

Sinn und Bedeutung der Symptome

Werner Köpp

Vortrag bei der Herbstakademie der DPG in Hamburg am 27.9.2013

Zusammenfassung: Unter „Symptom“ wird in der Medizin meistens ein Zeichen am Körper von Kranken verstanden, das Rückschlüsse auf den Krankheitsprozess erlaubt, der selber nicht unmittelbar sichtbar ist. Bei seelisch Erkrankten können solche Zeichen („Symptome“) körperlich oder/und seelisch zum Ausdruck gebracht werden. Körperliche Symptome bei seelischen Krankheiten können den Symptomen körperlicher Krankheiten zum Verwechseln ähnlich sein; seelische Ausdrucksformen psychischer Störungen schlagen sich im Erleben und Verhalten der Betroffenen nieder. Symptome treten nicht zufällig auf, sondern sind durch die zugrunde liegenden Ursachen und jene Bedingungen determiniert, unter denen sie entstehen. Psychoanalytisch ist die „Entschlüsselung“ von seelisch verursachten Symptomen im Hinblick auf ihre Bedeutung oft möglich.

Einleitung

Symptome sind **Zeichen** für Vorgänge, die wir nicht direkt beobachten können. „Sinn“ und „Bedeutung“ sind aber nicht per se Eigenschaften von Symptomen. Vielmehr handelt es sich bei „Sinn“ und „Bedeutung“ um **Zuschreibungen**, die wir machen, um erlebte oder beobachtete Phänomene in das von uns konstruierte Abbild der Wirklichkeit einzuordnen.

Unter „Symptom“ wird in der Medizin meistens ein Zeichen am Körper von Kranken verstanden, das gewisse - nicht unbedingt eindeutige - Rückschlüsse auf einen Krankheitsprozess erlaubt. Der Krankheitsprozess selber muss gar nicht unmittelbar sichtbar sein. Natürlich gibt es auch seelische Symptome, die

manchmal körperlich - z. B. gestisch und mimisch - zum Ausdruck gebracht werden, sich manchmal aber auch nur im subjektiven Erleben oder im Verhalten der Betroffenen niederschlagen. Zum hinweisenden Symptom werden aber nicht nur Phänomene des Körpers oder der Seele, die neu auftreten und eigentlich normalerweise nicht vorhanden sind; zum hinweisenden Symptom können auch ausbleibende körperliche oder seelische Reaktionen werden, die eigentlich zu erwarten sind (z. B. weinen, wenn man traurig ist, oder lachen, wenn man sich freut).

Stellt sich bei einem weißhäutigen Menschen etwa eine deutliche Gelbfärbung der Haut verbunden mit heftigem Juckreiz ein, so ist dies meistens entweder Symptom für eine Leberfunktionsstörung oder für einen Zerfall der roten Blutkörperchen. Erfahrung und das Wissen um die möglichen Ursachen der Symptomatik legen dann die folgenden diagnostischen Schritte und im Weiteren die eventuelle Therapie fest.

Im Prinzip gilt Ähnliches für seelische Symptome: Stellt sich bei einem meistens positiv, eher optimistisch gestimmten Menschen etwa eine melancholisch getrübe Stimmung ein, so kann dies ein Symptom für eine Depression oder eine depressive Episode sein. Es könnte aber in diesem Fall auch Ausdruck einer Trauerreaktion sein, die überhaupt nichts mit einem Krankheitsprozess, sondern nur mit einer menschlichen - ja womöglich irgendwie gesunden - Reaktion auf einen als schwer erlebten Verlust zu tun hat. Ich will auf die Schwierigkeit, zwischen gesund und krank bei seelischen Symptomen sicher zu unterscheiden, später noch einmal zurückkommen.

Was als krankheitsrelevantes Symptom gelten kann und was nicht, wird von den meist ärztlichen oder psychologischen Expertinnen und Experten entschieden. Das geschah und

geschieht auf Kongressen, manchmal in der Form von Gutachten vor Gericht und seit einigen Jahrzehnten auch in der Form von diagnostischen Manualen. Diese werden von Personen geschaffen, die von nationalen und internationalen Gesellschaften oder Körperschaften wie der US-amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft oder der Weltgesundheitsorganisation ernannt werden. Für die Klassifikation von Krankheitssymptomen sind zurzeit weltweit zwei Manuale relevant:

- Die „International Classification of Diseases“ der Weltgesundheitsorganisation in der 10. Revision - abgekürzt ICD 10

und

- Das „[Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders](#)“ der US-amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft - abgekürzt DSM 4;

Die beiden Manuale zur Erfassung der typischen Krankheitssymptome werden fortlaufend dem Stand der Wissenschaft - und leider vielleicht auch bei manchen Symptomen den Interessen der Pharmaindustrie - angepasst. Die Diskussionen der Arbeitsgruppen für die Revisionen der Manuale dauern meistens mehr als 10 Jahre - beim DSM 5, der im nächsten Jahr in Kraft tritt, wurden insgesamt 14 Jahre benötigt.

Für diagnostische und Forschungszwecke wurden zusätzlich weitergehende Testinstrumente auch für die Psychotherapie entwickelt, die eine noch genauere Erfassung von Symptomkonstellationen erlauben sollen.

Der Umgang mit dem Symptom in der Psychoanalyse

Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen sind mit der ausschließlichen Symptomerfassung durch Manuale im Checklistenformat nie ganz glücklich geworden. Das hängt damit zusammen, dass das Ziel psychoanalytischer Arbeit nicht nur bzw. nicht in erster Linie die Beseitigung des Symptoms ist. Im Zentrum psychoanalytischer Arbeit steht das Subjekt, das um ein *subjektives Selbst-Verständnis* ringt. Zu diesem Selbst-Verständnis gehört auch, das Symptom zu *verstehen*, dessen Schöpfer das Subjekt ja ist. Um diesen Gedanken deutlicher zu machen, erlauben Sie mir bitte einen Rückblick in die Anfänge der Psychoanalyse!

Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, war ursprünglich Neurologe und Neuropathologe. Er war auch der erste Arzt und Wissenschaftler, der mit seinem Modell der **Konversion** unbewusste Phänomene und Symptome als Folge des Wechselspiels zwischen Seele und Körper beschrieb.

Stark vereinfacht beinhaltet dieses Modell, dass ein innerseelischer Konflikt ins Körperliche „konvertiert“ - d. h. übersetzt - und dort auch zum Ausdruck gebracht wird. Das Konversionsmodell war das erste wissenschaftlich begründete und empirisch überprüfbare psychosomatische Modell; es ist bis heute gültig, bleibt aber begrenzt auf jene seelisch entstandenen oder seelisch mitverursachten Störungen, bei denen ein unbewusster Konflikt zwischen einem Trieb-Wunsch und dessen Abwehr nachgewiesen werden kann. Dieser Konflikt wird vom Patienten oder von der Patientin verdrängt (also unbewusst gemacht), weil er nicht aushaltbar ist. Stattdessen wird er körpersprachlich und in der Regel symbolisierend zum Ausdruck gebracht:

So kann z. B. eine psychogene Blindheit symbolisieren, dass irgendetwas Sichtbares nicht gesehen werden darf oder nicht gesehen werden durfte; eine psychogene Lähmung etwa kann zum

Ausdruck bringen, dass ein zur Handlung drängender Impuls dadurch abgewehrt wird, dass es zur Lähmung jenes Körperteiles kommt, das die Handlung hätte ausführen können. Der Abwehrprozess ist unbewusst und die sichtbare Lähmung ist nicht hauptsächlich durch eine körperliche Ursache hervorgerufen.

Der Konflikt zwischen den beiden eigenen Bestrebungen („Sehen wollen“ und „nicht sehen sollen“, „handeln wollen“ und „nicht handeln sollen“) verschwindet aus dem Bewusstsein und an seine Stelle tritt das Körpersymptom. In der Symptomatik sind – wie schon gesagt – sowohl die Bestrebung selber, als auch die Abwehr dieser Bestrebung enthalten und symbolisiert dargestellt. In der Anfangszeit der Psychoanalyse – am Ende des 19. Jahrhunderts – spielten für die konversionsneurotischen Symptome häufig unbewusste sexuelle Konflikte eine Rolle.

Solche Konflikte begegnen uns aber auch heute noch – hier ein Beispiel.

Herr Hinz kann nichts mehr sehen.

Von der neurologischen Universitätsklinik wurde mir vor mehreren Jahren ein 70-jähriger Mann nach sehr gründlicher organmedizinischer Diagnostik überwiesen. Fünf Jahre zuvor hatte er eine Schwindelattacke erlitten, in deren Folge eine Empfindungsstörung der gesamten rechten Körperhälfte und verschwommenes Sehen auftraten. Diese körperliche Symptomatik hielt mehrere Stunden an bevor sie folgenlos abklang. Mit der medikamentösen Behandlung seines bis dahin unbehandelten leichten Bluthochdrucks konnte der Patient sich gut arrangieren.

Die mit der Sehstörung verbundene Schwindelsymptomatik trat seinerzeit zwei Monate nach der Berentung des Patienten auf. Bis dahin arbeitete er erfolgreich in gehobener Position eines großen deutschen Printmediums.

Die Berentung ist aus psychotherapeutischer Sicht eine typische Schwellensituation. Solche Schwellensituationen machen viele Menschen in unserer Kultur anfällig für körperliche und seelische Störungen - oder für beides. Die bei dem Patienten damals gestellte Diagnose lautete: „Transitorisch-ischämische zerebrale Attacke“ - das ist eine kurze, rasch vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns, deren Symptome binnen Minuten oder Stunden wieder abklingen und bei der keine organischen Veränderungen zurückbleiben.

Nun kam der Patient aber 5 Jahre später erneut auf seinen Neurologen zu und klagte wieder über Sehstörungen, sogar mit dem Hinweis, dass er gar nichts mehr sehen könne.

Wieder begann eine umfangreiche medizinische Diagnostik: Neurologisch, radiologisch, augenärztlich, ohrenärztlich und internistisch ergaben sich jedoch keinerlei erklärende Hinweise für das vom Patienten geklagte Störungsbild. Die Sehstörungen klangen diesmal auch nicht wieder ab wie fünf Jahre zuvor, sondern hielten an.

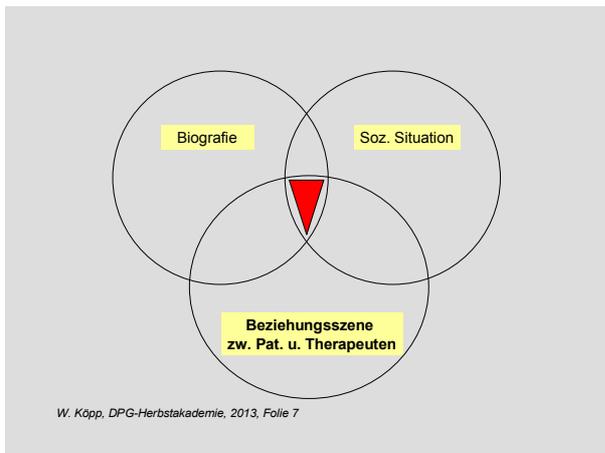
An dieser Stelle möchte ich den Bericht über Herrn Hinz kurz für eine theoretische Überlegung unterbrechen.

Ich sagte eben, dass für die Symptomatik von Herrn Hinz keine organische Ursache gefunden werden konnte. ABER: Der Ausschluss der körperlichen Verursachung eines Symptoms ist keineswegs ein Beweis für seine seelische Verursachung.

Psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik ist keine Ausschlussdiagnostik, sondern eine Positivdiagnostik; dabei müssen das Symptom und das vom Untersucher angenommene Bedingungs- oder Verursachungsgefüge in einen plausiblen Zusammenhang gebracht werden können.

Daneben spielen die Art und Weise, in der der Patient sein Leiden präsentiert und das Gefühl, das er im Untersucher auslöst, eine wesentliche Rolle zum Verständnis des Symptoms.

Erfahrbare lebensgeschichtliche Ereignisse und Entwicklungen, die momentane soziale Situation des Patienten und die aktuell sich darstellende Szene zwischen Patient und Untersucher sind die drei wesentlichen Säulen der Diagnostik - kurz zusammengefasst:



- Biografie
- Soziale Situation
- Beziehungsszene zwischen Patient und Therapeut.

Während die Bedeutung von Biografie und momentaner sozialer Situation rasch einleuchten, bedarf der letztgenannte Punkt - die Beziehungsszene zwischen Patient und Therapeut - einer Erläuterung. Welches Symptom könnte sich denn da abbilden??

Stellen Sie sich bitte eine Theaterbühne vor; stellen Sie sich weiter den Patienten und den Therapeuten auf dieser Bühne in ihren Rollen vor - und: Stellen Sie sich natürlich vor, was zwischen beiden passieren könnte, welche Stimmung zwischen beiden entsteht und welche Affekte, welche Mimik und welche Gestik auftauchen und vom Zuschauer beobachtet werden könnten.

Bei Herrn Hinz war das so:

Er rief an und wünschte einen Gesprächstermin mit mir, weil es ihm von besagtem Neurologen empfohlen worden war. Den Termin bekam er zwei Tage nach seinem Telefonat mit mir. Als wir uns trafen erzählte er mir seine Leidensgeschichte und betonte, dass er nichts mehr sehe. Diese Mitteilung stand aber im merkwürdigen Widerspruch zu dem Umstand, dass er mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu mir gefunden hatte und Autobus- und Hausnummern abgelesen hatte, um sich zu orientieren. Obwohl er den offensichtlichen Widerspruch nicht erklären konnte, beharrte er darauf, nichts mehr sehen zu können. Ich sagte ihm, dass ich trotz der Unstimmigkeit in seinem Bericht davon überzeugt sei, dass es etwas sehr Stimmiges dabei geben müsse, das ich jetzt aber noch nicht sehen könne und er vielleicht auch nicht.

Seine Reaktion darauf war zwiespältig: Einerseits begann er bereitwillig über sich zu sprechen und schien dabei zunächst auch auf meine interessierten Nachfragen positiv zu reagieren.

So erfuhr ich von ihm beispielsweise, dass er kurz nach seiner Einschulung im 6. Lebensjahr einen schlimmen Sturz hatte, bei dem sein linker Unterarm so brach, dass die darüber liegende Haut durchstoßen wurde - die Chirurgen nennen das eine offene Fraktur. Nerven- sowie Muskelstrukturen des linken Unterarmes wurden gleichfalls beschädigt. Durch eine unzureichende chirurgische Versorgung resultierte, dass der linke Unterarm des Patienten sehr schwächlich und unterentwickelt blieb und

auch deutlich bewegungseingeschränkt. Ich dachte mir nach diesem Bericht, dass die damals staatlich propagierte Ideologie vom „unwerten Leben“ den Patienten auch seelisch gezeichnet haben dürfte, zumal er durch seinen nationalsozialistisch eingestellten Vater zusätzliche Ablehnung und Entwertung erfuhr. Seine Mutter habe im Haus nie etwas zu sagen gehabt, habe sich dem gewaltigen und gewalttätigen Vater untergeordnet und konnte so für den Patienten keine kompensatorische Stütze werden.

Mir schien, dass der Patient es trotzdem beruflich weit gebracht hat, dass er aber seelisch irgendwie doch sehr verarmt war: Eindrucksvoll schilderte er die Isolation seit seiner Jugend, die er aber auch aufsuchte. Später heiratete er zwar, aber seine Frau wurde alkoholkrank, wurde darüber dement und lebte in einem Pflegeheim. Mit der einzigen Tochter bestand ein - wie der Patient sagte - „neutraler Kontakt“, der ein- bis zweimal im Jahr zu gemeinsamen Treffen führte.

Aktuell lebte er in einer 2-Zimmer-Eigentumswohnung. Es gab eine Nachbarin, die ihn manchmal zum Kaffeetrinken einlud oder zum gemeinsamen Konzertbesuch; darauf ließ sich Herr Hinz zwar ein, spürte aber kein wirkliches Interesse an diesen Begegnungen und hatte manchmal sogar das Gefühl, dass er der Nachbarin aus Höflichkeit nur einen Gefallen tun wollte.

Als ich ihn bei unserer dritten Begegnung danach fragte, welche Rolle Liebe und Sexualität in seinem Leben gespielt haben und noch spielen, kippte plötzlich seine Stimmung und aus mir zunächst unerfindlichen Gründen schrie er mich an und entwertete mich massiv: Ich solle mir doch nicht einbilden, ihm helfen zu können und Psychotherapie sei doch ohnehin irgendein Voodoo-Zauber, der nichts brächte; und überhaupt, was solle diese Frage hier überhaupt. Ich schwieg zunächst verunsichert und sagte dem Patienten dann, dass er ganz

offenbar bestürzt und verärgert über mich sei; ich bat ihn aber mir dabei zu helfen, besser zu verstehen, was in ihm gerade passiere.

Da schrie der Patient erneut: „Schluss damit, Schluss, Schluss mit diesem Kram - ich will darüber nicht mehr reden.“ Dann sprang er wütend auf und sagte, dass es ihm zu viel würde und dass er jetzt gehen wolle. Dabei hatten wir überhaupt noch nicht über das geredet, was ihn im Moment offenbar so bewegte - und wir hatten auch noch eine halbe Stunde Zeit. Ich sagte ihm, dass es mir leid täte, dass er so in Bedrängnis gekommen sei und dass er jetzt wahrscheinlich das Gefühl hätte, die Notbremse ziehen und weggehen zu müssen. Dennoch wollte ich von ihm wissen, ob er den bereits verabredeten Termin in der Folgewoche noch wahrnehmen wollte oder nicht. Schon im Weggehen begriffen, antwortete er: „Naja, wenn Sie unbedingt wollen, komme ich halt.“ Dann ging er hastig.

In der nächsten Stunde entschuldigte sich der Patient, konnte aber nicht wirklich sagen, was ihm bzw. in ihm passiert war. Ich teilte ihm meinen Eindruck mit, dass sich unser Gespräch in eine Richtung bewegt hätte, wo wir beim Weitersprechen womöglich auf Themen gestoßen wären, die ihn traurig gemacht oder vielleicht in bedrohlicher Weise geängstigt hätten. Nun hielt er kurz inne und sagte dann, dass er zwar ein Problem habe, von dem er aber ganz sicher wisse, dass es mit seiner Sehstörung nichts zu tun habe. Ich bat darum, es dennoch erfahren zu dürfen. Er meinte, dass dies alles zu erzählen viel zu lange dauere und dass es - angesichts seines Alters - ohnehin nichts mehr brächte. Ich ermunterte ihn dahingehend, dass ich ihm sagte, dass wir uns auch mehr Zeit nehmen könnten, falls er die brauche und bot ihm eine 25-stündige Kurzzeittherapie an. Auf dieses Angebot ging er - „mir zuliebe“ - ein.

Nun erzählte er, dass er zwei Jahre zuvor eine mehr als 10 Jahre jüngere Frau in seiner Heimatstadt kennen gelernt hatte, mit der eine Bekanntschaft entstanden sei. Er habe sie bereits einige Male besucht und bei ihr sogar schon übernachtet, ihre Besuche bei sich in Berlin habe er aber abgewendet. Er genoss es, dass diese Frau sich für ihn interessierte und beide unternahmen verschiedene gemeinsame Unternehmungen. Zwar küssten die beiden sich auch innig, aber Herr Hinz wagte nicht, sich ihr sexuell noch mehr zu nähern, obwohl die einladenden Signale seiner Bekannten unübersehbar waren. Er reagierte darauf mit Rückzug, wollte diese Signale nicht wahrhaben, spürte aber auch seine Sehnsucht nach dieser Frau. Er hatte Angst, sexuell zu versagen und glaubte so und so, dass Frauen für ihn nicht oder nicht mehr infrage kämen, dass er zu alt dafür sei.

Aus seiner Jugend erfuhr ich, dass er kaum Freunde hatte und es schon damals nicht wagte, Kontakte zu Mädchen herzustellen. Er hatte das Gefühl, mit seinem bewegungseingeschränkten, schwächtigen linken Arm nicht attraktiv genug bzw. verunstaltet zu sein.

Ich verstand, dass dieser verletzte und nur noch vermindert nutzbare Arm subjektiv für den Patienten als Teil seines Körpers für den ganzen Körper stehen könnte - als pars pro toto. Und: Der Arm als Glied des Körpers kann auch symbolisch ein anderes Glied des Körpers vertreten ... Insgesamt wurde eine erhebliche Selbstwertproblematik deutlich, die von ihm zwar im Bereich der Sexualität erlebt wurde, aber doch auch darüber hinausging.

Der Patient nutzte dann die folgenden Stunden, um über das Erleben seiner Männlichkeit zu sprechen und wir kamen nach und nach zu Gedanken darüber, wie er seine aktuelle Lebensphase gestalten und nutzen könne. Es wurde dabei sehr deutlich, dass

der Patient nicht nur vor einem möglichen sexuellen Versagen Angst hatte, sondern auch vor dem Sterben. Sexuelle Aktivität war für ihn Vitalität und Beweis dafür, dass der Tod noch fern ist.

Nun könnten Sie zurecht einwenden, dass doch dann unverständlich sei, warum der Patient nicht die sexuelle Aktivität gesucht bzw. praktiziert hat. Die Antwort darauf fällt mir jedoch nicht schwer: Er wollte das Misslingen sexueller Annäherung in einer realen Beziehung vermeiden; aus der Angst heraus, für Beziehungen gar nicht infrage zu kommen und sie vielleicht auch gar nicht aushalten zu können, begnügte er sich daher mit gelegentlichem Ansehen von Pornofilmen, bei denen er übrigens voll erektionsfähig war.

Je mehr der Patient in der etwa 7-monatigen Therapie anfang zu verstehen, dass er sich selber aus dem Leben zurückzog, desto aktiver wurde er: Er schrieb Chroniken über bestimmte Gebäude in seinem Wohnbezirk, traf öfter mit seiner Tochter und seiner Bekannten zusammen, die mittlerweile seine Freundin war. Die Freundin besuchte ihn nun auch in seiner Wohnung in Berlin, was er nun aushalten und sogar genießen konnte.

Ich hätte gerne mit dem Patienten eine klassische psychoanalytische Kur durchgeführt, aber das war nicht sein Wunsch. Er begnügte sich damit, sich selber etwas besser zu verstehen in einer Lebensphase, in der mehr Leben hinter ihm als vor ihm lag. Dass diese Lebensphase dennoch nicht „nutzlos“ und „bewegungslos“ sein musste, war für den Patienten das wichtigste Resultat unserer Begegnung. Meine vorsichtigen Versuche, dem Patienten auch die symbolischen Aspekte seiner Sehstörung zu deuten, brach ich rasch ab, weil der Patient - aus inneren Gründen - sehr darauf bestehen musste, dass ein solches Verständnis absurd sei. Er hatte das

Gefühl, mittlerweile „etwas besser“ - wie er sagte - zu sehen und das reichte ihm.

Die Bedeutungskonstruktion des Symptoms von Herrn Hinz als innerer Konflikt zwischen zwei gegensätzlichen Strebungen.

Lassen Sie uns an dieser Stelle noch einmal einen Blick auf zentrale Aspekte der Symptomatik von Herrn Hinz werfen - es geht um ein Hinsehen, das dem Patienten nur teilweise gelang.

Man könnte sagen, dass sein Wunsch nach Nähe zu einer bestimmten Frau für ihn sehr wichtig war. Seine Angst vor Zurückweisung, Beschämung und Erniedrigung hielten ihn zunächst davon ab, etwas für die Erfüllung seines Wunsches zu tun. Stattdessen nahm er mit pornografischen Filmen und Fantasien vorlieb. Das Symptom der Sehstörung trat dadurch auf, dass die von ihm begehrte Frau ihm deutliche Angebote machte, deren Verdrängung ihm nur noch mit größter Mühe - und zuletzt überhaupt nicht mehr - gelang: Die Angebote waren zu schön, zu verführerisch, um wahr zu werden. DENN: Sie steigerten auch seine Angst, einer solchen Situation in der Realität nicht gewachsen zu sein. In Opposition zu seinen eigenen Wünschen regte sich nun sein über Jahrzehnte geschwächtes Selbstwertgefühl, das ihm den ängstlichen Rückzug sicherer erscheinen ließ als einen mutigen, eigenen Vorstoß.

Sie sehen, dass wir ausgehend vom Symptom der Sehstörung bei Herrn Hinz von der phänomenologischen Oberfläche versuchen in die bedeutungsmäßige Tiefe vorzudringen. Die Konstruktion eines Bedeutungszusammenhanges ist zwar auch ein kognitiver Vorgang; zur wirklich erlebten Einsicht für den Patienten wird er aber erst, sobald die affektive Tragweite für den Patienten erlebbar wird. Das war auch der Grund, warum ich dem Patienten mit seinem Symptom nicht nur kognitiv begegnet bin, nach dem

Motto: „Nachdem Sie jetzt verstanden haben, dass Sie ohne Ihre Sehkraft gar nicht alleine hierher gefunden hätten, können Sie sicher sein, dass Sie keinerlei Sehstörungen haben.“ Sie merken sofort, wie unangemessen ein solcher Hinweis dem Patienten gegenüber wäre. Er wäre im Übrigen auch nutzlos gewesen und würde das Symptom weder beseitigen, noch mindern, denn seine innere Wirklichkeit stimmte offenbar nicht mit jener überein, die wir als objektive, äußere Wirklichkeit zu beschreiben versuchen. Solche Hinweise passieren aber leider in der medizinischen Praxis immer noch häufig mit Bemerkungen wie „Ich habe Sie untersucht, Sie haben nichts!“ Es wird an dieser Stelle sehr deutlich, dass das Symptom seine Macht nicht durch vernünftige Hinweise verliert, die an das bewusste und intelligente Denken gerichtet werden; ganz offenbar sind unbewusste Kräfte am Werk, zu denen man nur auf Umgehungsstraßen gelangen kann, weil die im Alltag benutzte Hauptstraße - der Verstand - gesperrt ist. Das Problem ist nur, dass die Umgehungsstraßen unserer Seelenlandschaft nicht gekennzeichnet sind, dass es kein sicheres Navigationssystem gibt und dass die meisten Menschen dazu neigen, möglichst schnell auf die sichere, gut benutzbare Hauptstraße des bewussten Denkens zurück zu kehren.

Die Bedeutungskonstruktion des Symptoms von Herrn Hinz als Beschädigung seiner Persönlichkeitsstruktur

Ich habe die Symptome von Herrn Hinz zunächst als Ausdruck und Folge gestörter seelischer Funktionen beschrieben. Die neurotische Symptombildung ist so gesehen - wie bereits erwähnt - ein Kompromiss zwischen Bedürfnissen und Triebwünschen auf der einen Seite und der gleichzeitigen Abwehr auf der anderen Seite. Solche neurotischen Störungen präsentieren sich als innere Zwiespältigkeit eines ansonsten ausreichend strukturierten Ichs. Ein gut entwickeltes ICH ist

differenziert und kann über große Strecken so funktionieren, dass auch widersprüchliche Erfahrungen mit anderen und mit sich selber integriert werden können.

Neurobiologisch ist diese Fähigkeit mit der Entwicklung eines explizit-deklarativen Gedächtnisses verbunden, das Erlebnisse bzw. Erfahrungen differenziert interpretieren und integrieren kann. Seine Entstehung beginnt ca. im 2. Lebensjahr und ist vor allem im Großhirn lokalisiert. Abstraktionsfähigkeit und die Möglichkeit, über kognitives Wissen zu verfügen, gehören zu diesem Gedächtnismodus, wenn er entwickelt und ausgereift ist. Das explizite Gedächtnis ist vor allem begrifflich-sprachlich strukturiert.

Noch bevor sich das explizite Gedächtnis entwickelt, muss sich allerdings eine andere, viel frühere Gedächtnisform ausbilden: Das implizite Gedächtnis, in dem wir speichern, wie etwas geht, wie sich etwas anfühlt. Solche Erfahrungen werden mit der Zeit unbewusst zu unserem selbstverständlichen und automatisch verfügbaren Wissen wird. Es entsteht nach und nach lange vor dem 2. Lebensjahr und ist im Stammhirn lokalisiert.

Hierher gehört die Integration bedingter Reflexe (wie Schalten beim Autofahren), aber auch das Gewahr-Werden darüber, in welchem affektiven Zustand wir uns befinden.

Bereichert durch diese neurobiologischen Erkenntnisse, die innerhalb der letzten 20-30 Jahre zusammengetragen wurden, konnten auch die psychoanalytischen Konstrukte von der neurobiologischen Seite her eine Präzisierung erfahren:

In der psychoanalytischen Krankheitslehre unterscheiden wir zwischen reiferen, das heißt neurotischen Störungen und solchen, die die Struktur des ICH betreffen. Für die Studenten mache ich häufig gern die folgende Unterscheidung:

- Neurotische bzw. funktionelle Störungen sind solche, bei denen zwar eine intakte Struktur des ICH vorhanden ist, aber bestimmte seelische Funktionen gestört sind.
- Strukturelle ICH-Störungen sind solche Störungen, bei denen die ICH-Struktur nicht kohärent entwickelt ist, sondern in großen Teilen brüchig oder gespalten ist.



Zur Veranschaulichung verwende ich manchmal die Vorstellung von einem Haus, wo etwa das Schließen oder das Öffnen eines Fensters oder einer Türe schwer oder gar nicht funktioniert. Insgesamt wäre aber in diesem Fall das Haus intakt. Wenn aber eine Tür oder ein Fenster überhaupt nicht eingebaut ist, dann wäre die Struktur des Hauses nicht nur in seiner Funktion, sondern auch von seiner Struktur her gestört.

Die Kohärenz der seelischen Struktur ist auch und vor allem das Ergebnis von wichtigen Beziehungserfahrungen, die gemacht oder nicht gemacht wurden. Der Niederschlag dieser Beziehungserfahrungen in unserer Seele legt auch weitgehend fest, welche Beziehung wir zu uns selber haben.

Üblicherweise bestärken uns positive Beziehungserfahrungen in der Wahrnehmung anderer und von uns selbst. Das trifft für Menschen genauso wie für andere Primaten zu.

Menschen, deren seelische Struktur brüchig oder gespalten ist, können häufig folgendes nicht: Sich selber oder andere mit guten und zugleich mit schlechten Eigenschaften sehen, geschweige denn akzeptieren oder sogar mögen. Sie können nur die gute oder auch nur die schlechte Seite von sich selber oder von anderen erkennen, nicht aber eine Zusammengehörigkeit oder Verbindung zwischen den beiden Seiten. Auf diese Weise können solche Menschen mit strukturellen ICH-Störungen extrem zwischen grandioser Selbstüberschätzung auf der einen Seite und extremen Kleinheitsgefühlen auf der anderen Seite schwanken. Und genauso schwanken sie in der Wahrnehmung anderer: Die kommen ihnen entweder extrem ideal oder extrem inakzeptabel schlecht vor; ein Betrachtungsmodus, in dem gute und schlechte Seiten ein und derselben Person wahrgenommen werden können, ist überwiegend nicht oder nur sehr schwer möglich.

Ich fragte einmal eine Patientin nach ihren Erfahrungen, die sie in einer psychotherapeutischen Klinik machte, bevor sie mich für eine ambulante Psychotherapie aufsuchte. Sie sagte unter anderem folgendes: "Ich hatte eine ganz tolle Therapeutin und die Gespräche mit ihr haben mir sehr geholfen!" Wenig später schilderte sie aber voller Hass, welch "blödes Arschloch" diese Therapeutin in der Klinik gewesen sei. Die Patientin war von der Idealisierung direkt in die maximale Entwertung gekippt und konnte nicht zusammenbringen, was an ein und derselben Person für ihr Gefühl gut war und was nicht. Über ein "entweder - oder" ist sie nicht hinausgekommen beziehungsweise ein "sowohl - als auch" war ihr nicht möglich.

Ein ähnliches Phänomen konnten wir auch bei Herrn Hinz beobachten, der seine verschiedenen, unvereinbaren ICH-Zustände und seine Wahrnehmung von mir auch nur als ein „Entweder - Oder“ erleben und schildern konnte: Entweder sah

er z. B. mich als jenen seriösen Arzt an, der ihm vom Universitätsklinikum empfohlen worden war; oder er erlebte mich wie einen Voodoo-Zauberer, der ihn heimtückisch in seinem Denken und Fühlen manipulieren und dazu noch in seinem Sexualleben herumschnüffeln wollte. Reifer wäre eine Haltung von Herrn Hinz gewesen, die ihm folgenden Gedanken ermöglicht hätte: "Den Ärzten im Klinikum vertraue ich. Sie haben mir diesen Arzt empfohlen, so dass ich vielleicht davon ausgehen könnte, dass er gewisse Fähigkeiten hat, mir zu helfen. Andererseits irritieren mich seine merkwürdigen Fragen; auch sein auffälliges Interesse an meiner Sexualität machen mich skeptisch und ich weiß noch nicht, ob ich ihn weiter aufsuchen möchte."

Häufig haben wir in der psychoanalytischen Behandlung Patientinnen und Patienten, bei denen sowohl strukturelle Aspekte als auch funktionelle Aspekte in der Symptomatik enthalten sind. Es ist allerdings für die Behandlung wichtig, in welchem Bereich schwerpunktmäßig die Wurzeln der Symptome liegen.

Ich habe eingangs folgende Anmerkung gemacht:

„Ich will auf die Schwierigkeit, zwischen gesund und krank bei seelischen Symptomen sicher zu unterscheiden, später noch einmal zurückkommen.“ Der Zeitpunkt ist nun kurz vor Ende dieser Ausführungen gekommen.

Im Mai 2013 erschien auf Deutsch das Buch mit dem Titel „Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen.“ Geschrieben hatte es Allen Frances, der Leiter der Arbeitsgruppe, die das noch gültige DSM 4 erarbeitet hatte. Er warnte davor, dass das demnächst gültige DSM 5 alltägliche und zum Leben gehörende Sorgen und Seelenzustände als behandlungsbedürftige Störungen charakterisiere. Dadurch würden Ärztinnen und Ärzte sich genötigt fühlen,

Befindlichkeitsschwankungen zu rasch zu pathologisieren und womöglich sogar medikamentös zu behandeln. Diese Einschätzung des renommierten Psychiaters macht die Gefahr deutlich, wie ein von Experten gebildeter und manualisierter Konsens – von welchen Interessen auch immer geleitet – Krankheit feststellen kann, wo gesundes Leben stattfindet: Aus Trauer kann dann die Diagnose „Depression“ werden, aus Freude die Diagnose „Hypomanie“ und aus einem lustvollen, üppigen Festessen ein Essanfall.

Die Pathologisierung von Normalkonflikten ist das eine Extrem, in dem zum Krankheitssymptom erklärt wird, was als Problem zum Leben gehört. Das andere Extrem kann so aussehen, dass religiös bzw. ideologisch motivierte Symptome wie z. B. Schmerz als hinzunehmende Prüfungen propagiert werden. Auch im Dritten Reich galt vielerorts das Ertragen von Schmerzen als Ausdruck besonderer Stärke.

H. E. Richter hat in seinem Buch „Die Chance des Gewissens“ darauf hingewiesen, wie der berühmte Chirurg Ferdinand Sauerbuch zusammen mit dem Philosophen Hans Wenke 1936 in der Schrift „Wesen und Bedeutung des Schmerzes“ den heroischen Umgang mit dem Schmerz propagierte. In dieser Diktion galt es, „vor sich selbst seine Kraft zu messen und der Welt den Beweis seiner Stärke zu geben.“

Sie sehen, wie für das Verständnis von Symptomen auch gesellschaftliche, ideologische und auch ökonomische Aspekte eine wichtige Rolle spielen können.

Für ein mehr psychotherapie-orientiertes Fazit über Symptom und Symptomentstehung möchte ich abschließend das „Kleine Wörterbuch der Psychoanalyse“ von Auchter u. Strauss (1999, S. 153) zitieren:

„Symptombildung beschreibt den Vorgang der seelischen Verarbeitung eines Problems durch das Entwickeln eines Symptoms. Symptombildungen sind kreative ICH-Leistungen in seelischen Konfliktsituationen, die aktuell keine keine anderen Notlösungen erlauben. Verlieren diese suboptimalen Lösungen später ihre hilfreiche Funktion, so werden sie zu Leidenssymptomen , damit ich-fremd und prinzipiell einer psychotherapeutischen Bearbeitung zugänglich.“

Literatur:

Auchter T, Strauss V (1999): Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Fenichel O (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Norton, New York, S 311

Frances A (2013): Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5. Big Pharma and the Medicalisation of Ordinary Life. Harper Collins, New York (Dt.: Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. DuMont, Köln 2013)

Freud S (1895) Studien über Hysterie. Gesammelte Werke, Bd 1, Fischer, Frankfurt aM, S 75-312

Grabhorn R, Overbeck G (2008): Symptombildung, Kompromissbildung. In: Mertens W, Waldvogel B (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 3. überarb. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart, S. 737-743

Richter HE (1986): Die Chance des Gewissens. Hoffmann u. Campe, Hamburg (Unveränd. Taschenbuch-Nachdruck 1995, Econ, Düsseldorf)

Anmerkung:

Kurt EISSLER¹, ein aus Österreich stammender US-amerikanischer Psychoanalytiker, schrieb 1963 in der PSYCHE eine viel beachtete Arbeit mit dem provokanten Titel:

Eissler KR (1963): Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? Psyche - Z Psychoanal 17: 241-291

Darin setzte er sich mit der Rechtssprechung und der psychiatrisch-gutachterlichen Praxis gegenüber KZ-Opfern auseinander, die finanzielle Kompensationswünsche wegen der erlittenen Misshandlungen und Verluste geltend machten, die zu massiven Krankheitssymptomen geführt hatten.

¹ Kurt R. Eissler, 1908-1999, emigrierte nach der Annexion Österreichs 1938 in die USA;