

Psychosomatische Reaktionen während psychotherapeutischer Behandlungen als individuelle Ausdrucksformen im „Organdialekt“

Thomas Reinert, Velbert-Langenberg

Dezember 2008

Zusammenfassung: Immer wieder kommt es in v. a. langzeitigen psychoanalytischen Behandlungen zu somatischen Erscheinungen, die häufig dann nur als von der Therapie unabhängige „Störfaktoren“ oder bestenfalls „Widerstands-Phänomene“ angesehen und interpretiert werden. Unter Umständen ist es aber möglich, diese Phänomene als direkten körpersprachlichen Ausdruck mit gleicher Aussagekraft wie verbale Äußerungen zu begreifen. Nach Adler spricht der Patient dann im „Organdialekt“.

Im Vortrag sollen Beispiele solcher Phänomene im Zusammenhang ihrer individuellen Bedeutung im Rahmen der jeweils vorliegenden Psychodynamik vorgestellt werden.

Im Jahre 1973 schrieb Siegfried Zepf: „Die Behauptung der Existenz psychosomatischer Erkrankungen folgt der klinischen Beobachtung, dass es organische und funktionelle Störungen gibt, die nicht organisch verursacht sind.“ An anderer Stelle: „Mit der psychosomatischen Organerkrankung sind die psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne wie das Magen- und Duodenalulcus, die Colitis ulcerosa oder das Asthma bronchiale gemeint“ (Zepf, 1973, Seite 9). Nimmt man noch die „Anorexia nervosa“ dazu, dann entspricht seine Auflistung den damals sogenannten „Holy Five“, also den weitgehend als Krankheiten „psychosomatischer Natur“ anerkannten Leiden. Der gesamte Rest an Erkrankungen, das heißt in Wirklichkeit: die ganz große Masse derselben, wurde damals noch als alleiniger Zuständigkeitsbereich der „somatischen“, also naturwissenschaftlichen Medizin empfunden und gelehrt. Ende der 70er Jahre, nämlich 1978, zeichnete sich aber bereits eine breit angelegte Änderung der Denkweisen und Öffnung der Medizin gegenüber einer anderen Sichtweise ab: Damals schrieb Cremerius über die psychosomatische Medizin als solche: „Es ist die Erweiterung des Blickes über die biologische Einmaligkeit dieses Kranken hinaus auf seine einmalige und höchst individuelle Art des Menschseins. Während in der Forschungsrichtung, die die ätiologischen Momente außerhalb des Kranken sucht, der Mensch Objekt eines unverständlichen und geheimen Schicksals ist, das, einmal begonnen, mit der Autonomie von Naturgesetzen sich vollzieht, wird er jetzt Subjekt, das sich selber um ein Verstehen seines Krankseins bemüht“ (Cremerius, 1978, Seite 87). Der Mensch als Subjekt, das sich selbst um ein Verstehen seines „Krank-Seins“ bemüht. Die Diskussion ging weiter, und bald gab es Autoren, die konsequent sogar den Begriff der „Psycho-Somatik“ in Frage stellten: „Es geht um die Erläuterung des Verhältnisses zwischen ‚Psyche‘ und ‚Soma‘. Doch - um nur einen Teil der Schwierigkeiten anzudeuten - auch das ist bereits die falsche Sprache: Es gibt kein ‚Verhältnis‘ zwischen Psyche und Soma. Mehr noch, es gibt, außer in psychologischen Lehrbüchern, keine Psyche, und es gibt, außer in medizinischen Lehrbüchern, kein Soma. Auch der Begriff ‚Psychosomatik‘ taugt vorerst nicht dazu, diese Verwirrung aufzuheben. ... Wie auch immer diese Verschmelzung gedacht wird (kausal - oder formgenetisch oder einfach nur empirisch), in jedem Fall tragen die zu verschmelzenden Partikel bereits das falsche in sich und noch einmal, die Rede von der ‚Einheit‘ (das das Eine ohne das Andere nicht sein kann) bringt zu wenig Klarheit über den gemeinsamen Herstellungsprozess“, dies schrieb Peter Orban (1981/1988, Seite 12). Unschwer lässt sich erkennen, dass die drei Zitate, zwischen deren Ursprüngen jeweils nur wenige Jahre liegen, sukzessive

hinführen zu einer Denkweise, die ganz deutlich mit dem Begriff „Ganzheitlichkeit“ zu bezeichnen ist. Es ist in gewisser Weise kurios, wenn man in der Wissenschafts- und insbesondere Medizin-Geschichte sich ansieht, wann was postuliert, vertreten oder auch verworfen wurde. Keineswegs ist diese Wissenschafts- und Medizin-Geschichte ein Kontinuum ohne Brüche oder ohne zum Teil Parallel-Forschungen, die aber dann in der Regel nicht miteinander in Diskussion traten sondern sich oft bekriegten, wobei zeitweise dann die eine Lehrmeinung den öffentlichen Diskurs beherrschte, die andere dagegen ein Schattendasein fristete, bis sich unter irgendwelchen äußeren Umständen die Verhältnisse evtl. dann umkehrten. Von den 70er und 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts, aus denen ich eben Arbeiten zitiert habe, möchte ich deshalb einmal in der geschichtlichen Chronologie zurückgehen bis in die 20er Jahre des selben Jahrhunderts und den Blick lenken auf Diskussionsbeiträge früher Alfred-Adler-Schüler: So äußerte sich Erwin Wexberg 1928 zum Thema folgendermaßen: „Jeder Organismus stellt eine in sich geschlossene Einheit dar. Gerade dadurch unterscheidet er sich von der unbelebten Materie. ... Ein Organismus ... lässt sich nicht spalten, er ist unteilbar - In-Dividuum - und lebt nicht mehr, ist also kein Organismus mehr, sondern tote Materie, wenn man ihn zerteilt. ... Was für den Organismus im allgemeinen gilt, gilt auch für die körperlich-seelische Einheit des menschlichen Organismus, für die menschliche Persönlichkeit. ... Jeder Mensch ist Zweck seiner selbst. Seiner Selbsterhaltung dienen alle seine Funktionen. Jedes seiner Organe ist nur sinnvoll in Beziehung auf den Gesamtorganismus. ... Biologisch gesehen, stellt das, was wir die Seele nennen, einen Komplex von Funktionen dar, die genauso der immanenten Zielsetzung des Organismus dienen wie andere Funktionen, denen nichts Seelisches anhaftet“ (Wexberg 1928/1974, Seite 12 - 14). Kaus, ein anderer Adler Schüler, nennt in diesem Zusammenhang die „Seele“ ein „Sicherungsorgan“ für den Menschen „im Kampf ums Dasein“ (Kaus, 1926).

Sein Kollege Kronfeld (1926, Seite 3) kritisiert die Herangehensweisen der damaligen psychologischen Richtungen an den Menschen in einer Art, die, betrachtet man die gegenwärtige Medizin-Diskussion, von einer erstaunlichen Aktualität zeugt: „... Wenn wir aber die empirisch-psychologischen Erkenntnisweisen betrachten: die physiologische Psychologie und die naturwissenschaftliche Elementarpsychologie, die deskriptive Psychologie und die funktionale Psychologie, die erklärende und dynamische Psychologie und die Psychoanalyse Freuds, so gilt von ihnen allen - von den äußerlichsten und schematischsten an, bis zu den ganz verfeinerten und vertieften, dass sie etwas gemeinsam haben: Sie sammeln empirische Materialien, Gleichartigkeiten und Wiederholungen von Seelischem, und sie verknüpfen solche Gleichartigkeiten zu induktiven Gesetzen. Aus diesen Gesetzen wiederum erklären sie determinierend die konkrete Wirklichkeit des psychischen Einzelgeschehens. Sie stehen alle dem Seelischen gegenüber wie einem äußeren Naturobjekt, einem mikroskopischen Präparat, einem chemischen Versuch. Sie beobachten es gewissermaßen in seiner Mechanität. Diese Mechanität aber ist eine von der äußeren Naturwissenschaft übernommene Maxime“. Dem stellt die Individualpsychologie eine konsequent ganzheitliche Betrachtungsweise gegenüber. Dazu Hutterer - Krisch (1996): „Adler ging davon aus, dass jede Emotion, sei es Zorn, Angst, Sorge oder eine andere Emotion, bis zu einem gewissen Grad Ausdruck im körperlichen Bereich findet. Seelische Spannungen beeinflussen das zentrale und vegetative Nervensystem. Adler betont, dass durch das vegetative Nervensystem der ganze Körper an der seelischen Spannung teilnimmt. Der Körper gerät auf den Wegen des vegetativen Nervensystems ..., der endokrinen Veränderungen in Bewegungen, die sich in Änderungen der Blutzirkulation, der Sekretion, des Muskeltonus und fast aller

Organe äußern können. So wirkt sich der seelische Prozess auf den Körper aus. Es ist deshalb notwendig, nach diesen wechselseitigen Wirkungen von Seele auf Körper und Körper auf Seele zu suchen, denn beide sind Teile des ganzen, mit dem wir es zu tun haben“. Ein Jahr früher (1995) hatte Schmidt (Seite 60/61) in dem selben Sinne die individualpsychologische Sichtweise folgendermaßen erklärt: „Adlers ganzheitliches Modell lässt (also) eine Trennung von Soma und Psyche nicht zu. Eine Trennung von rein somatisch zu erklärenden Krankheiten gegen solche, die als rein psychisch verursacht anzusehen sind, wäre nach diesem Modell unsinnig. Einem individualpsychologischen Verständnis entspräche die Annahme einer psychosomatisch-somatopsychischen Ganzheit, in welcher Soma und Psyche zusammenwirken, in welchem die Gewichte aber auch - im Rahmen dieser Ganzheit - von einer zur anderen Seite verschoben sein können. Immer - wenn auch die Gewichte verschoben wären - müsste Krankheit auch verstanden werden als Ausdrucksform des ganzen Menschen, wie Adler sagt, als Ausdrucksform des Lebensstils“. Adler und sein Kollege Furtmüller benannten 1914 (Seite 114) diese körperlichen Ausdrucksformen des Lebensstils als den „Organdialekt“. Also als so etwas wie eine Sprache außerhalb der Sprache, nämlich eine Art Körper-Sprache. Und damit ist an dieser Stelle eben nicht das gemeint, was Samy Molcho betreibt und lehrt. Und genau mit diesem „Organ-Dialekt“ also dem unmittelbaren körper-sprachlichen Ausdruck möchte ich mich jetzt etwas näher beschäftigen: Es ist ja oft so, dass wir bei der Arbeit mit Patienten von der Entstehung körperlicher Symptome und Erkrankungen anamnestisch erfahren und ganz nebenbei gesagt wird, dass diese oder jene körperliche Phänomene parallel mit zu ihrer Entstehungszeit abgelaufenen konfliktuösen Lebensperioden oder -ereignissen aufgetreten seien. Die Koinzidenzen fallen hier oft auch Untersuchern auf, die selbst gar keine „Psychosomatiker“ sind, sie sind z. T. eklatant und eigentlich unübersehbar: In meiner Assistenzarztzeit in der Neurologie hatte ich einen Chefarzt, der selbst überhaupt nichts zu tun hatte mit Psychosomatik, ein akribisch arbeitender Neurologe und Wissenschaftler. Nachdem ihm aufgefallen war, dass zahlreiche seiner sogenannten „Rücken-Patienten“ also solchen mit Wirbelsäulenbeschwerden, psychische Konflikte aufwiesen, ging er dazu über, systematisch Psycho-Anamnesen zu erheben und kam zu dem Ergebnis, dass fast all diese Patienten kurz vor Ausbruch ihrer Beschwerdebilder Verluste erlebt hatten, Demütigungen, Niederlagen und ähnliche Negativ-Ereignisse. Aber das waren sämtlich retrospektive Erhebungen, denen man immer wieder vorwerfen kann, konstruiert zu sein und damit nicht wissenschaftlichen Bewertungskriterien standzuhalten. Das ist in naturwissenschaftlicher Sichtweise sogar richtig. Ganz anders ist das, wenn man solche Phänomene quasi in „Statu nascendi“ erlebt, also in ihrer Entstehung und dabei die unmittelbare Erfahrung einer Umsetzung seelischer Problematik in durchaus sehr ernste somatische Phänomene machen kann.

Ich möchte Ihnen zwei Beispiele vorführen von Patienten, bei denen ich mit eigenen Augen und Sinnen und innerhalb der direkten therapeutischen Arbeit erleben konnte, wie körperliche Symptomaten entstanden und damit der unmittelbaren Zusammenhangs-Betrachtung zugänglich wurden.

Vorweg schicken möchte ich eine kurze Beschreibung meiner therapeutischen Arbeit. Außerhalb der Leitung einer Fachklinik für Suchtkrankheiten führe ich in begrenztem zeitlichem Ausmaß auch modifiziert analytische Langzeitbehandlungen von Patientin/innen mit schweren Persönlichkeitsstörungen durch, vor allem solchen auf Borderline-Funktionsniveau. Die Arbeitsweise ist den Krankheitsbildern angepasst: Das heißt: die klassische Psychoanalyse hat hier überhaupt nichts zu suchen; analytisch an der Arbeitsweise

sind allerdings das Denken, die analytischen Erkenntnisse zur Psychodynamik, die Grundhaltung einer größtmöglichen Zurückhaltung des Therapeuten und einer Gestaltung des Settings durch den Patienten/die Patientin sowie die Anwendung des Instrumentes der Deutung. Es gibt Patienten, bei denen das symbolische „Abstraktionsfähig-Machen“ auftretender Phänomene verbal überhaupt nicht gelingt und bei denen das „Prinzip Deutung“ eher ersetzt werden muss durch das „Prinzip Antwort“, wie es Heigl-Evers und Ott (1994) formuliert haben. Meine grundsätzliche Vorgehensweise ist zunächst einmal analytisch in „adlerianisch-individualpsychologischer Version“; und zwar in der Weise, dass ich dem Patienten buchstäblich das Feld überlasse im Therapieraum, der eigentlich nur ausgestattet ist mit Matratzen, Kissen, Decken, etlichen Stofftieren, in der Ecke einem Sandsack und einem Schild. Der Patient kann diesen Raum verändern nach Belieben, wobei wir uns dann nur anschauen, was er warum wie verändern möchte. Selbstverständlich ist die Leiblichkeit des Patienten permanent im Behandlungsprozess präsent; der Körper wird als substantiell sichtbarer Teil des Menschen mit all seinen Attributen und Äußerungsformen in das Geschehen einbezogen. Es kann zum Beispiel vorkommen, dass eine Stunde so verläuft wie die einer schwer borderline-kranken Patientin, die sich in einer Sitzung zunächst überhaupt nicht wohl fühlte und dann die Phantasie hatte, der Raum enthalte viel zu viele Sachen, sie wolle ihn leerräumen. Das taten wir zusammen, was einige Zeit in Anspruch nahm, dann war er wirklich buchstäblich ein Hohl-Raum, in dessen Mitte sie sich mit ausgebreiteten Armen und Beinen auf den platten Boden legte und dann erklärte, jetzt fühle sie sich „richtig“ und wohl, jetzt entspreche nämlich der Raum ihrem Inneren. Das war dann der Ausgangspunkt der Thematik für diese Sitzung. Die Patienten bleiben recht lange in Behandlung, es sind über sechs bis acht Jahre hinweg durchaus Stunden-Volumina von 600 bis 800 erreicht worden. In der Regel rechtfertigt der dann zu erzielende Behandlungs-Erfolg diese lange Behandlungszeit durchaus: Strukturell schwerstgestörte Patienten verfügen meist nur über eine geringe Teilhabe am Leben und behalten sich die Option vor, sich irgendwann umzubringen oder so zu verstümmeln, dass die weitere Lebensführung dauerhaft schwer beeinträchtigt ist; oder aber sie vegetieren in seelischem Elend dahin und greifen eventuell, um dies aushalten zu können, auf Drogen oder sonstige Außen-Stimulationen zurück. Solche Menschen haben hier eine Chance, zu einer wirklichen eigenen Ich-Struktur zu gelangen und von da aus ein Leben in einer relativen Autonomie zu führen, manche der Patienten gesunden tatsächlich so weit, dass sie keinerlei Symptomatik mehr aufweisen, normal arbeits- und beziehungsfähig sind, auch, um einmal den finanziellen Aspekt der Therapiekosten zu tangieren, ihr eigenes Geld hinterher selbst verdienen können und dementsprechend auch wieder Krankenkassenbeiträge zahlen.

Der erste Fall, den mit mir zu betrachten ich Sie einladen möchte, ist der von Carola, einer bei Therapiebeginn 43jährigen Frau, die nicht ganz so schwer gestört war in ihrer Persönlichkeitsstruktur wie viele andere meiner Patienten und Patientinnen. Sie war dauerhaft berufsfähig, litt allerdings, sie war im sozialen Bereich tätig und hatte dauernd mit Menschen zu tun, unter einer immer wieder aufbrechenden erheblichen depressiven Symptomatik und, vorrangig, einem Zwangs-Weinen, das sie an allen möglichen und unmöglichen Orten und in Situationen ereilte, in denen es als vollkommen unpassend erlebt wurde. Es kamen Beziehungs-Probleme hinzu, sie brachte es nicht fertig, Partnerschaften über längere Zeit einzugehen, litt andererseits aber auch unter Einsamkeit, die in der Lage war, die Depression wieder massiv zu fördern. Sie wies erhebliche Insuffizienz-Gefühle auf, obwohl sie eigentlich in ihrem Beruf akzeptiert und

anerkannt war und nichts objektiv darauf hinwies, dass sie dem Beruf nicht gewachsen sein könnte. Sie unterhielt zwar Freundschaften, dies aber immer „auf Distanz“, konnte wirkliche Nähe nur punktuell erleben und zulassen, musste dann sofort wieder eine schützende Distanz herbeiführen, um nicht in Unruhe und körperliches Unwohlsein hineinzugeraten.

Die Therapie konnte in diesem Falle, was für meine Patienten eher ungewöhnlich ist, von vornherein im Liegen durchgeführt werden, wobei ich ihr schräg gegenüber saß und die Behandlung, wie bei Adler üblich, „face-to-face“ erfolgte. Sie berichtete eine Kindheits-Situation, in der sie als drittes von fünf Kindern ihrer Eltern geboren wurde und zwar als Zwilling, als solcher war sie etwa eine halbe Stunde vor ihrem Bruder zur Welt gekommen. Sie war also, wenn man so will, der „erstgeborene Zwilling“, was in einer Dynamik unter Zwillingen von ganz großer Bedeutung ist. Die wissen immer, wer der erstgeborene und wer der nachgeborene Zwilling ist und selbst eineiige, und sich auch „wie ein Ei dem anderen“ gleichende Zwillinge entwickeln unter sich bei aller sonstigen Gleichheit im Verhalten eine Dynamik wie zwischen einem früher geborenen älteren und einem jüngeren Geschwister. In diesem Falle war es so, dass sie also als erste das Licht der Welt erblickt hatte, aber eben ein Mädchen war, das in der sehr konservativen bis faschistoiden Atmosphäre ihrer Herkunftsfamilie gefühlsmäßig gleichgesetzt wurde mit „nachrangig“. Also wurde als „das eigentliche Kind“ bei dieser Geburt ihr Bruder angenommen und behandelt. Sie war in der ganzen Haltung der Familie „überflüssig“. Später in der Therapie hatte die Patientin zufälligerweise Gelegenheit, mit einer alten Tante über frühere Zeiten zu sprechen, die ihr bei der Gelegenheit erzählte, die Mutter sei vom Arzt, der bei ihr die Zwilling-Schwangerschaft festgestellt gehabt hatte, weinend durch die Stadt laufend zurückgekehrt und sei todunglücklich gewesen, jetzt auch noch Zwillinge zur Welt bringen zu müssen. Die Patientin wurde im Alter von etwa 3 Jahren als einzige in der Familie tuberkulose-krank. Diese Krankheit heißt mit ihrem alten deutschen Namen „Schwindsucht“. Welche Symbolik! Sie kam, ohne dass man ihr dies groß klargemacht hätte, wann das weshalb und wie lange erfolge, als einzige in ein Erholungsheim, dort war sie unter Fremden und unter nach heutigen Maßstäben menschenunwürdigen Bedingungen untergebracht, es herrschte ein autoritärer, nicht-achtender Umgangston und die tuberkulosekranken Kinder wurden normiert „abgefertigt“ und versorgt. Sie wurde seitens der Eltern überhaupt nicht besucht, hatte keinen Kontakt nach Hause und wurde, nachdem sie ein halbes Jahr später wieder in ihre Familie zurückkehrte, auch nicht besonders intensiv begrüßt. Aha, sie sei also wieder da. Na ja, dann möge sie mal wieder anfangen, mitzuwirken. Dieser Umgangsstil entsprach auch sonst der Atmosphäre in diesem Haus: Die Kinder hatten diszipliniert ihre Leistung zu erbringen, es wurde nicht üppig mit Lob und Anerkennung umgegangen, Geschenke bewegten sich auf eher niedrigem Werte-Niveau. Immer hatte Carola das Gefühl gehabt, hinter ihren anderen Geschwistern und auch ihrem Zwilling Bruder eingeordnet zu werden, eigentlich vollkommen unbedeutend und entbehrlich zu sein. In der Zeit ihres Erholungsaufenthaltes hatte ihr niemand signalisiert, dass er sie vermisse oder auch hinterher dass er sie vermisst hätte. Sie war ein recht eingeordnetes unkompliziertes Kind, das keinerlei besondere „Unartigkeiten“ aufwies oder „Missetaten“ beging nach den Maßstäben der damaligen Zeit. Trotzdem erinnerte sie sich, etliche Male wegen Nichtigkeiten von ihrem Vater, in geringerem Maße auch von der Mutter, „halb tot“ geschlagen worden zu sein. Bei solchen Schläge-Orgien hatte sie ein ums andere Mal das Gefühl gehabt, es könne „durchgehauen werden bis eben zum Tod“. Da sie intelligent war, wies sie unter dieser Druck-Atmosphäre

durchaus gute Schulleistungen auf, reüssierte und erlangte auch das Abitur. Sie studierte und wurde nahtlos berufstätig. Glücklicherweise wurde sie in keiner einzigen Lebensperiode. Ihr Leben war immer geprägt von dem Gefühl, „eigentlich“ kein Recht zu haben auf irgendetwas, weder auf einen Platz in der Welt noch auf irgendeine Vergünstigung seitens anderer, noch überhaupt auf das, was sie zum täglichen Leben brauchte. Die einzige Möglichkeit, dieses Recht auch nur andeutungsweise zu „erobern“ bestand darin, konstant eine unabwiesbare und ihre Unwertigkeit wenigstens vordergründig widerlegende Leistung zu erbringen.

In Hinsicht auf Körperlichkeit, Annahme, Geborgenheits-Gefühl erinnerte sie eine kühle, körperferne Atmosphäre, kein „Auf-den-Arm-genommen-Werden“ als Kind, kein „Kuscheln“ und ähnliches. Vielmehr schien sie, wenn sie solche Bedürfnisse an die Eltern herantrug, eher „lästig“ zu sein und wurde auch in der Regel nach kurzer Zeit ab- oder zurück-gewiesen.

Im Rahmen der Therapie gelang ein regressiver Prozess, in dessen Verlauf die Patientin auch in einer Stunde aktuell das Bedürfnis verspürte, „gehalten“ zu werden. Es gehört zu meiner Arbeit dazu, derartige Impulse von Patienten durchaus aufzugreifen aber nicht im Sinne einer etwaigen in oraler Weise Bedürfnisbefriedigenden, nach-nähren wollenden Art mit dem etwaigen Ziel einer „korrigierenden emotionalen Erfahrung“; die gibt es grundsätzlich überhaupt nicht. Nein, es geht hier vielmehr um eine „korrektive“, also eine Neu-Erfahrung des Patienten, die ermöglicht, das Gefühl des z. B. „Gehalten-werdens“ als Erfahrung zu erleben und die damit verbundenen Gefühle wahrzunehmen. Häufig ist das ein ganz wichtiger Punkt in der Behandlung, weil von da an der Patient so etwas wie die Erfahrung in sich trägt: Es ist möglich! Es ist keine Illusion! Ich habe ein gleiches Recht und gleiche Möglichkeiten wie alle anderen Kinder auf der Welt früher hatten, Nähe und Zeit eines anderen Menschen „einfach so“ in Anspruch zu nehmen, ohne dass dies als lästig oder als unberechtigt oder als „möglichst schnell zu beenden“ empfunden wird. Im Sinne von Ricardo Rodulfo (1996/2004) wird dem Patienten in einer solchen Situation nachholend „ein Ort geschenkt“, sowohl im wörtlich-räumlichen Sinne, als auch im zeitlichen Sinne als auch in dem, für einen anderen Menschen die Bedeutung zu haben, dessen Zeit, Aufmerksamkeit usw. in Anspruch nehmen zu dürfen. Von da aus entwickeln sich dann die weiteren Gefühle zum Teil in recht schneller Folge: Die Sehnsucht wird wach, darf zum ersten Mal voll zum Ausdruck gebracht werden, die Trauer taucht auf, das alles früher nicht gehabt zu haben und, und das ist ein extrem wichtiger Punkt, dann kommt es auch zur Wahrnehmung von Wut, nämlich darüber, dass diesem Menschen in seiner Kindheit die Erfüllung dessen vorenthalten wurde, was Adler beschreibt mit dem „natürlichen Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes“. Wenn dies der Fall ist, wenn also die Wut auftaucht, ist dies in der Regel der entscheidende Punkt in der Behandlung, von da aus läuft die Entwicklung des Patienten meistens „von alleine weiter“, der Therapeut ist nur noch Begleiter, die Gegenübertragung in den Stunden ist immer mehr die eines den Ablösungsprozess begleitenden Vaters oder einer Mutter, bis eben dann die Ablösung später erfolgen kann.

Also bei Carola kam es zur Wahrnehmung dieses Bedürfnisses. Das hieß aber noch lange nicht, dass sie das als solches auch äußern konnte. Ich merkte, dass sich die Thematik immer mehr darum verdichtete,

sich nie gehalten gefühlt zu haben, da ein Defizit in sich zu tragen und eigentlich ohne Hoffnung zu sein, jemals so auf der Welt sein zu können, wie andere Menschen auch. In dieser Situation bot ich ihr an, sie einmal zu halten. Sie war zunächst sehr erstaunt, zögerte auch, brauchte auch noch zwei Sitzungen; in der Zwischenzeit ließ sie auf sich wirken, was ich da angeboten hatte. War das denn „in Ordnung“, dass der Therapeut, der Psychoanalytiker, „anfasst“? Sie hatte letztendlich das Vertrauen, sich auf dieses (aus ihrer Sicht) Experiment einzulassen. Sie tat es mit Zögern und Unsicherheit, ich setzte mich also auf den Matratzenstapel, der in meinem Therapieraum als Liegemöglichkeit vorhanden ist, den Rücken an der Wand, und sie setzte sich seitlich neben mich, lehnte schließlich ihren Oberkörper gegen meinen, wobei ich sie mit meinen Armen umfasste und sie ihren Kopf an meine linke Schulter legte. Kaum nahm sie (zum ersten Mal) diese Lage ein, brach ein heftiges Weinen aus ihr heraus, der ganze Körper wurde davon geschüttelt, sie musste auch nach zehn Minuten diese Situation beenden, länger hielt sie die nicht aus. Auf meine Frage hin, was sie veranlasste, von sich aus die Situation wieder aufzuheben, erklärte sie mir, sie habe meine Geduld nicht überstrapazieren wollen, habe fest damit gerechnet, ich würde sie als „zu schwer“ empfinden, damit dann aber auch als negativ und würde die Situation von mir aus dann bestrebt sein, möglichst bald zu beenden. Dem hatte sie entgegen wirken müssen. In der Woche darauf, dazwischen lag also ein Wochenende, erschien die Patientin in einem körperlich ramponierten Zustand, sie hatte ein schmerzhaftes Schulter-Arm-Syndrom auf der rechten Seite entwickelt, das ausgesprochen störte und sie bei der Berufsausübung (Schreiben usw.) deutlich behinderte. Sie war beeinträchtigt beim Tragen von Taschen, beim Autofahren usw. Selbstverständlich suchte sie, nachdem einige Tage der Ruhe keine Besserung bewirkt hatten, einen Orthopäden auf, der die entsprechenden Untersuchungen einleitete, vor allem natürlich Röntgenaufnahmen anfertigte, die den „handfesten“ Befund einer „Kapselverkalkung“ im Bereich des Schultergelenkes erbrachten. Diese wurde nun behandelt mit den üblichen Maßnahmen orthopädisch-medizinischer Anwendungs-Praxis: Medikamentös mit entzündungshemmenden Mitteln, dazu mit Bestrahlung, selbstverständlich unter Beibehaltung von Schonung im Alltag und parallel Durchführung gezielter Krankengymnastik. Der Befund besserte sich nicht. Weitere Diagnostiken erbrachten keine zusätzlichen Befunde, aber immerhin es gab ja da eine Verkalkung der Gelenkkapsel und auch noch Kalkspuren im Bereich einer größeren Sehne, das waren ja schon Erklärungs-Muster genug. Die Sache zog sich aber hin. Es wurden weitere therapeutische Maßnahmen verfolgt wie Bestrahlung, Unterwassermassage, Packungen usw. Es wurde nicht besser. Selbstverständlich versuchte ich immer wieder, mit der Patientin die Angelegenheit zu thematisieren und im adlerschen Sinne die Bedeutung des jetzigen (körperlichen) „Krank-Seins“ für die Patientin in der Lebenssituation zu erörtern. Das verfiel aber nicht groß, sie war davon überzeugt, da Verkalkungen zu haben, und das habe ja nun mit der Psyche überhaupt nichts zu tun, das müsse man ja nun, dem Orthopäden folgend, einsehen. Es war vorübergehend das auch nicht weiter zu thematisieren. Die Urlaubszeit kam und die Therapie hatte drei Wochen Pause. Sie versprach sich vom Urlaub auch eine bessere Behandlung ihrer Schulter, hatte die Hoffnung, mittels ausgiebiger Bäder, Packungen, Massagen jetzt hier die Linderung herbeiführen zu können. Das war aber nicht der Fall. Sie kehrte nach dem Urlaub zwar sonst erholt, aber doch relativ deprimiert zurück, weil sie auch im Urlaub große Schwierigkeiten mit dem Arm gehabt hatte, zum Beispiel beim Schalten im Auto. In der ersten Sitzung nach den Ferien sinnierte sie voll Verzweiflung, dass das Ganze ja vielleicht doch etwas mit der Stunde zu tun gehabt haben könne, in der ich sie zum ersten Mal „gehalten“ hatte. Der Schmerz

hatte sie auch daran gehindert, diese Erfahrung noch einmal machen zu wollen, nunmehr hatte sie aber im Urlaub die Idee gehabt, dass ja eigentlich hinter diesem ganzen Schmerz verloren gegangen war, dass die Erfahrung des Gehalten-Werdens ja etwas Wunderbares gewesen war, das sie sehr genossen hatte und das bei ihr ja auch mit tiefer seelischer Bewegung verbunden gewesen war. Ich schlug ihr im Laufe dieser Sitzung vor, die Position noch einmal einzunehmen und sie war einverstanden. Wir achteten gemeinsam besonders darauf, dass die Schulter nicht auflag und nicht belastet wurde. Wieder trat ein, was wir beim ersten Mal bereits erlebt gehabt hatten: Sie ließ in dem Moment des Gehaltenwerdens los, weinte bitterlich, was diesmal aber auch ausgehalten werden konnte, ich ermunterte sie, als sie nach zehn Minuten unruhig wurde, ihre Lage, wenn es für sie angenehm sei, durchaus noch beizubehalten, auf meiner Seite sei alles in Ordnung, sie sei weder zu schwer noch lästig noch sonst irgendwie negativ. Wieder handelte es sich um eine Sitzung zwischen der und der nächsten ein Wochenende lag. Ich hatte, als sie zur Folgesitzung erschien, beim Öffnen der Tür, um sie hereinzubitten, nicht mehr unmittelbar sofort im Kopf, was wir in der geschilderten Stunde gemacht hatten. Strahlend stand sie im Vorraum, hob beide Arme, also auch den rechten, höher als sie ihn seit langem hatte halten können und erklärte: „Weg!“ Sie hatte über das Wochenende eine kontinuierliche Besserung der Schmerzsymptomatik erfahren, hatte dementsprechend den Bewegungsraum des Armes und der Schulter selbst sukzessive ausgedehnt und war so gut wie beschwerdefrei, als sie dann zu mir zur Stunde fuhr.

Wir konnten retrospektiv das Abgelaufene durchaus verstehen: Im Rahmen ihrer „Frühstörungs-Dynamik“ hatte sie einfach beim ersten Mal mein Angebot, sie zu halten, auf der einen Seite ja mit einer unheimlichen Beglückung in Anspruch nehmen können, aber, wie ihr eigenes Setzen eines Endes nach zehn Minuten schon andeutete, doch als eine inadäquate, unangemessene und eigentlich ihr nicht zustehende Belastung meiner Person erlebt und folgerichtig mit einer Art Selbstbestrafung beantworten müssen, wobei ihr Körper es übernahm, dies in seiner Sprache auszudrücken. Dieses Erleben zeigte der Patientin, in welchem Maße sie noch den überaus strengen Überich-Gesetzen, die wesentlich ihre Eltern in sie hineingepflanzt hatten, verpflichtet gewesen war. Die Neuerfahrung jetzt machte ihr möglich, sich explosionsartig zu befreien von all diesen Beschränkungen, Verpflichtungen und Verboten. Die Therapie nahm einen guten weiteren Verlauf.

Ich möchte auf eine zweite Patientin zu sprechen kommen, Laura, bei Beginn der modifiziert-analytischen Behandlung 28 Jahre alt. Die Patientin hatte bereits etliche Therapien und Therapieversuche hinter sich, als sie auf Empfehlung einer Therapeuten-Kollegin, die sich von der Therapie ganz offensichtlich zurückziehen wollte, zu mir geschickt wurde. Die Patientin wies ein eindeutiges und bereits vorher umfassend diagnostiziertes „Borderline-Syndrom“ auf mit einem ganzen Spektrum von Symptomen, wie sie bei diesem Krankheitsbild typischerweise vorkommen:

- eine vollkommene Kontaktlosigkeit, ein Rückzug aus allen Bezügen, sie lebte alleine, hatte noch nie eine
engere Beziehung gehabt, konnte sich Nähe in keiner Weise vorstellen;
- sie führte ein eigenes inneres „Leben“, in das sie sich systematisch zurückziehen konnte, in dem eigene
Gesetze herrschten und vor allem, in dem sie ihren Phantasien freien Lauf lassen konnte;

- die Patientin hatte immer das Gefühl, „zu dick“ zu sein, obwohl sie schlank war, geradezu idelgewichtig,
gesund und sportlich von der Statur her; am Körper gab es nach medizinisch-objektiven Gesichtspunkten
nichts, aber auch gar nichts zu bemängeln. Sie war auch gesund und leistungsfähig;
- die Patientin stand unter der Ägide eines vollkommen rigiden Überichs, disziplinierte sich selbst nahezu
100prozentig und in allen Lebensbereichen, musste alles und jedes bis an den Rand des Zwanghaften im
Blick haben, nichts durfte ohne ihre Kontrolle stattfinden, alles wurde unter ihre Knute gezwungen;
- dies machte ihr natürlich Beziehungen eigentlich unmöglich: die anderen benahmen sich nicht „in Ordnung“, waren undiszipliniert, unberechenbar, nicht so, wie die Patientin es sich in ihrem Kopf vorstellte, dass Menschen zu sein hätten; also: man hätte sagen können: die anderen waren „lebendig“,
und genau das machte sie unberechenbar und ihr panische Angst;
- die Patientin verfügte über ein ganzes Repertoire an von mir so genannten „autoregulativen Mechanismen“, von der Ausschaltung jeglichen Gefühls über eben Ess-Verhaltens-Steuerungen, leichten und schwereren Selbstverletzungen, die Schnitte im Rahmen letzterer wurden ganz vorwiegend im Genitalbereich ausgeführt; es gab Situationen, in denen sie dann notfallmäßig vom Gynäkologen genäht werden musste;
- sie regulierte ihre Befindlichkeit immer „an der Grenze“, indem sie zum Beispiel sich Blut so lange abzapfte, bis sie am auftauchenden Schwindel merkte, dass jetzt bedrohliche Ausmaße erreicht waren,
sie hatte dann noch Hb-Werte zwischen 3 und 5 mg%;
- sie führte ihr Leben alleine und so, dass niemand auf der Welt an ihr irgendwie Anteil nehmen sollte, sie
vermied in dem Haus, in dem sie lebte, jegliche Lärmerzeugung, indem sie ihr Radio-Gerät nur ganz leise
an machte, zu Hause grundsätzlich auf Socken durch die Wohnung lief und alles so ausführte, dass um
Gottes Willen niemand dadurch gestört werden könnte;
- sie war durchaus berufsfähig, hatte einen qualifizierten Beruf nach Universitäts-Studium, leistete am Arbeitsplatz viel und war somit respektiert. Kontakt zu den Kollegen und Kolleginnen allerdings unterhielt
sie nur auf der Arbeitsebene, sie war auch dort absolut Außenseiterin, beantwortete Fragen, wo sie zum

Beispiel ihren Urlaub zubrächte, indem sie Phantasiegeschichten erzählte, was sie alles vor habe, mache, worauf sie sich freue. Nichts davon stimmte, sie war im Urlaub im Grunde hilf- und ratlos, wusste ihre Zeit und ihr Leben absolut nicht zu gestalten.

Im Laufe der mehrjährigen Therapie dieser wirklich schwerst-gestörten Patientin, die größte Probleme damit hatte, sich auf die beziehungs-fundierte Arbeit in der Behandlung einzulassen, kam es bei ihr mit der Zeit immer deutlicher dahin, dass hinter ihrer schroffen Ablehnung, ihrem absoluten Kontrollbedürfnis auch in der therapeutischen Situation, (sie kontrollierte, dass wievielte Mal ich dieses Hemd bereits in diesem Jahr angehabt hätte, warum ich denn diese Schuhe trüge und nicht jene, sie wusste, welches Buch in meinem Regal letztes Mal anders gestanden hatte als dieses Mal usw.) also hinter diesen Zwängen zum Kontrollieren sich immer deutlicher Schwierigkeiten erkennen ließen, überhaupt zu fühlen. Auch konnte sie ihre Körperempfindungen nicht benennen. Ich bot ihr an, mit Berührung zu arbeiten, das fiel ihr zunächst schwer, dann merkte sie, dass ihr das Berühren eines anderen Menschen oder das Berührtwerden durch ihn gut taten. Sie erlernte mit meiner Hilfe mit der Zeit Körper-Situationen oder -Sensationen mit den entsprechenden Worten zu verbinden: Ach, jetzt sehe ich traurig aus? Aha, so ist das also. Sie lernte dadurch auch, ohne sich Schmerzen zuzufügen oder ohne extrem heiß und verbrennungs-nah zu duschen, sich von ihrer Körperkontur her wahrzunehmen, konnte über lange, lange Zeit hinweg dann sich entwickeln zu einem eigenständigen Fühlen ihrer Körperoberfläche, ihres „Körper-Selbst“, dieses Gefühl war zunächst an die Therapie-Situation gebunden und ging sofort wieder verloren, wenn sie meine Räume verlassen hatte; das änderte sich mit der Zeit, sie behielt ihre gefühlte Kontur auch zu Hause. Das stellte sie aber wieder vor neue Probleme: Das Abschalten des Gefühles zu Hause hatte natürlich, es handelte sich selbstverständlich um dissoziative Phänomene, seinen Sinn gehabt: Sie konnte sich damit selbst steuern, manipulativ auch den Körper in eine Art „Not-Strom-Versorgung“ bringen, so konnte sie „überwintern“. Nunmehr fiel ihr das schwer. Es tauchten immer mehr Bedürfnisse und Wünsche an das Leben auf, denen sie andererseits aber überhaupt nicht gewachsen war. Sie setzte sich kognitiv Ziele für die weitere Therapie. Sie wollte irgendwann eine Familie mit Kind haben, war aber auch nicht im entferntesten in der Lage, einen Mann als solchen in ihrer Nähe zu ertragen, gar noch nackt, sich gar diese ekelhafte Sexualität vorzustellen, die nun mal erforderlich sein würde, um zu einem Kind zu gelangen. Der Kinder-Wunsch war brennend, allerdings war die Motivation für ein solches Kind eine reine Selbstobjekt-Bedürftigkeit, sie wollte ein lebendiges Wesen haben, das zu ihrer Verfügung da war, auf sie angewiesen, ihr ausgeliefert, von ihr perfekt kontrolliert, eigentlich nicht „im eigenen Recht“ sondern in dem von ihr gewährten und gesetzten. Eine in der Vorstellung grauenhafte Motivation für einen Kinderwunsch, von außen betrachtet. Diese kognitiv anvisierten Entwicklungs-Wünsche versuchte die Patientin dann auch wirklich in den Therapiesitzungen anzusteuern, verlangte von mir, ich solle gefälligst Therapieschritte vorschlagen oder mit ihr durchführen, die sie „weiterbringen“ könnten. Dieses Weiterbringen verstand sie im Sinne einer Art modifizierten Verhaltenstherapie, sie wollte von mir erfahren, „was richtig“ wäre jetzt als nächster Schritt, wobei nichts, aber auch gar nichts in ihr reifen und sich entwickeln sollte, sondern sie wollte es wie einen „Fremd-Import“ bei sich einführen und dann leben, eine tote mechanistische Vorstellung. Sie besaß eine

ungeheuerliche Kraft darin, mich und die therapeutische Situation zu blockieren mit ihren kognitiven Erwartungen. Die Versuche, sie auf verschiedensten Wegen über das Wahrnehmen der Körper-Grenzen usw. hinausgehend zum Fühlen zu bringen, gelangen nicht. Das führte sie in einer Periode der Therapie in eine Situation hinein, die in einigen Sitzungen dann exacerbierter: Sie hatte auf der einen Seite „gelernt“, dass sie mit Willen und Kraft nicht weiterkommen könnte, ohne, wie ich deutlich spürte, dieses Ziel, das sie mir zwar nicht mehr erzählte, aber heimlich weiterverfolgte, aufzugeben. Parallel dazu ging sie auf meine Angebote, nämlich zu versuchen, über die Körperebene eben sich selbst wahrzunehmen, die Gefühle immer mehr geschehen zu lassen, eben „los zu lassen“, ein. Nun geriet sie in eine innere „Schere“ hinein aus einerseits kognitiv und auch sich selbst gegenüber gewalttätig gefordertem Fortschritt, (sie wollte aus jeder Stunde am liebsten Fassbares und Greifbares „mitnehmen“), und andererseits einem regressiven Sog, der sie immer dann erfasste, wenn ich ihr, worauf sie einging, anbot, sie zu halten, ihr Nähe zu ermöglichen, die sie gefahrlos wahrnehmen konnte. Sie entwickelte plötzlich in den Stunden aufkommende Leibschmerzen, die innerhalb der 50minütigen Sitzung massiv zunahmten und der wirklich eher indolenten Patientin offensichtlich schwer zu schaffen machten. In einer Sitzung an einem Freitag war es so, dass die Patientin mitten in der Stunde eine solche Schmerzsymptomatik aufwies, dass diese in den Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit rückte und ich ihr auch definitiv auferlegte, den Magen untersuchen zu lassen, was sie dann auch tat, sie wurde gastroskopiert. Der Befund war: 2 frische große Magengeschwüre, eines davon mit Blutungsneigung, das dann entsprechend gastroskopisch infiltrativ behandelt wurde. Mir war klar, dass hier die Therapie in ein gefährliches Fahrwasser geraten war, es bestand eine zu große Diskrepanz zwischen der Forcierung der Gefühlswahrnehmung einerseits und der unerschütterlich einbetonierten Überich-Forderung auf der anderen Seite. Das macht solche Therapien durchaus gefährlich, davor wird mit Recht immer wieder gewarnt. Es hat also keinen Zweck, auf der Körperebene über die Regression usw. die Wahrnehmungs-Erweiterung zu forcieren, wenn nicht auf der anderen Seite das Überich im Rahmen der sonstigen Beziehungsarbeit zugunsten eines Anvertrauens an das Therapeuten-Subjekt gemildert worden ist. Ich musste also in der Therapie vorübergehend durchaus „bremsen“, musste mit der Patientin erarbeiten, dass es nicht angehe, hier einfach weiterzumachen wie bisher, wir mussten die regressiven Elemente vorübergehend in der Therapie bremsen und zugunsten einer kognitiven Auseinandersetzung mit der gegebenen Problematik zurückstellen. Folgerichtig erbrachte die Kontroll-Gastroskopie kurze Zeit darauf, dass die Ulcera folgenlos abgeheilt waren.

Dieses körperliche Phänomen wurde in den Jahren danach zu einer Art Gradmesser, wie viel für die Patientin an Regression aushaltbar war bzw. wie stark das Missverhältnis zwischen Überich-Anforderung und Regressionsbedürfnis mittlerweile noch vorhanden war: Die Patientin merkte dann selbst, wenn wieder Magenschmerzen auftauchten. Sie traten nie mehr im früheren Ausmaße auf, aber immerhin waren sie gelegentlich spürbar. Laura teilte sie mit, woraufhin wir auch das Regiment in der Therapie etwas veränderten.

Wir sehen, dass der Körper in der Therapie immer mit-arbeitet, dass er durchaus auch sehr schnell reagieren kann, dass er auf Situationen in der Einzelsitzung unter Umständen „anspringt“ und dabei erhebliche somatische Krankheitsbilder heraufbeschworen werden können, die dann vorübergehend im

Mittelpunkt des Interesses und der Aufmerksamkeit stehen müssen. Das bedeutet aber auch: Bei derartigen Patienten kann man Therapieprozesse nicht forcieren, es ist sogar schlecht, wenn man dies tut, nämlich eher kunstfehlerhaft. Derartig schwerstgestörte Patienten brauchen deshalb lange Therapiezeiten und das gerade im Aktuellen jeweils immer tolerierbare Maß an Belastung, die Grenze dieser Belastungsfähigkeit muss immer wieder ausgelotet werden. Es gibt Stimmen, die dahin gehen, solche Patienten seien deshalb tiefenpsychologisch / analytisch nicht behandelbar. Ich teile dieses Urteil nicht. Es ist bei entsprechender Motivation des Patienten und bei einer bestimmten Schwere des Krankheitsbildes mit dementsprechend ausgeprägtem Leiden, durchaus gerechtfertigt, diese gewissen Risiken einzugehen, steht doch auf der anderen Seite von vornherein die Erwartung eines Lebens in Elend, Dauerkrankheit und schließlich einer Erlösung durch den Tod. Dem gegenüber besteht eben die Chance, solche Patienten auf lange Sicht doch so zu erreichen, dass sie sich lösen können aus ihren früheren massiven vor allem Überich-Fixierungen; dass sie in der therapeutischen Beziehung über das Stadium einer vorübergehend notwendigerweise ausgeprägten Abhängigkeit vom Therapeuten in eine Autonomie hinein wachsen, die zu einer freien, weitgehend gesunden Lebensführung und einer in der Seele tief empfundener Zufriedenheit führen kann.

(Literatur beim Verfasser; dr.th.reinert@fachklinik-langenberg.de)