Eine genuin analytische Handhabung dieses Konzepts wird man vermutlich bei jenen Patienten finden, die aus der analytischen Behandlung für ihren Beruf Nutzen ziehen konnten.

Psychoanalytische Behandlungen stellen durchweg größere Investitionen an Zeit und Geld dar. Die Zahl der Patienten, die ein niedergelassener Analytiker in etwa 20-30 Berufsjahren behandeln wird, ist im Vergleich zu anderen ärztlichen Disziplinen begrenzt. Das Wissen um die weiteren Auswirkungen analytischer Interventionen stellt deshalb für die psychoanalytische Berufsgemeinschaft ein wesentliches korrigierendes Element dar, wie Schlessinger u. Robbins (1983) deutlich gemacht haben.

Viele Analytiker scheuen katamnestiche Untersuchungen bei ihren Patienten, weil sie befürchten, daß dann die ursprünglich aufgelöste Übertragung wieder belebt wird. Aus verschiedenen Gründen ist diese Sorge unberechtigt. Klar ist heute, dass positive Erinnerungen an die hilfreiche Beziehung erhalten bleiben. Diese beleben sich bei katamnestiche Gesprächen. Bei günstigen Verläufen haben sich neurotische Anteile der Beziehung (also die „Übertragung“) aufgelöst. Der Analytiker behält also als bedeutungsvolle Person einen hohen Stellenwert im Erleben des Patienten. Wie könnte es auch anders sein? Erwarten kann man, dass pathologische Übertragungen aufgelöst werden. Die neuen, therapeutisch wirksamen Erfahrungen in der einzigartigen analytischen Begegnung auflösen zu wollen, wäre absurd. Die Vorstellung von einer vollständigen Auflösung der Übertragung gilt auch empirisch als widerlegt (Wallerstein 1995, S.480). Es fällt ehemaligen Patienten leicht, bei katamnestiche Gesprächen, sei es mit Dritten, sei es mit dem Analytiker, rasch wieder Zugang zu alten Beziehungsmodi zu finden und über diese Reaktivierung nachzudenken.

Die Idee von der Auflösung der Übertragung als Wiederholung hält sich anscheinend aus zwei Gründen aufrecht erhalten. Zum einen gehören Wiederholungen zum Leben. Zum anderen scheint es eine gegenläufige utopische Hoffnung zu geben, als neuer Mensch geboren zu werden. Die Mischung aus diesen beiden Ideen scheint zu der stetigen Zunahme der Dauer

insbesondere von Lehranalysen seit den späten 40er Jahren beizutragen, die Balint (1948) als "Supertherapien" bezeichnete. Mit diesen ist u. a. die Zielvorstellung verbunden, durch intensive und langdauernde Analyse die Übertragung besonders gründlich aufzulösen. Schwedische Untersuchungen, die Szecsödy (2003) zusammengefasst hat, zeigen, dass langdauernde Lehranalysen die Phantasie bestärken am Ende eine Person mit einer neuen Identität zu sein (S.1064). Also scheint ein gegenteiliger Effekt bzw. Circulus vitiosus einzutreten, weil sich durch Superanalysen gerade bei Lehranalysanden Abhängigkeiten vergrößern und sich damit die neurotischen Anteile von Übertragungen verstärken. Die Idealisierung der Lehranalytiker und die Vermeidung realistischer Einschätzung ist bei diesen Analysen besonders ausgeprägt. Beide Seiten durchlaufen nach der Beendigung einen Prozeß der Desillusionierung, der sich u. E. jahrelang hinzieht und zu einer nicht geringen Belastung der Berufsgemeinschaft führt. Es ist deshalb als ein Fortschritt zu werten, daß diese Probleme ausführlich diskutiert wurden (Cooper 1985; Thomä 1991; Thomä und Kächele 2005; Thomä 2005). Durch evaluierende Untersuchungen können wir mit erheblichen Korrekturen an dem Bild rechnen, das wir während der laufenden Behandlung gewinnen konnten. Da diese Korrekturen sowohl in negative wie in positive Richtungen gehen können, sind sie für die psychoanalytische Behandlungstheorie von großem Wert.

Optimierung der Behandlungstechnik

Im Rahmen eines kritisch angelegten Lehrbuchs der psychoanalytischen Therapie ist es angebracht, nicht nur Überlegungen zu einer praxisgerechten Katamnese anzustellen, sondern Erfolgsuntersuchungen im Kontext der Optimierung der Behandlungstechnik zu reflektieren (Cremerius 1990). So gilt die hoch-frequente Anwendung als Erkennungszeichen der „eigentlichen“ Psychoanalyse, obwohl weltweit der Mangel systematischer Studien über den Zusammenhang von Frequenz und Veränderung beklagt wird (Kächele 1994; Thomä 1994; Blatt u. Sharar 2004). Die klinisch relevante Frage "wer wie viel von welcher Art Psychoanalyse braucht " ist nicht nur im Hinblick auf Hoffmanns (1983) Lob der niederfrequenten psychoanalytischen Langzeittherapie offen.

Bei Auseinandersetzungen geht es um die Klärung des Umfangs der Leistungspflicht von Krankenkassen für analytische Psychotherapie (Kächele et al. 1995). Kasuistische Darstellungen können im Einzelfall überzeugend sein (Henseler u. Wegner 1993); sie fordern jedoch umfassend angelegte Studien, um zu einer Aggregation und Generalisierung der Erkenntnisse zu kommen (Kordy u. Kächele 2003). Diese Aufgabe ist noch nicht geleistet. Nach wie vor liegen mehr Veröffentlichungen zur Methodologie der Einzelfallforschung vor (Leuzinger-Bohleber 1995) als konkrete Beispiele für solche Forschung. Es reicht nicht, der üblichen Vignettenkasuistik den schmückenden Namen "Einzelfallstudie" zu verleihen (s. z.B. Schmitthüsen 2004), sondern es erfordert systematische Vorgehensweisen (Schaumburg et al. 1974; Leichsenring 1987) wie wir sie für die Psychoanalyse der Amalie X durchgeführt haben (Kächele u. Thomä 2005; Thomä u. Kächele 2005).

Systematische Ergebnisforschung

Ein Gutteil der oft zitierten US-Evaluationsstudien (Bachrach et al. 1991; dt. 1997) müssen als überholt bezeichnet werden. Zu ihrer Zeit waren sie verdienstvoll, doch genügen sie längst nicht mehr den methodischen Qualitätserfordernissen einer Evidenz-basierten Medizin. Heute verzeichnet die psychoanalytisch orientierte Ergebnisforschung ein geschärftes Bewusstsein für methodisch angemessene Studien (Kächele 1992). Der vom Research Committee der IPV kompilierte Stand der Forschung zeigt deutlich, wie sehr sich das Klima in dieser vitalen Frage verändert hat (Fonagy et al. 2002) Als bedeutsames Fazit dieser Übersicht sehen wir

die tendenzielle Überwindung von strikter Psychoanalyse und analytischer Psychotherapie als Forschungsthema. Forscher beschäftigen sich überwiegend mit „psychoanalytischer Therapie“ als generischer Bezeichnung, wie wir sie auch für dieses Lehrbuch verwenden, auch wenn bei einzelnen, durchaus aus führenden Vertretern immer wieder die Erarbeitung von mehr oder weniger bedeutsamen Unterscheidungen als Forschungsthema propagiert wird.

Ungeachtet Kernbergs (1999) gegenteiliger Behauptung scheint es einen Trend zur Auflösung der Grenzen zwischen Analyse und psychodynamisch bzw. analytisch orientierter Psychotherapie zu geben. Allerdings sind Sandell et al. (2001, S. 488) der Ansicht, dass die Daten der Stockholm-Studie tatsächlich „wichtige Unterschiede zwischen beiden Modalitäten belegen und es sich sowohl aus wissenschaftlichen als auch klinischen Gründen lohnt, diese Unterschiede noch weiter zu untersuchen“. Ob dafür bei uns öffentliche Fördermittel zu gewinnen wären, scheint uns fraglich.

Der Klassiker der Psychoanalyse-Forschung ist die Menninger-Studie, die ihren zusammenfassenden Abschluß in Wallersteins (1986) qualitativer Berichterstattung über „Forty-two lives in treatment“ fand. Exemplarisch kann an dieser monumentalen Studie auch gezeigt werden, wie zwei bedeutende Leiter eines Projektes zu unterschiedliche Schlussfolgerungengelangen. Glaubte Kernberg (1973), die Menninger-Studie habe den Unterschied von Psychoanalyse und expressiv-supportiver Therapie belegt, so zog Wallerstein (1990) den Schluß, es gebe mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen beiden Verfahren.

Die Behandlungsergebnisse von klassischer Psychoanalyse, "expressiver" (=konfliktaufdeckender, analytischer) und supportiver Therapie zeigten mehr Übereinstimmung als erwartet worden war. Auch die klassisch geführten Analysen wiesen mehr supportive Elemente auf, als von der Therapiekonzeption her anzunehmen wäre. Wallerstein folgert daraus, daß die supportiven Aspekte jeder Psychotherapie, besonders auch der klassischen Analyse, theoretisch und klinisch stärker berücksichtigt werden müssen, als dies bisher in der einschlägigen Literatur geschehen ist. Darüber hinaus erwies sich, daß sich strukturelle Veränderungen bei allen Behandlungsformen finden lassen (referiert nach Wallerstein 1986, S. 730).

Eine Re-Analyse der Menninger-Daten (Blatt 1992) lenkt das Interesse in eine andere Richtung; sie zeigt, dass die Ergebnisse in beiden verschiedenen Settings – Psychoanalyse und expressiv-supportive Psychotherapie – mit zwei Persönlichkeitsstilen interferierten, die Blatt (2004) als „anaktisch vs. introjektiv“ systematisch unterschied. Mehr denn je wird eine klinisch relevante Ergebnisforschung nicht nur die Wirkung einer Behandlungsform zu beurteilen haben, sondern es wird zunehmend um die Frage gehen, „what works for whom in which setting“ um den Titel der Meta-Analyse von Roth & Fonagy (1996) zu variieren.

In Deutschland lagen mit der Heidelberger (von Rad et al. 1998) und der Berliner Studie (Rudolf et al. 1994), neben anderen, zwei gut dokumentierte naturalistische Prozess-Ergebnisstudien vor, die analytische Therapieverfahren unterschiedlicher Frequenz und Settings untersucht hatten. Die vom Gutachten für die Bundesregierung“ (Meyer et al. 1991) und in der Folge von Grawe et al (1994) ausgelöste Beunruhigung über den wissenschaftlichen Stellenwert der verschiedenen Therapieverfahren ging mit heftigen Auseinandersetzungen einher, an der sich viele Autoren unter einer Fülle von lehrreichen methodischen, klinischen, wissenschaftstheoretischen und berufspolitischen Gesichtspunkten beteiligten (Eckert 1993; Ermann 1995; Grawe 1995a, b; Hoffmann 1993; Kächele 1995; Kaiser 1995; Leuzinger-Bohleber 1995; Mertens 1995; Meyer 1994b; Rüter 1995; Tschuschke et al. 1994, 1995). Schon vor zehn Jahren waren wir überzeugt davon, dass sich die Polemik versachlichen würde. Die Kontroverse hat in der Tat ein wichtiges Ergebnis gezeitigt: die psychoanalytische Verlaufs- und Ergebnisforschung hat sich unter dem Eindruck des zutage getretenen Defizites enorm intensiviert.

Gegenwärtig stehen mehrere Studien im Zentrum des Interesses, unterschiedliche therapeutisch psychoanalytischen Modalitäten kompetitiv gegeneinander zu evaluieren.

Katamnese Studie der DPV

Zu lange Zeit überwog eine defensive Haltung vieler Analytiker, sich auf Grund abstrakter Vorurteile nicht über die Langzeitergebnisse ihrer Behandlung ausreichend zu informieren. Eine nicht geringe Zahl von Re-Analysen spricht für sich. Die DPV- *Katamnesen Studie* dürfte als ein Indikator für eine Klimaveränderung bei den Psychoanalytikern dieser Vereinigung gewertet werden. Nach langen Diskussionen des für und wider besann man sich, dass es eine psychoanalytisch akzeptable Methodologie für Nachuntersuchungen gab, die mit dem Namen Pfeffer (1959) verbunden ist und deren Brauchbarkeit bei Schlessinger u. Robbins (1983) im Rahmen einer umfänglichen Replikation überzeugend demonstriert wurde. Die teilweise recht heftigen Diskussionen in der DPV um eine adäquate Methodologie der Evaluation wurden stark von der Sorge geprägt, den analytischen Prozess durch parallel laufende Untersuchungen zu stören. Deshalb wurde schlussendlich eine retrospektive Methodologie gewählt. Grosse Sorgfalt wurde auf die Gewinnung einer repräsentativen Stichprobe der durch DPV-Analytiker behandelten Klientel von über 400 Patienten im nieder- und hochfrequentem Setting gelegt. Bei einer Hälfte der Stichprobe wurde in einem multiperspektivischen Vorgehen die Ergebnisbeurteilungen der ehemaligen Patienten selbst, ihrer Analytiker in einem Gruppendiskussionprozess konsensuell gewogen und befundet. Die andere Hälfte der Stichprobe wurde mittels Fragebogen-Verfahren nachuntersucht. Ob die Vorteile der retrospektiven Methodik die Nachteile aufwiegen, wird erst die Akzeptanz der Studie bei den Krankenkassen zeigen. Die umfassende Darstellung dieser großen gemeinsamen Anstrengung zeigt, welche Vielfalt an differentiellen Befunden sich aus einem solchen Unternehmen gewinnen lässt. Bei gut 80% der ehemaligen Patienten zeigten sich stabile, „nachhaltige“ positive Veränderungen durch die psychoanalytischen Langzeitbehandlungen. Überraschenderweise wurde kein substantieller Unterschied von niederfrequenter und hochfrequenter Behandlung demonstriert, was die Autoren der Studie auf geglückte Indikationsprozesse zurückführen (Leuzinger-Bohleber et al. 2001a,b; 2002, 2003). Unterschiede zwischen den in der Intensität, aber weniger in der zeitlichen Dauer, doch recht unterschiedlichen Therapieformen werden in der besseren Internalisierung des Analytikers gesehen. Eine methodenkritischen Kommentar zur DPV- Studie mit dem bezeichnenden Untertitel: „Sisyphos zwischen therapeutischer Scylla und methodischer Charybdis“ haben von Rad et al. (2001) beigetragen. Sie benennen damit offen das Dilemma, in dem sich diese Studie bewegt.

Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL-Studie)

Unter dem Druck berufspolitischer Diskussionen um die Frage, was Psychotherapie allgemein und Psychoanalyse speziell zu leisten vermögen, wurde von der DGPT 1994 eine Ausschreibung initiiert, die zur *Praxisstudie analytische Langzeittherapie* (Rudolf et al., 2000, 2002; Grande et al., 2003) führte. Diese Studie untersuchte hypothesengeleitet den Prozess und das Ergebnis analytischer Therapien (PA, vorwiegend 3-stündig im Liegen) im Vergleich zu tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien (PT, vorwiegend 1-stündig im Sitzen). Neben etablierten symptom- und verhaltensnahen Instrumenten zur Veränderungsmessung wurden die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD, 2004) und die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS; Rudolf et al.,

2000) verwendet, um psychoanalytische Inhalte messbar machen und strukturelle Veränderungen im Unterschied zu therapeutischen Veränderungen (im Sinne einer Bewältigung) erfassen zu können. Untersucht wurde eine diagnostisch heterogene Gruppe symptomatisch und strukturell schwerer beeinträchtigter Patienten. Eine Besonderheit der Studie bestand darin, dass alle Patienten halbjährlich von Experten interviewt und mit OPD bzw. HSCS eingeschätzt wurden. Mit einem modifiziert naturalistischen Design wurde durch Parallelisierung dafür gesorgt, dass die Therapiegruppen bzgl. zentraler Parameter vergleichbar waren. Die Behandlungen wurden ansonsten wie in der therapeutischen Praxis üblich, d.h. ohne jede Vorgabe von Seiten des Studiendesigns durchgeführt. Die Therapeuten waren für beide Behandlungsmethoden ausgebildet und in deren Anwendung erfahren.

Untersucht wurden 27 PT- und 32 PA-Fälle. Die Behandlungen sind inzwischen abgeschlossen, die 1-Jahreskatamnesen nahezu vollständig erhoben; die 3-Jahreskatamnesen stehen noch aus.

Über erste Ergebnisse berichten Grande et al. (im Druck): Durch Prüfung einer Vielzahl verschiedener Merkmale konnte die Vergleichbarkeit über Gruppen erwiesen werden. Gezeigt werden konnte außerdem, dass die untersuchten Fälle hinsichtlich Alter, Geschlecht und Diagnosen in etwa den üblicherweise in ambulanter Praxis behandelten Patienten entsprachen. Die therapeutischen Zielsetzungen und Techniken, die in PT und PA verwendet werden, unterscheiden sich signifikant voneinander und befinden sich in Übereinstimmung mit den Intentionen beider Verfahren. Die PA dauerten durchschnittlich 44,2 Monate (310 Stunden), die PT 24,2 Monate (71 Stunden). Unter der Annahme, dass die unterschiedlichen Behandlungsumfänge mit den verschiedenen Behandlungsintentionen eng verknüpft sind, wurden die Therapieeffekte unter expliziter Ausklammerung der Dosisfrage geprüft: Sowohl für den Gesamtscore des IIP-D als auch für den GSI des SCL-90-R ergaben sich für beide Gruppen hochsignifikante Haupteffekte als auch signifikante Interaktionseffekte ($p < .05$) zugunsten der PA-Gruppe. Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass in der PA-Gruppe (verglichen mit PT) signifikant mehr Veränderungen nach dem Modus der Umstrukturierung erreicht wurden. Die Annahme, Veränderungen dieser speziellen Qualität prädictierten einen günstigeren post-therapeutischen Entwicklung, wird noch anhand der Katamnese-daten überprüft.

Eine kritische Diskussion der bisherigen Ergebnisse beider Studien durch Schulte (2001) und Hoffmann (2001) wird das weitere Nachdenken um die Anerkennung naturalistischer Studien beleben.

Münchener Psychotherapie Studie

Therapieforschung vollzieht sich in mehreren Stadien (Kächele 2004). Im Mittelpunkt vieler Diskussionen steht dabei die Frage, ob sich Psychotherapien nach den Spielregeln des Goldstandards der experimentellen Therapieforschung untersuchen lassen, oder ob bei der experimentellen Therapieforschung im „Labor der „randomisiert-kontrollierten Studien nur klinisch nicht valide Artefakt-Therapien untersucht werden (Strauß u. Kächele 1998; Westen et al. 2004). Die *Münchener Psychotherapie Studie* (Huber et al. 2001) demonstrierte als erste psychoanalytische Therapiestudie an ambulant behandelten, depressiven Patienten, dass bei guter Kooperation mit erfahrenen Psychoanalytikern auch der stringente Ansatz der Phase III der Therapieforschung möglich ist. Die kontrolliert-randomisierte Studie evaluiert drei Behandlungsformen (hoch- und niederfrequente psychoanalytische, sowie kognitiv-behaviorale Psychotherapie) mit 35 Patienten pro Gruppe. Mit den von Wallerstein (1991b) entwickelten „Scales of Psychological Capacities' (Huber et al. 2001; Huber u. Klug 2005) werden die strukturellen Veränderungen der Patienten, neben einer Vielzahl üblicher

symptomatischer Dimensionen erfasst. Der externe Untersucher, der die Prä-Daten erhebt, ist „blind“ für die Therapiemethode, ebenso wie der externe Untersucher bei Behandlungsende und bei den Katamnesemessungen „blind“ für den Aufnahmebefund und die angewandte Behandlungsform ist. Während der Therapie erfolgt kein persönlicher Kontakt mit Patient und Therapeut; beiden werden alle sechs Monate Fragebogen zugeschickt. Außerdem nimmt der Therapeut jede Sitzung auf Audio-Kassette auf und füllt nach jeder Sitzung eine kurze Therapiebegleitkarte aus. Dem „natural course“ der Depression als einer prinzipiell rezidivierenden Störung angemessen, werden follow-up Untersuchungen bis 3 Jahre nach Therapieende durchgeführt.

Auch diese Studie ist noch nicht abgeschlossen d. h. bisher sind erst 42 Therapien beendet. Erste Ergebnisse zeigen für die hoch- und niederfrequenten analytischen Therapien sehr hohe Effektstärken sowohl für symptomatische (SCL-GSI: ES= 1,49) als auch für strukturelle Veränderungen (SPK: ES=1,84). Ein Vergleich der Gruppen ist wegen der bisher geringen Gruppengröße noch nicht sinnvoll.

Europäische Therapiestudien

Die Notwendigkeit zur Evaluation ist nicht nur in der BRD akzeptiert worden. Systematische europäische, psychoanalytisch orientierte Therapiestudien werden aus Großbritannien, Holland, Norwegen, Schweden und Finnland berichtet (Richardson et al. 2003).

International und in der BRD sehr stark rezipiert wird die schwedische Studie (Sandell 1999a,b; 2001a,b), die mit wiederholten Erhebungswellen an großen Stichproben von Psychotherapie- und Psychoanalyse-Patienten (ca. 700, davon 75 Psychoanalysen) eine Vielzahl von hoch interessanten Befunden erbracht hat. Am bedeutendsten scheint uns zu sein, dass hier erstmals dokumentiert wurde, dass eine orthodoxe Technik des Analysieren zwar im hochfrequenten analytischen Setting wirksam ist, im niederfrequenten Setting vis-à-vis dagegen deutlich schlechter abschneidet. Die Münchner Arbeitsgruppe hat auch zu dieser viel zitierten Studie den auch notwendigen kritischen Kommentar verfasst (Rad et al 2001).

Störungs-spezifische Therapie

Die Auswirkungen der aus der Psychiatrie und der kognitiv-behavioralen Psychotherapie verfolgten Tendenz, störungs-spezifisch zu denken und zu forschen, hat auch dem offiziellen Druck nachgebend zu entsprechenden psychoanalytisch orientierte Manualen geführt.

Zunehmend wird jedoch deutlich, dass Manual-gesteuerte Therapien nur bei monosymptomatischen Störungen brauchbar sind. Bei psychodynamischen Kurztherapien können sie sogar zu einer Absenkung des Kompetenzniveaus erfahrener Kliniker führen wie Strupp und Mitarbeiter in der Vanderbilt II Studie aufgezeigt haben (Henry et al. 1993).

Die manualisierte Psychotherapie der Borderline-Störung steht ganz im Mittelpunkt vieler Bemühungen (Dammann et al. 2000). Nicht nur in den USA ist die Forschungsgruppe um Kernberg wohl die prominenteste in ihrem systematischen Ansatz, die Wirksamkeit der „Übertragungs-fokussierten Psychotherapie“ (TFP, Clarkin et al. 2001) auch vergleichend zur Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie (DBT, Linehan 1993) zu untersuchen.

Zur Kurzzeit-Behandlung von Depressionen zeigte Leichsenring (2001) auf, dass meta-analytisch eine Äquivalenz der Wirkung von psychodynamischer und kognitiver-behavioraler Therapie besteht; ein depressions-spezifisches Manual wurde von einer New Yorker Arbeitsgruppe vorgelegt (Busch et al. 2004).

Göttinger Angst-Therapie-Studie

Auch in der BRD wird die Herausforderung störungs-spezifischer Interventionen aufgegriffen, wobei unter psychoanalytischen Gesichtspunkten eine Formulierung wie "störungs-orientiert" (Buchheim 2001) angemessen erscheint. Auch wenn die Behandlung der generalisierten Angststörung derzeit weithin als eine Domäne der behavioralen Therapien betrachtet wird, so zeigt die *Göttinger Therapie-Studie*, dass diese evidenz-basierte Ansicht durchaus in Frage zu stellen ist. Diese Studie vergleicht analytische Fokalthherapie (nach Luborsky) und kognitive Verhaltenstherapie (nach Beck und Emery) in einer randomisierten Design miteinander. Bei beiden Therapieverfahren handelt es sich um manual-geleitete Behandlungen (Leibing et al., 2003; Leichsenring et al., 2005). Sie werden als Kurzzeittherapien mit je maximal 25 Sitzungen durchgeführt. Die Therapeuten sind erfahren in psychodynamischer Therapie bzw. Verhaltenstherapie und sind speziell in den angewendeten manual-geleiteten Behandlungen geschult worden. Die Manualtreue wird durch kontinuierliche Supervision gewährleistet. Die Studie untersucht u.a. die Veränderung der Angstsymptomatik, der Depressivität, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie interpersoneller Probleme. Die Studie steht kurz vor ihrem Abschluß. Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen sind beide Therapieverfahren weitgehend gleichermaßen wirksam. Von besonderem Interesse ist daher, welche Patienten von welchem Therapieverfahren am besten profitieren. Darüber hinaus bietet die Studie die Möglichkeit, einen Beitrag zur differentiellen Wirkungsforschung zu liefern: Kommt das weitgehende gleiche Ergebnis in den beiden Therapieverfahren durch dieselben oder unterschiedliche Wirkfaktoren zustande? Hängt die Veränderung der Angstsymptomatik nur in der psychoanalytischen Fokalthherapie mit einer Veränderung des „Zentralen Beziehungskonfliktthemas“ zusammen oder auch in der kognitiven Verhaltenstherapie? Und umgekehrt: Verändern sich die Angst aufrechterhaltenden „anxiogenen“ Kognitionen nur in der kognitiven Verhaltenstherapie, in der sie explizit bearbeitet werden, oder auch in der psychoanalytischen Fokalthherapie? Die Göttinger Angststudie erlaubt es, diesen Fragen nachzugehen. Eine aktuelle Diskussion um die Frage kommunaler oder differentieller Wirkfaktoren in der Psychotherapie findet sich bei deRubeis et al. (2005).

Forschungsergebnisse als Pflichtlektüre

Mehr denn je ist es auch für Kliniker erforderlich, über aktuelle Forschungsergebnisse zur Kenntnis zu nehmen. Neben den Informationen über die genannten vergleichenden Studien zu niederfrequenten und hochfrequenten Therapien bietet sich hierfür eine eindrucksvolle zusammenfassende Metaanalyse zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurztherapie an, die hochkarätig publiziert ist und als Pflichtlektüre in jeder Weiter- und Ausbildung studiert werden sollte (Leichsenring et al. 2004). Eine ausgewogene, methodenkritische Untersuchung zu den vielfältigen Problemen, die mit randomisiert-kontrollierten Studien für die Psychotherapie insgesamt verbunden sind, und die im Kontext der berufspolitisch wichtigen Bewegung „Empirically Supported Therapies“ aufgeworfen werden müssen, geben die psychoanalytisch orientierten Autoren Westen et al. (2004).

Mit der von der DGPT-initiierten Stellungnahme „psychoanalytische Therapie“ (hrsg. Hau u. Leuzinger-Bohleber 2004) für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie liegt ein politisch wichtiges Dokument vor, das den aktuellen Wissensstand der empirisch arbeitenden Psychoanalytiker wiedergibt ist. Sie dokumentiert, dass auch in den Zeiten der Evidenz-basierten Medizin die psychoanalytische Therapie bestehen kann, wenn sie nur die Herausforderung annimmt, sich empirischen Bewährungsproben zu stellen.

9.11.1 Rückblicke von Patienten

Systematische Rückblicke

Für therapeutische Einrichtungen, die eine größere Zahl von Patienten ohne eine allzu komplexe Methodik nachuntersuchen wollen, bietet sich die Verwendung eines von Strupp et al. (1964) entwickelten Fragebogens an. Durch dieses Vorgehen wird eine retrospektive Beurteilung des Behandlungserfolgs durch den Patienten unter verschiedenen Perspektiven ermöglicht.

In einer eigenen Untersuchung (Kächele et al. 1985 b) haben wir diesen Weg gewählt, um eine größere Gruppe von 91 Patienten, die mit verschiedenen Verfahren behandelt worden waren, zu befragen. Auf einer den Schulnoten nachempfundenen Bewertungsskala erhielt das "Gefühl der globalen Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg" die durchschnittliche Note 2,2. Die dazu offen kontrastierende Frage "Haben Sie das Gefühl, eine weitere Behandlung notwendig zu haben?" wurde mit der Note 3,1 bei einer breiten Streuung der Werte deutlich ambivalent beantwortet. Obwohl 36 % der Patienten sehr zufrieden und 27 % zufrieden waren - dies entspricht der in vielen Katamnesen bestätigten $\frac{2}{3}$ -Rate -, ist eine nicht geringe Zahl der Patienten der Ansicht, daß sie eine weitere Behandlung brauchen. Die Patienten drücken u. E. mit dieser scheinbar widerspruchsvollen Einschätzung eine sehr differenzierte Bewertung aus: Nicht alle Ziele sind erreicht, aber auch nicht alles war erreichbar. Dieses Denken schlägt sich auch deutlich in der Frage nieder, die dem Verhältnis von Aufwand und Nutzen für die Behandlung gilt. Dieses wird mit der Note 1,7 sehr günstig beantwortet. Die Fähigkeit, die persönliche Bedeutung einer eigenen Therapie auch sozial zu vertreten, wird von 72 % der Patienten dadurch bekräftigt, daß sie einem engen Freund entschieden empfehlen würden, sich im Bedarfsfall in eine psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Von großer praktischer Bedeutung ist das Ergebnis, daß die Beurteilung des Therapeuten durch den Patienten in den Dimensionen "Empathie und Akzeptanz" sowie "Vertrauen und Wertschätzung" eine retrodiktive Vorhersage der Zufriedenheit mit der Behandlung ermöglichte. Auch ohne elaborierte Prozess-Ergebnisforschung läßt sich durch eine solche Untersuchung bestätigen, daß die günstige Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine *Conditio sine qua non*, wenn auch nicht die hinreichende Bedingung für die von Patient und Analytiker angestrebte Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis darstellt. Das früher oft geäußerte zynische Argument, diese Wertschätzung sei nur eine Folge der finanziellen Opfer, die den Patienten zu idealisierenden Selbsttäuschungen veranlassen, ist glücklicherweise mit der Einführung der Kassenregelung erledigt. Deshalb gehen wir davon aus, daß Patienten eine realistische Stellungnahme abgeben.

Eine überwältigende Bestätigung für dieses verantwortungsvolle Mitsprechen der Ex-Patienten in der Bewertung von Psychotherapie berichtet Seligman (1995), der eine zusammenfassende Stellungnahme über eine von der US-Zeitschrift CONSUMER REPORT durchgeführte Umfrage an einer sehr großen Zahl von Patienten emphatisch als Beleg für die Dosis-Wirkungsrelation von Psychotherapie (von allerdings ein-stündigen Psychotherapien) gibt. Seine Darstellung betont besonders die begrenzten Aussagen, die auf der Grundlage kontrollierten Therapievergleichsstudien für klinische Zwecke gemacht werden können. Diese Befunde fanden viel Zustimmung bei Klinikern und wurden inzwischen auch bei uns repliziert (Hartmann u. Zepf 2003). Allerdings sollten Bedenken angesichts des fehlenden Zusammenhangs zwischen Zufriedenheitswerten mit psychotherapeutischer Behandlung und identifizierbarer Symptombesserung nicht ganz hinten an gestellt werden.

Eine Gretchenfrage

Jenseits der Stellungnahme von Patienten - in welcher Form auch immer diese eingeholt wird - steht die Frage, die sich jeder Therapeut selbst vorlegen muß: Bin ich zufrieden? Dies ist eine Gretchenfrage, denn sie stellt das berufliche Ich-Ideal auf einen Prüfstand. Der Analytiker kann sich nicht allein mit dem subjektiven Erleben des Patienten zufrieden geben, sondern muß auch überprüfen, ob der Verlauf und das Ergebnis in einem nachweisbaren Zusammenhang mit den von ihm präferierten Theorien über Entstehungs- und Auflösungszusammenhang von Symptomen und Charakterzügen steht. Er wird in seinen abschließenden Überlegungen zu prüfen haben, mit welchen Zielen er eine Behandlung begonnen hat und welche er davon hat einlösen können. Diese Perspektive schließt nicht aus, daß die Verantwortung des Patienten für sich selbst bestehen bleibt; der Analytiker selbst hat aber vor sich und seiner beruflichen Bezugsgruppe Methode und Ergebnis zu vertreten.

Veränderte Zielsetzungen

Der Vergleich der eigenen Aufzeichnungen vom Beginn der Behandlung mit den Aufzeichnungen vom Ende sollte Grundlage einer Bewertung sein. Besonders bei langer Behandlungsdauer sind erhebliche Veränderungen impliziter und expliziter Therapieziele festzustellen. Wir unterstellen mit guten Gründen, daß eine ziellos geführte Analyse nicht denkbar ist, sondern daß das psychoanalytische Verfahren ein prozessuales Zielverständnis pflegt. Man befindet sich in einem schwerwiegenden Irrtum, wenn man glaubt, sich von konkreten, mit Werthaltungen verknüpften Zielvorstellungen fernhalten zu können (s. Grundlagenband 7.1). Bräutigam (1984) hat die Veränderungen der Zielsetzungen im Laufe der Geschichte der Psychoanalyse kritisch diskutiert und u. E. zu Recht darauf hingewiesen, daß therapie-immanente Zielsetzungen - Bewusstseinsweiterung, affektive Abfuhr, Regression etc. - immer mehr an Bedeutung gewonnen haben. In dem Bemühen, sich den Anschein der Wertneutralität zu geben, wurden die analytischen Bemühungen mit der Formel gekennzeichnet: "Wo Es war, soll Ich werden", die scheinbar eine ätiologisch-pathogenetische Begründung des therapeutischen Vorgehens liefert. Im Rahmen des Strukturmodells ist damit gemeint, daß das Ich eine bessere Kontrolle über das Es gewinnt, was ursprünglich in der topographischen Theorie mit dem freieren Zugang zu dem Unbewussten gemeint war. Das analytische Ziel der strukturellen Veränderung wurde an diese Bewegung geknüpft.

Der Begriff Struktur erlebt derzeit eine Renaissance; eine Vielzahl von Assoziationen werden geweckt: Kernbergs Strukturniveau; Rudolfs Konflikt vs. Strukturfokus in der psychoanalytischen Therapie bzw. seine strukturbezogene Psychotherapie; Strukturachse der OPD. Gewiss kann man Struktur als Niederschlag von Beziehungserfahrungen interpretieren, also so etwas wie eine Brücke zwischen Instanzenmodell und modernem Persönlichkeitsstrukturkonzept (Rudolf et al. 2002; Huber u. Klug 2004).

Nach den gründlichen Überlegungen von Wallerstein (1986) anhand der Ergebnisse des "Menninger-Psychotherapie-Projekts" ist die Frage, wie sich "strukturelle Veränderungen" von solchen des Verhaltens und der Symptomatik unterscheiden lassen, mit vielen, nicht zuletzt auch methodischen Problemen belastet. Nicht aufrechtzuerhalten ist die Auffassung, daß nur die psychoanalytische Technik, die Einsicht vermittelt, strukturelle Veränderungen erzielt. Nach einer von Rapaport vertretenen Definition handelt es sich bei Strukturen um seelische Ablaufprozesse mit langsamer Veränderungsrate (1957, S. 701), die wir hypostasieren, aber stets nur an Verhalten und Erleben festmachen können.

Hilfreicher und von uns entschieden bevorzugt ist die Formulierung Freuds aus *Die endliche und unendliche Analyse* (1937 c, S. 96), in der das Ziel jeder Behandlung klar operational herausgestellt wird: "Die Analyse soll die für die Ich-Funktionen günstigen psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt." Damit ist hinreichend deutlich gemacht, daß die Unterscheidung von Lebenszielen und Behandlungszielen nicht aus dem Auge zu verlieren ist, auf die E. Ticho (1972) aufmerksam gemacht hat.

Ziele in der psychoanalytischen Therapie

Es ist zweckmäßig über die enge Verknüpfung von Wegen und Zielen frühzeitig nachzudenken. Schon am Anfang Behandlungsziele mit dem Patienten zu erörtern, ist besonders bei Fremdfinanzierungen unerlässlich. Die von Krankenkassen und von der Beihilfe übernommene vollständige oder partielle Kostenübernahme ist an das Vorliegen von Erkrankungen und deren Besserungs- bzw. Heilungsmöglichkeit gebunden und beschränkt. Hierbei sind Indikation und Prognose der Therapie am Anfang und während des Verlaufs einzuschätzen und einem Fachgutachter gegenüber zu begründen (peer report). Wegen der Begrenzung der Kostenübernahme ist es schon am Anfang notwendig, über Erwartungen und Zielsetzungen mit Patienten zu sprechen. Besonders wichtig ist es, ausreichende Informationen über die formalen Aspekte der Fremdfinanzierung zu vermitteln, was nicht selten versäumt wird. Daraus ergeben sich schwerwiegende Komplikationen beim Auslaufen der Fremdfinanzierung (Hohage 1996). Erörterungen über die finanziellen Seiten des Behandlungsrahmens berühren das Thema von Behandlungs- und Lebenszielen. Analytiker fürchten, daß Gespräche über Erwartungen und Ziele zu Einengungen oder zu unbequemen Fragen über Prognose etc. führen könnten. Dem Problem der Ziele in der psychoanalytischen Therapie haben Sandler u. Dreher (1996) unter dem Titel "What do psychoanalysts want?" eine ideengeschichtliche Studie gewidmet. Der Behandlungserfolg hängt auch davon ab, in welcher Weise Wege und Ziele zwischen Patient und Analytiker abgestimmt werden - von Anfang an. Der Patient muß sich darüber orientieren können, welche Wege zu welchen Zielen führen könnten, und in welcher Weise der Analytiker zum Erreichen beiträgt. Die sogenannte Neutralität hebt Interaktion keineswegs auf, sondern sorgt für eine besondere Form der Wechselseitigkeit. Diese ermöglicht es dem Analytiker durch Anregungen zu beeinflussen. Die analytische Methode zeichnet sich dadurch aus, daß über die Einflussnahmen, die als "indirekte Suggestion" wirksam werden, gemeinsam reflektiert wird. Die je eigenen Wege und Ziele bilden sich interaktionell im Vergleich mit den Meinungen bedeutungsvoller Anderer. Eine kritische Würdigung der Neutralitätsregel findet der Leser im Kapitel 7.6 und 7.7.

Der Rückblick eines Patienten

Da wir die Ansichten unserer Patienten über die Auswirkungen unseres therapeutischen Handelns besonders ernst nehmen, haben wir einer Reihe von Patienten die über sie verfassten Berichte zum Lesen gegeben und sie um Stellungnahmen gebeten. Wir haben auch rückblickende Bewertungen erhalten.

Die folgende Stellungnahme stammt von dem Patienten Friedrich Y, über den wir unter 2.3.1 berichtet haben. Der Patient beschreibt seine Beschwerden und seine Eindrücke vom Therapiegeschehen. Wir haben an seinem Bericht nur soviel geändert, daß die Anonymität gewahrt bleibt.

Rückblick auf meine Psychoanalyse

Beschwerden

Ich stoße mich immer wieder an meinen Ängsten, an dem Kraftaufwand, mit angezogenen Bremsen zu fahren. Leidensdruck: Ich kann Ärger und Wut über Kollegen, nahe Mitarbeiter nicht direkt herauslassen, nicht austragen, belaste nur meine Frau und mich selbst damit. Ich meide unangenehme Begegnungen, vermeide of Feste, Tanz, Lockeres. Ich schiebe schwierige Telefonate, Besuche auf. Ich habe mich im Betrieb öfters nicht in der Hand, tobe, werde ausfällig, schlage einmal meine Frau. Ich flüchte oft in den Wald, oder in die Selbstüberforderung. Ich kann nicht lockerlassen, ausruhen, mit den Kindern spielen. Ich rechtfertige mich selbst durch Leistung - und setze so die Familie zurück. Ich habe oft Verdauungsbeschwerden, Kopfweg, Halsweh, Rückenschmerzen. Mein Leidensdruck wächst. Ein Freund macht mir Mut, einen Therapeuten aufzusuchen, den er selbst auch konsultiert hat.

1. Gespräch

Ich gehe hin: a) mit der Furcht, abgewiesen zu werden; b) in rückhaltloser Offenheit, fast Selbstentblößung; c) im Bewusstsein jetzt oder nie, d) mit dem starken Wunsch: ich will die Bremsen in mir lockern. Ich will mehr Leben, ich will - jetzt endlich - mein Leben.

Er nimmt mich. Ich kann es mit ihm. Ich will mit ihm weiterkommen. Er hört mir zu - mit großer Geduld. Ich kann viel aussprechen, Ballast abwerfen. Er hat etwas Lebendiges, Erfahrenes, Freizügiges, Verführerisches an sich. Er drängt nicht.

1. Phase

Ich kann meinen Haß auf die Mutter mit ihm austragen. Sie hat mir soviel Leben vorenthalten, mich geschlagen, unterdrückt, mich in ein Bravheitskorsett gezwängt. Sie hat den Vater fertiggemacht und mich als Ersatzvater missbraucht. Über schlechtes Gewissen und religiösen Druck hat sie meine Aggressionen unterdrückt, mich zum Schwächling und Krüppel gemacht. Zugleich die Erkenntnis: Sie konnte als älteste Tochter, die früh den Vater verloren hat, eine harte, energische Mutter hatte, für ihre Schwestern verantwortlich war, vielleicht nicht anders. Sie hat das Leben zuerst in sich selber unterdrückt, v. a. nach dem Tod meines Vaters. Sie mußte sich durchkämpfen, energisch sein. Und: Sie ist alt geworden, ist von der Starken zur Schwachen, von der Beherrscherin zum Opfer geworden: Beschämende Zeiten in ihren letzten 2 Jahren, sie hat Angst vor ihren Hausleuten, will sich das Leben nehmen, ist ein schwieriger Patient bei ihrer Pflegefamilie.

In den letzten Jahren kann ich ihr noch etwas Gutes tun, zurückgeben. Ich kann sehen, was sie für mich auch geopfert hat. Ich sehe, bedaure und bewundere ihren Kampf; ich kann sie stützen in ihrer Schwäche, Hilflosigkeit, manchmal ungerechten Wut. Sie stirbt 40 Jahre nach dem Ende der Hitlerherrschaft. (Wie hat sie da gelebt? Darüber konnten wir nie ruhig sprechen. Immer hat sie abgewehrt, sich gerechtfertigt, entschuldigt!)

2. Phase

Was hatte ich an meinem Vater - und mit ihm verloren? Hinter der Mutter taucht in der Therapie immer mehr mein Vater auf. Ich war eigentlich nie Sohn, Junge - eher ein Mädchen wie die Schwester. Ich hatte kein männliches Vorbild in Kampf, Auseinandersetzung, Selbstbehauptung. Jetzt kann ich an meinen Aggressionen arbeiten:

Ich kann im Büro besser hinsehen, mich zurücknehmen, mir Wut zugestehen. Ich verstecke mich nicht mehr so in Gruppen, übernehme Verantwortung, trage Konflikte aus. Ich schone mich und andere nicht mehr so, habe nicht mehr so viel Angst, verletzt zu werden und zu verletzen. Ich verstecke nicht mehr, schäme mich nicht mehr meiner Zuneigung zu anderen Frauen, kann damit umgehen. Ich merke deutlicher, wo meine Frau unter mir leidet, sich von mir überfahren, zurückgesetzt fühlt. Ich kann mich besser mit ihr auseinandersetzen und bin ihr dadurch näher gekommen. Ich kann es eher aushalten, wenn sie verzweifelt ist. Ich kann bis an die Grenze gehen und mich auch bewußt wieder zurücknehmen, nicht aus schlechtem Gewissen, auf Druck, sondern in eigener Entscheidung: z. B. ist meine Frau mir wichtiger als andere. Familie ist oft wichtiger als der Beruf. Einlenken ist manchmal wichtiger als Konflikt "um jeden Preis". Meine Freiheit im Sexuellen zusammen mit meiner Frau, im "Mir-etwas-Leisten" wächst; auch in dem Maße, wie meine Frau etwas für sich tun kann. Ich kann meiner Frau zugestehen, daß sie etwas für sich tut, daß sie noch Zeit braucht, um freier zu werden, um sich von der Last freizumachen, die ich ihr so lange aufgebürdet habe. Auch daß sie sich nach einem Gespräch zu dritt über den Therapeuten ärgert. Ich kann meine Frau besser neben mir "schwach sein lassen" und mir auch eigene Schwäche zugestehen.

3. Phase: Ablösung und Ende der Analyse

Wo ich noch arbeiten will: Am Zusammenhang der Seele mit dem Körper. Wann kommt das Kopfweh, der Darm, der Rücken? Wie stehe ich Krankheiten durch? Wie arbeite ich vorbeugend, an den Ursachen? Ein Feldenkrais-Wochenende hat mir da weitergeholfen. Wochenlang nach dem Ende der Analyse hatte ich Halsweh, Probleme mit der Stimme, Schwierigkeiten beim Singen, am Arbeitsplatz, beim Referieren. Ich stelle mich öffentlich zu meiner Analyse, kann anderen davon berichten, einzelnen Mut machen, selber an sich zu arbeiten. Ich kehre Konflikte mit den engsten Mitarbeitern nicht mehr unter den Teppich, wehre mich, provoziere manchmal. Es schlaucht mich noch, Widerstand, Feindschaft auszuhalten. Ich werde stärker, unbeugsamer im Einsatz für andere, Unterdrückte, z. B. in Leserbriefen gegen Apartheidbefürworter und Rassisten. Ich tobe mich nicht einfach aus, sondern kämpfe aktiv, mit Risiko, gegen "böse Geister" wie Sucht, Rassismus, Faschismus. Ich frage den anderen zunehmend: Willst du gesund werden? Wenn nicht, dann benenne ich deine Krankheit, distanzieren mich, lasse mich nicht hinabziehen, lasse mich nicht in deine Neurose verstricken. Ich will lieber den fauligen Apfel ausschneiden, den falschen Schein durchbrechen, das eiternde Geschwür aufstechen - als Komplize der Krankheit, des Verdrängens, der Resignation zu sein.

Wie ich meinen Therapeuten erlebt habe

Er war vorwiegend geduldig. Er konnte Schweigen aushalten. Er konnte auch zupackend sein, nicht locker lassend. Er hat oft "kleine" Dinge hinterfragt und mir so weitergeholfen; Gesten, Worte beim Eintreten ins Zimmer, Vergessen einer Stunde, Verabschiedung nach der Stunde usw. Er hat meine Träume behutsam miteinbezogen, mir oft die Augen geöffnet über ihre Bedeutung. Er hat die Ablösung, das Ende der Therapie frühzeitig eingeleitet (nicht zu früh, wie ich einmal versucht war, zu meinem Glück) und auch nach dem Ende der Therapie mir noch die Tür offengelassen. Er hat mir Mut gemacht, nicht zuviel Rücksicht auf ihn zu nehmen (ich wollte ihn manchmal "schonen" - aber er kann sich ja selber wehren).

Als ich meine Sparsamkeit - mit seiner Hilfe - zurücklassen konnte, selbstbewusster auftreten konnte, war der Preis für die Therapie für mich kein Problem mehr. Ich habe mir die Therapie bewußt geleistet (keine Kunst, das meiste wurde durch die Krankenkasse erstattet!) und bin froh, dadurch ein hohes Maß an seelischer und körperlicher Gesundheit gewonnen zu haben.

Dieser Rückblick wurde ein Jahr nach Abschluß der Analyse abgefasst. Der bisherige weitere Verlauf unterstreicht, daß der Patient seinem Leben durch die Behandlung eine entscheidende Wende zu geben wusste. Ein sechs Jahre nach Behandlungsende eintretender depressiver Rückfall konnte durch eine "tranche d'analyse" nach wenigen Monaten gut bewältigt werden und führte zu einem weiteren Verständnis in der Erstbehandlung unzureichend bearbeiteter Konflikte.

9.11.2 Veränderungen

Was sind nun Behandlungsziele und wie unterscheiden sie sich von Lebenszielen? Wir wollen dies durch eine ausführlichere Diskussion der durch eine Psychoanalyse erzielten Veränderungen der Patientin Amalie X verdeutlichen.

Diese Veränderungen haben wir auf vielfältige Weise evaluiert, da dieser Fall in besonders intensiver Form in verschiedenen Projekten im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Sonderforschungsbereichs 129 "Psychotherapeutische Prozesse" untersucht wurde (Hölzer et al. 1994; Hohage u. Kübler 1987; Neudert et al. 1987; Leuzinger-Bohleber 1989; Jimenez et al. 2006). Eine neuere zusammenfassende Würdigung der Einzelergebnisse findet sich bei Kächele et al. (2006).

Da die Patientin Amalie X ihrem Hirsutismus einen wesentlichen Platz in ihrer Laienätiologie zur Entstehung ihrer Neurose eingeräumt hat, beginnen wir mit Überlegungen zum Stellenwert dieser körperlichen Beeinträchtigung, aus der sich die speziellen Veränderungsziele ableiten lassen.

Der Hirsutismus dürfte für Frau Amalie X eine 2fache Bedeutung gehabt haben:

Zum einen erschwerte er die ohnehin problematische weibliche Identifikation, da er unbewußten Wünschen der Patientin, ein Mann zu sein, immer neue Nahrung gab. Weiblichkeit ist für die Patientin lebensgeschichtlich nicht positiv besetzt, sondern mit Krankheit (Mutter) und Benachteiligung (gegenüber den Brüdern) assoziiert. In der Pubertät, in der bei der Patientin die stärkere Behaarung auftrat, ist die Geschlechtsidentität ohnehin labilisiert. Anzeichen von Männlichkeit in Form von Körperbehaarung verstärken den entwicklungsgemäß wiederbelebten ödipalen Penisneid und -wunsch. Dieser muß freilich auch schon vorher im Zentrum ungelöster Konflikte gestanden haben, da er sonst nicht diese

Bedeutung bekommen kann. Hinweise darauf liefert die Form der Beziehung zu den beiden Brüdern: Diese werden von der Patientin bewundert und beneidet, sie selbst fühlt sich als Tochter oft benachteiligt. Solange die Patientin ihren Peniswunsch als erfüllt phantasieren kann, passt die Behaarung widerspruchsfrei in ihr Körperschema. Die phantasierte Wunscherfüllung bietet aber nur dann eine Entlastung, wenn sie perfekt aufrechterhalten wird. Dies kann jedoch nicht gelingen, da ein viriler Behaarungstyp aus einer Frau keinen Mann macht. Das Problem der Geschlechtsidentität stellt sich erneut. Vor diesem Hintergrund sind alle kognitiven Prozesse im Zusammenhang mit weiblichen Selbstrepräsentanzen für die Patientin konfliktreich geworden, lösen Beunruhigung aus und müssen deshalb abgewehrt werden.

Zum anderen erhält der Hirsutismus sekundär auch etwas von der Qualität einer Präsentiersymptomatik: Er wird der Patientin zur Begründung dafür, daß sie sexuelle Verführungssituationen von vornherein meidet. Dabei ist ihr diese Funktion ihrer körperlichen Beeinträchtigung nicht bewußt zugänglich. Für eine erfolgreiche Behandlung der Patientin Amalie X lassen sich aus diesen Überlegungen 2 Forderungen ableiten: Die Patientin wird dann soziale und sexuelle Kontakte aufnehmen können, wenn sie 1) zu einer hinreichend sicheren Geschlechtsidentität gelangen kann und ihre Selbstunsicherheit überwindet und wenn sie 2) ihre Schuldgefühle bezüglich ihrer Wünsche aufgeben kann.

Die in den beiden Punkten benannte bedingte Prognose hat sich bestätigt. Frau Amalie X ist wesentlich beziehungsfähiger geworden. Seit längerer Zeit lebt sie in einer festen Partnerschaft, ohne durch Symptome eingeschränkt zu sein. Ihr Verhältnis zur Sexualität hat sich entkrampft. Ihre anfangs oft extreme Gewissenhaftigkeit ist milder geworden, wenn auch ihre Forderungen an sich und die Umwelt weiterhin hoch sind. Sie wirkt lebendiger und humorvoller im Gespräch und hat offensichtlich an Lebensfreude gewonnen. Sind diese Veränderungen nun darauf zurückzuführen, daß die beiden ätiologischen Bedingungen ihre Wirksamkeit nachweisbar durch die analytische Therapie verloren haben? Wir beantworten diese entscheidende Frage positiv, auch wenn wir die Beweise im einzelnen aus Raumgründen nicht ausbreiten können. Der Nachweis struktureller Veränderungen macht nämlich eingehende Darstellungen des psychoanalytischen Prozesses erforderlich. Zusammenfassend ist zu sagen, daß Frau Amalie X trotz der virilen Behaarung im Sinne unserer Prognose den Weg zu einer positiven femininen Identifizierung gefunden und sich von religiösen Skrupeln und Schuldgefühlen bezüglich ihres sexuellen Erlebens befreit hat.

Die testpsychologischen Befunde, die als Erfolgskontrolle zu Beginn und nach Beendigung der Behandlung sowie anlässlich einer katamnestic Untersuchung nach 2 Jahren erhoben wurden, belegen die klinische Einschätzung des behandelnden Analytikers, daß die Behandlung erfolgreich verlaufen sei.

Im Freiburger Persönlichkeitsinventar zeigt bereits ein Vergleich der Profile, daß die Skalenwerte der Patientin bei Behandlungsende häufiger im Normbereich liegen und Extremwerte seltener sind als zu Beginn der Therapie. Zum Zeitpunkt der Katamnese hat sich diese Tendenz noch verstärkt.

Insbesondere auf den Skalen, auf denen die Patientin sich ursprünglich als äußerst (= Standardwert 1) irritierbar und zögernd (Skala 6), als sehr (= Standardwert 2) nachgiebig und gemäßigt (Skala 7), als sehr gehemmt und gespannt (Skala 8) und als äußerst emotional labil (Skala N) geschildert hat, gehen die Werte in den Normbereich zurück.

Auf einigen Skalen weicht die Patientin positiv vom Normwert nach Abschluß der Behandlung ab: Frau Amalie X schildert sich als psychosomatisch weniger gestört (Skala 1), als zufriedener und selbstsicherer (Skala 3), als geselliger und lebhafter (Skala 5) und als extrovertierter (Skala E). Besondere Beachtung verdient der Standardwert 8 auf der Skala 2 nach Ende der Behandlung, der zum Ausdruck bringt, daß die Patientin sich als spontan sehr aggressiv und emotional unreif erlebt. Möglicherweise fürchtet sie sich zu diesem Zeitpunkt noch vor ihren aggressiven Impulsen, die sie nicht mehr so stark kontrolliert wie zu Beginn

der Behandlung. Bei der Katamnese ist dieser Skalenwert in den Normbereich zurückgegangen. Die Patientin scheint in der Zwischenzeit die Sicherheit gewonnen zu haben, daß sie keine aggressiven Durchbrüche zu befürchten braucht. Auffällig ist auch der Extremwert auf der Skala 3 zum Katamnesezeitpunkt: Frau Amalie X, deren Behandlungswunsch v. a. auf depressive Verstimmungen zurückging, schildert sich hier als äußerst zufrieden und selbstsicher.

Im Gießen-Test (GT) liegen die Skalenwerte für das Selbstbild der Patientin zu keinem der 3 Messzeitpunkte außerhalb des Normbereichs. Beckmann u. Richter bemerken zu dem von ihnen entwickelten Verfahren: "Bei seiner Konzeption wurde besonderes Gewicht darauf gelegt, durch ihn zu erfahren, wie sich ein Proband in psychoanalytisch relevanten Kategorien in Gruppenbeziehungen darstellt" (1972, S. 12). Vom Normbereich abweichende extremere Werte weisen lediglich die anfängliche Selbstbeschreibung als relativ depressiv (Skala HM vs. DE) und die abschließende Charakterisierung als eher dominant (Skala DO vs. GE) auf. Die Profile zeigen v. a. dahingehend eine Niveaushiftung, daß sich die Patientin nach Abschluß der Behandlung dominanter, weniger zwanghaft, weniger depressiv und durchlässiger (offener, kontaktfähiger) erlebt. Zum Katamnesezeitpunkt ist das Skalenprofil des Selbstbilds absolut unauffällig.

Am Bild, das der behandelnde Analytiker zu Beginn der Behandlung von der Patientin hat (GT-Fremdbild) fällt auf, daß er sie für viel gestörter hält als sie selbst es tut: In seinen Augen ist sie wesentlich zwanghafter, depressiver, retentiver und sozial eingeschränkt. In diesen Dimensionen liegt das Fremdbild außerhalb der Norm. Eine so deutliche Diskrepanz zwischen Selbstbild und Fremdbild ist nach Zenz et al. (1975) nach dem Erstinterview häufig zu beobachten. Nach Abschluß der Behandlung ist diese Diskrepanz verschwunden. Der Analytiker betrachtet Frau Amalie X nun als genauso gesund wie sie selbst sich sieht. Größere Unterschiede gibt es nur noch in 2 Skalen: So hält der Analytiker Frau Amalie X einerseits für anziehender und beliebter, andererseits aber auch für zwanghafter, als sie selbst das tut.

Die testpsychologischen Befunde stützen die Einschätzung des behandelnden Analytikers; die Befunde zum Zeitpunkt der Katamnese bestätigen die weitere positive Entwicklung der Patientin Amalie X in der nachanalytischen Phase.

Die einzelfallanalytische Untersuchung der Leidenserfahrungen der Patientin an sich und an der Umwelt ergibt einen klinisch aufschlußreichen Verlauf. Die Beziehungssituation der Patientin bleibt in der 1. Behandlungshälfte relativ konstant. Sie beschäftigt sich in der Analyse vorwiegend mit sich selbst und ihrer inneren Welt, was durch die Art ihrer in den Stunden berichteten Symptomatik deutlich wird. Erythrophobie, Abhängigkeit von den Eltern sowie Hemmungen im sexuellen Bereich hindern die Patientin daran, sich handelnd mit der Umwelt auseinanderzusetzen. Gegen die 250. Stunde scheint diese Phase der Behandlung abgeschlossen zu sein: Das Leiden der Patientin hat stark nachgelassen. In der 2. Hälfte der Behandlung nimmt das Leiden wieder zu; die Behandlung ist geprägt von der intensiven Auseinandersetzung mit gegengeschlechtlichen Partnern, was auch besonders in der Übertragungsbeziehung sichtbar wird (Neudert et al. 1987).

Die Untersuchung der "emotionalen Einsicht" als Veränderungskriterium bestätigt ebenfalls den positiven Ausgang dieser Behandlung. Vergleicht man die 8 Anfangsstunden dieser Analyse mit den letzten 8 Stunden, dann spiegeln die Äußerungen der Patientin lebendigeres Erleben wider. Während sie sich am Anfang sehr häufig gedanklich vom aktuellen Erleben distanziert bzw. in ein Grübeln verfällt, ist die Patientin in den Abschlußstunden in ihr Erleben eingetaucht, ohne dabei die Fähigkeit zur kritischen

Reflexion verloren zu haben. Die Bedingungen für eine produktive "emotionale Einsicht" sind also am Ende der Behandlung weitaus besser erfüllt (Hohage u. Kübler 1987).

Am Beispiel von Frau Amalie X konnten wir eine große Übereinstimmung von klinisch und testpsychologisch beschreibbarer Veränderung konstatieren. Es ist aber auch anzuerkennen, daß Veränderung multidimensional ist und nicht immer in den verschiedenen Dimensionen kongruente Veränderungen anzutreffen sind (Kächele u. Thomä 2005; Kächele et al. 2006).

9.11.3 Abschied

Wie wir in den Vorbemerkungen hervorgehoben haben, verlaufen Beendigungen von Analysen nicht nach einem festen Muster. Nicht selten führt die Therapie zu Veränderungen der Lebensgestaltung, die eine Beendigung nach sich ziehen. Es ist verfehlt, äußere und innere Gründe für Beendigungen gegeneinander auszuspielen und äußere Momente mit der endlichen bzw. innere mit der unendlichen Analyse zu identifizieren. Freilich scheint eine tiefe Sehnsucht nach der Unendlichkeit zu der Utopie zu führen, diese auch erreichen zu können. Diese gemeinsame Phantasie findet ihren Ausdruck in der unrealistischen Konzeption einer normativ konzipierten Beendigungsphase.

Herr Kurt Y, ein 32-jähriger Naturwissenschaftler, ein linkisch auftretender Mann von unscheinbarem Aussehen, dabei freundlich und devot, suchte wegen einer ihn sehr belastenden Impotenz eine psychotherapeutische Behandlung, nachdem ein Versuch mit einer nach Masters u. Johnson orientierten Verhaltenstherapie nur kurzfristige Erfolge brachte. Schon im 1. Gespräch führte der Patient selbst seine mangelnde Spontaneität v. a. im sexuellen Bereich auf eine strenge Erziehung zurück. Er hatte erstmalig eine enge Partnerbeziehung zu einer Frau aufgenommen, die er heiraten wollte und die nach seiner Beschreibung auch gut zu ihm passte.

In seinem Beruf war er als geschickter Experimentator geschätzt und hatte als Faktotum des Betriebs eine wichtige Position, die jedoch meist den anderen zu gutem beruflichem Aufstieg verhalf, ihm selbst hingegen nur wenig Vorteile einbrachte.

Psychometrische Veränderungen

Im FPI zeigten sich besonders in den Skalen Aggressivität (Standardwert 7), Erregbarkeit (Standardwert 3), Gelassenheit (Standardwert 1), Dominanzstreben (Standardwert 7), Gehemmtheit (Standardwert 7) und Offenheit (Standardwert 3) Abweichungen von einer mittleren Ausprägung. Am Ende der Behandlung wies sein Profil nur in den Skalen Aggressivität (Standardwert 8), Dominanzstreben (Standardwert 6) und Gehemmtheit (Standardwert 5) Abweichungen vom Eingangsbefund auf, von denen nur die in der Skala Gehemmtheit eine klinisch bedeutsame Veränderung von 2 Standardwerten darstellt.

Allerdings weisen im Gießen-Test 2 Skalen auf die Veränderungen des Patienten hin: Auf der Skala "unkontrolliert-zwanghaft" verändert er sich von einem T-Wert von 56 am zwanghaften Pol der Skala zu einem T-Wert von 39 am unkontrollierten Pol; eine zweite eindrucksvolle Veränderung zeigt sich auf der Skala "retentiv-durchlässig", wo der Patient von einem T-Wert 58 zu einem T-Wert von 42 sich in Richtung "durchlässig" verändert. Auffallend ist allerdings, daß ein ausgeprägt negativ-resonantes Selbstgefühl von T 30 sich nur auf einen T-Wert von 32 verbessert.

Auch im Rorschach-Versuch ergab sich am Therapieende nur eine geringfügige Veränderung. Aus dem Bericht des Testleiters entnehmen wir die folgende Stellungnahme

über die Abschlussuntersuchung: Der Patient ist leicht für emotionale Reize ansprechbar und kann mit gefühlhaften Situationen variabel umgehen; er kann sich seinen teils primitiven, elementaren Gefühlsregungen überlassen, kann diese aber unter anderen Bedingungen ebenso durch intellektuelle Kontrollen und eine verstärkte Realitätsbeachtung positiv verwerten. Die hierfür erforderlichen Kompromisse verhindern, daß seine hohe intellektuelle Begabung sich ungehindert im Leistungsbereich entfalten kann.

Gelingen die oben genannten Affektkontrollen unzureichend, so setzt ein infantiler Trotz und eine verdeckt aggressive Haltung ein, die sich dann gewissermaßen verselbständigen. Die vielfältigen emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten können erst dann zum Tragen kommen, wenn die Situation geklärt und ungefährlich erscheint. Diese Klärung erfolgt in erster Linie durch einen Rückzug auf übliches Normverhalten sowie durch einen intellektuellen, rationalen Zugang der Situationsbewältigung. Trotz allem ist die Bewältigung seiner oft heftigen Emotionalität stets mit Mühe und häufig auch mit Angst und Unsicherheit verbunden.

Seine Zuwendungsbedürfnisse kann er sich nur schwer eingestehen; er neigt dazu, sich von seinen Mitmenschen zu distanzieren und von ihnen nur enttäuschende Erfahrungen zu erwarten. Die wenigen affektiven Kontaktmöglichkeiten sind mit Aggressivität legiert, was ihm den Charakter einer Kampfnatur verleiht.

Klinische Veränderungen

Diese zusammenfassende Beurteilung des Rorschach-Tests läßt im Vergleich zum Erstbefund unschwer erkennen, daß testdiagnostisch erfassbare strukturelle Veränderungen in der 4jährigen Psychoanalyse erst in Ansätzen stattgefunden haben. Im Kontrast hierzu wollen wir nun die klinisch erfassbaren Veränderungen zusammenstellen, die uns berechtigen, doch von einer erheblichen Besserung des Gesamtbilds einer schizoid-zwanghaften Persönlichkeit zu sprechen.

Die Tatsache, daß ein Mann erst mit 32 Jahren seine erste intime Beziehung eingeht, spricht fast für sich. Die sexuelle Impotenz als Folge eines strengen, von archaischen Normen geprägten Über-Ich verwundert kaum; parallel dazu ist seine partielle berufliche Impotenz zu sehen, die vorwiegend darin bestand, daß er nur für andere leistungsfähig sein durfte. Zum Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme hatte er schon viele Jahre an seiner Dissertation gearbeitet, bis er diese nach Durcharbeitung der damit verbundenen unbewußten aggressiven und grandiosen Phantasien fertig stellen konnte. Diese bezogen sich vorbewußt auf die gefürchtete Entthronung seiner Chefs; unbewußt war damit der Triumph über die beschränkten Leistungen seines Vaters verbunden, der es nur zum mittleren Beamten bei der Bundespost gebracht hatte. Seine sexuelle Impotenz war vorwiegend durch mütterliche Introjekte bestimmt, die ihm eine enge Verbindung von Schmutz und Sexualität diktierten. Sich lustvoll gehen zu lassen als Voraussetzung für einen befriedigenden Verkehr, blieb über längere Strecken der Behandlung hinweg ein nicht erreichbares Ziel. Erst im letzten Jahr der 4jährigen Behandlung konnte sich der Patient den Wunsch erlauben, mit seiner Frau nicht nur eine Wochenendehe zu führen, sondern auch alltägliche Geborgenheit zu fordern, die dann einem Sexualgenuss in entspannterer Atmosphäre dienlich war.

Sind Liebes- und Arbeitsfähigkeit die 2 Pfeiler psychoanalytischer Zieldiskussionen, so darf nicht unerwähnt bleiben, daß im Gefolge der bisher beschriebenen Veränderungen auch eine Vielzahl scheinbar geringfügiger Bereicherungen seines Daseins eingetreten waren, so z. B. die Fähigkeit, ins Kino zu gehen oder nicht nur Fachbücher zum Einschlafen zu lesen. Bei der begeisterten Lektüre von Stefan Zweigs *Sternstunden der Menschheit* - einen Monat vor Therapieende - vergleicht sich der Patient mit dem alten Goethe, dessen Verliebtheit in

den *Marienbader Elegien* ihm so recht nahegebracht hat, daß "ein alter verknorrter Baum sich auch wieder verjüngen kann".

Gemessen an einem Ideal der vollständigen Analyse ist diese Behandlung schmerzlich unvollständig. Ihre Beendigung erfolgte vorwiegend durch die wohl realistische Einschätzung, daß Herr Kurt Y keine wissenschaftliche Karriere machen würde und sich als experimenteller Naturwissenschaftler im Alter von 36 Jahren schwer tun würde, eine geeignete Stelle zu finden. Nach sehr langem, quälendem Suchen gab ein Angebot, in einer Provinzstadt die Leitung eines Labors zu übernehmen, den Ausschlag für die Beendigung der Analyse. Katamnestic hat der Patient beim einem Besuch Jahre später mich wissen lassen, dass diese Entscheidung für ihm mehr als richtig war.

In einer der letzten Stunden thematisierte er die für ihn wichtige Frage, ob er Spuren an seinem Wohnort hinterlassen habe, ob er bei seinem Analytiker auch einen bleibenden Eindruck machen konnte - eine Frage, die bislang sorgfältig von ihm vermieden worden war. Er hatte immer auf die Schätzchen der Chefs geschimpft, auf die, die sich einschmeicheln können, während er seine Liebe für den Chef nur in den endlosen Nachtstunden am Computer sprachlos hatte ausdrücken können. Er beschäftigt sich damit, ob es nicht besser für ihn sei, auf solch einen Wunsch ganz zu verzichten, "schließlich solle man auf dem Bahnhof keine unlösbaren Fragen mehr aufwerfen". Als Einzelkind aufgewachsen hatte er über die ganze Behandlungszeit hinweg die Rolle von "Geschwistern", Mitanalysanden vermieden und meine Hinweise darauf zurückgewiesen.

In der vorletzten Stunde spricht er über die Erfahrung mit dem Rorschach-Test; den Testleiter kann er nur vage beschreiben. Aber den Umgang mit den Tafeln hat er ganz anders erlebt als am Anfang. Nicht mehr jene ängstliche Erwartungshaltung, sondern eine ihn beglückende Erfahrung, sie unter seiner Kontrolle zu haben, mit ihnen spielen zu können. Von den "ulkigen Tafeln" kommt er selbst auf die Möglichkeit, daß er anfangen könne, etwas zu malen, daß er besonders Herbstblätter jetzt malen würde mit ihren vielen Farben. "Früher war für mich alles grau in grau", fügt er hinzu, "heute sehe ich Farben".

Geben wir dem Patienten das letzte Wort in der Beurteilung des Behandlungsergebnisses, indem wir aus der letzten Stunde einige Passagen wiedergeben.

Die letzte Sitzung

P.: *Ja, ich finde irgendwie, es war - auch vom Erlebnis her - einiges nehme ich mit. Die Stunden hier, es war - na, ich wollte es elegant sagen, aber mir flacht das Wort weg. (Pause) Ja, ich würde einfach sagen, es war ein Erleben, das war es nun wirklich. Ja, ich weiß gar nicht mehr, was eigentlich alles war. Sicher, es hat mir nicht immer gefallen, aber offensichtlich liegt es auch darin, der Erlebniswert. (Pause)*

A.: *Dieses Erleben hier, was war das wohl? Was war hier so anders, das Sie nirgendwo sonst in der Weise bisher finden konnten? (Pause)*

P.: *Nun, ich glaube, das war fast wirklich - daß ich hier - wenn ich hierher zu Ihnen kam, dann hatte ich den Eindruck, daß ich wieder aus der Ecke, in die ich abgerutscht war, herauskommen konnte. Ja, vielleicht ist es so zu bezeichnen, daß ich eigentlich mich hier nicht zu schämen brauchte, mich zu schämen brauchte über die Ecke, in der ich mich befand. Und das hat anscheinend genügt, ja aus der Ecke herauszukommen. (Pause) Und was heißt das Schämen, ich glaube, das steckt also auch drin, daß ich das überhaupt aussprechen konnte. Denn das Schämen spricht man nicht aus, man zieht sich zurück, man versteckt sich. Das Sichverstecken konnte hier unterbrochen werden. Ja, da drüber zu reden und in diesem Sinne zu überlegen, das selbst zu erleben - das war, glaube ich, immer ein bestimmter Bestandteil von diesem Punkt da, von dem aus man mir - von dem aus ich dann aus der Ecke wieder*

herauskriechen konnte, glaube ich. Das war, wie soll ich sagen, das Werkzeug, die Maschine, wodurch es mir gelang. (Pause) Nun, es verbindet sich, glaub' ich, dieser Tag, er erinnert mich an diese Behandlung. Daneben, konkreter, erinnere ich mich dieser Räumlichkeiten, der Örtlichkeiten und der Person eigentlich jetzt nicht. Da regt mich Ihre Person eigentlich mehr mit der Stimme an, ja, ich sag', das war das Werkzeug, wieder aus dem Gefängnis herauszukommen. Ja, das war eigentlich eine Verstrickung des Herauskommens. (Pause) Eine Verstrickung, die - ich erinnere mich auch selbst nicht - ja, die nicht lösbar war. (Pause) Ja, ich glaube, es dreht sich eben jetzt im wesentlichen darum, daß mir hier einfach Raum eingeräumt wurde - Raum jetzt im übertragenen Sinne, den ich offensichtlich gesucht habe und den ich aber nur zögernd habe annehmen können. Und dieser Raum ist vielleicht ein Zeichen dafür - für das Sich-aussprechen-Können.

A.: Und es scheint doch ein Raum zu sein, der Ihnen verlorengegangen ist, oder den Sie vielleicht nie gekannt haben, in der Enge, in dem Behütetsein, in der Einschränkung, in der Sie groß geworden sind.

P.: Ja, ja, nun - er war mir auf jeden Fall sehr stark verlorengegangen - ja nun, ich weiß gar nicht, ob ich ihn mal gekannt habe - jetzt habe ich auch bei meiner Frau mehr Raum gefunden.

A.: Na, weil Sie vielleicht hier auch die Erfahrung gemacht haben, daß Sie diesen Anspruch stellen können.

P.: Ja ja, das war - sagen wir - eine langsame, eine mühsame, mühsame möchte ich fast sagen, eine mühsame Entdeckung, aber echt würde ich sagen Entdeckung, wo ich dann also allmählich erfahren habe, ja, daß ich diesen Raum beanspruchen kann. Vielleicht sag' ich jetzt ganz zum Schluß sogar, ja, ich kann es beanspruchen, so etwas. Beanspruchen - ein Wort, das mir jetzt klingt - wenn ich an die Stelle denke, die ich jetzt antrete, da hab' ich mir vorgenommen, ich kann das beanspruchen, das sage ich mir, ich kann den Raum beanspruchen - im übertragenen Sinn. Und nicht mehr diese Ungewissheit haben, wenn ich etwas konkretisieren muß, ich werde dann beanspruchen, daß ich ernstgenommen werde, wenn nicht, dann werde ich böse sein. Dann werde ich's mir nehmen - dann werd' ich drum kämpfen. Ich kann beanspruchen, daß ich hier in meiner Art auftrete, daß ich jetzt mit meinem Stil hier auftrete. Das ist erst so allmählich aufgetreten, fast erst gegen Schluß hier, daß ich mir eingeprägt habe, wo ich mich daran gewöhnen konnte zu beanspruchen und das damit gleichbedeutend ist, daß mir etwas zusteht. (Pause) Ja, das ist erst so allmählich aufgetaucht. Ja auf der Skala, wo ich den Anfang und das Ende vergleiche, da kann ich jetzt beanspruchen, daß ich auch hier soviel erlebe. Ich bin kein Hampelmann nicht.

Die doppelte Verneinung bedeutet in dem Dialekt, den der Patient spricht, eine Verstärkung dieser Verneinung. Der Patient drückt also sehr bestimmt nach 4jähriger Analyse aus, daß er kein Hampelmann mehr ist. Der darin zum Ausdruck kommenden umfassenden und tiefgreifenden Veränderung seines Selbstwertgefühls möchten wir nur noch den Gedanken hinzufügen, daß solche Veränderungen an das Wiederfinden der körperlichen und geistigen Bewegungslust gebunden sind. Schließlich dient der Hampelmann dem Patienten als Metapher eines unbelebten Spielzeugs, dessen festgelegte Bewegungen durch einen anderen und nur von außen in Gang gesetzt werden können.