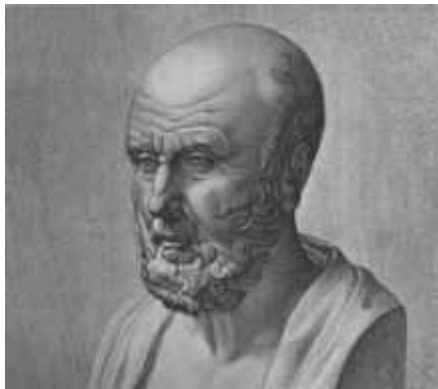


Eine kurze Geschichte der psychoanalytischen Psychosomatik

In den folgenden Seiten wird die bisherige Geschichte der psychoanalytischen Psychosomatik knapp zusammengestellt. Fraglos ist diese Zusammenstellung unvollständig; wichtige Abschnitte, wie zum Beispiel Simmels früher Versuch, eine stationäre psychoanalytische Klinik zu betreiben, fehlen. Befunde aus der Psychophysiologie - etwa die Verschränkung von Hypertonie- und Affektforschung - oder die Befunde zum gestisch-mimischen, körpersprachlichen Ausdruck der Befindlichkeit (wie die Ergebnisse von Rainer Krause) sind ebenfalls noch nicht berücksichtigt. Auch die in die Zukunft weisenden Kooperationen zwischen Neurobiologie, Neuroimmunologie und Psychoanalyse warten noch darauf, hier dargestellt zu werden.

Daher bitten wir um Ihre eigenen Stellungnahmen, Ergänzungen oder Korrekturen. Bitte senden Sie diese an folgende e-Mail-Adresse: koeppe@zedat.fu-berlin.de. Die Zusendungen werden gesichtet und ggf. redaktionell überarbeitet, bevor sie unter dem Namen des Autors bzw. der Autorin in diese Seiten integriert werden. Auf diese Weise können die begonnenen Ausführungen kontinuierlich erweitert und aktualisiert werden.

Zur „Frühgeschichte“ der Psychosomatischen Medizin



Culver Pictures

Hippokrates¹

Geb. ca. 460 v. Chr., wahrscheinlich auf der Insel Kos (Griechenland), gest. zw. 370 und 380 v. Chr. in Larissa (Griechenland)

Für viele Mediziner und Medizinhistoriker gilt Hippokrates als derjenige Arzt der Antike, mit dessen Namen sich der Schritt von der Mythologie zur Logik im Medizinischen Denken verbindet. Der Mensch erschien Hippokrates als Ganzes, als beseelter Leib. Besonders wichtig waren ihm und seinen Schülern, Anamnese und Beobachtung der Patienten, um auf diesem Wege zu Diagnose und Therapie zu gelangen. Das war ein deutlicher Bruch mit der medizinischen Tradition seiner Zeit, in der Krankheiten als durch Götter und magische Kräfte verursacht angesehen wurden. „Bis zum

¹ Microsoft © Encarta © Enzyklopädie Professional 2004. © 1993-2003 Microsoft Corporation. Alle Rechte vorbehalten.

Beginn der Neuzeit bildeten die Hippokratische Lehre, vor allem in der durch *Galen* (129 – 199 n. Chr.) systematisierten und überlieferten Form einerseits und der christlichen Lehre und Anthropologie andererseits gemeinsam mit starken magischen Elementen die Grundlagen der Heilkunde“ (Wesiack¹ 1974, S. 43).

Wesiack² (1974, S. 34) geht davon aus, dass die Heilkunde der Hippokratiker mit vollem Recht psychosomatisch genannt werden könne. Er erwähnt eine quasi psychotherapeutische Intervention (S. 35), mit der Hippokrates dem Makedonier-König Perdikkas dessen unbewusste Verliebtheit in eine Nebenfrau seines verstorbenen Vaters deutete und so seine vermeintliche Schwindsucht heilte.

Das Leib-Seele-Problem im Spiegel des Rationalismus

Die hippokratische Vorstellung einer Art Einheit bzw. Ganzheitlichkeit von Körper, Seele und Geist blieb bis ins 17. Jahrhundert erhalten und änderte sich erst mit dem Franzosen René Descartes. Er galt nicht nur als einer der wichtigsten Naturwissenschaftler und Mathematiker seiner Zeit, sondern auch als Begründer des Rationalismus in der Philosophie. Ihm zufolge gab es zwei Arten von Substanzen, die Gott geschaffen hatte: Eine denkende Substanz („res cogitans“) und eine räumlich ausgedehnte Substanz („res extensa“). In seinen Überlegungen zur Physiologie ging Descartes von Lebensgeistern aus („spiritus animales“), die er als Teil des Blutes betrachtete. In seiner Vorstellung kamen sie im Gehirn mit Teilen der res cogitans in Kontakt und flossen dann in die Muskulatur und in die Nerven. Dort führten sie zu Beseelung des Körpers.



René Descartes³

Geb. 1596 in La Haye (Frankreich),
gest. 1650 in Stockholm (Schweden)

Dieser von Descartes vertretene Dualismus zwischen Körper und Geist/Seele wurde von manchen Wissenschaftlern als Hindernis für weitere wissenschaftliche Entwicklungen angesehen, auch wenn Descartes auf der anderen Seite durch seine damals neuen Anschauungen mit der scholastischen Tradition brach. Diese beschränkte sich im

² Wesiack W: Grundzüge der psychosomatischen Medizin. Beck, München, 1974

³ Foto von <http://descartes.thefreelibrary.com/>

Grunde darauf, Lehrmeinungen zu vergleichen und dabei auf eine Diskurs-Methodik bzw. auf die Logik zu verzichten.

Ab dem 18. Jahrhundert erhielt die Heilkunde dann wesentliche Impulse durch Fortschritte in der Physik und der Chemie. Empirie, Experiment und quantifizierendes Messen hielten auch in die medizinische Forschung immer mehr Einzug. Der menschliche Körper als Objekt der Forschung rückte so sehr in den Mittelpunkt, dass kaum mehr Platz war für einen subjektwissenschaftlichen Standpunkt. Durch die enormen Fortschritte der Naturwissenschaften entwickelte sich die Medizin immer mehr zu einer Art Anwendungsgebiet der Naturwissenschaften. Die Beachtung psychosozialer Faktoren und individueller Erlebnisaspekte trat zurück hinter die Haltung, dass es um Erforschung und Behandlung von Krankheiten und nicht von Kranken gehe.

Psychismus und Somatismus – zwei Medizin-Richtungen im 19. Jahrhundert

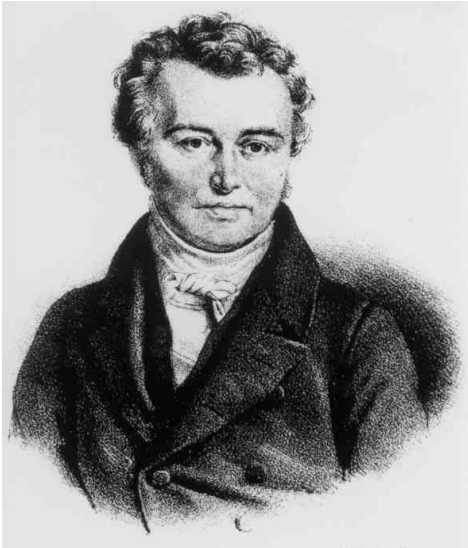
Im Zuge der o. g. Entwicklung spalteten sich im 19. Jahrhundert die Mediziner in sog. Psychiker bzw. Somatiker. Zu letzteren zählten so bekannte Ärzte wie Virchow, Griesinger und Friedrich, die sich politisch eher zu liberalen und linken Strömungen des 19. Jahrhunderts bekannten und seelische Störungen in erster Linie als Folge körperlicher (materiell-substanzieller) Veränderungen ansahen. Die Psychiker waren aber zunächst einmal nicht Psychologen in unserem heutigen Sinne, sondern meistens romantische Mediziner, deren Haltung nicht psychologisch, sondern moralistisch war⁴. Manche Vertreter dieser Richtung gingen so weit, Krankheit als Folge persönlichen Fehlverhaltens zu verstehen. Zu den Hauptvertretern der Psychiker zählte J. C. A. Heinroth, der 1818 zum ersten Mal den Begriff *Psychosomatik* verwendete⁵. In seiner Literaturkritik vom März 2003 weist Anz⁶ aber darauf hin, dass in der Person von Heinroth uns auch die Doppelgesichtigkeit der Medizin des 19. Jahrhunderts entgegen tritt:

Einer der Lieblingsgegner der Somatiker war Christian Heinroth, der bedeutendste Repräsentant der Psychiatrie in den zehner und zwanziger Jahren des 19. Jahrhunderts. So deutlich wie an keinem anderen Vorläufer der Psychosomatik lässt sich an ihm das vielfach prekäre Doppelgesicht einer Medizin zeigen, die mit dem Anspruch auftritt, auf den kranken Menschen in allen seinen Dimensionen einzugehen. Für Heinroth kann uns noch heute sein Versuch einnehmen, jedes Krankheitsgeschehen in seinen psychischen wie somatischen und lebensgeschichtlichen Gesamtzusammenhängen zu verstehen. "Wir sind nicht aufmerksam genug auf den ganzen Lebensgang seelengestörter Individuen", schrieb er, "wir würden sonst finden, daß Melancholie, Wahnsinn, Manie usw. stets Resultat des Gesamtlebens sind". Doch eben dieser Arzt ist zugleich ein Beispiel dafür, dass dieser ganzheitliche Blick anfällig dafür ist, Medizin zum Instrument der Durchsetzung bestimmter moralischer Vorstellungen zu machen. Heinroth hatte mit geradezu missionarischem Eifer die moralistische Deutung psychischer Krankheiten auf die Spitze getrieben. Jede "Seelenstörung" beschrieb er als Abfall von Gott und der "heiligen Vernunft", als das Böse und Teuflische schlechthin.

⁴ s. a. Ackerknecht EH: Die kurze Geschichte der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 3. Aufl., 1985, S. 60

⁵ Heinroth JCh: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung - Vom rationalen Standpunkt aus entworfen, Teil II; Leipzig, 1818

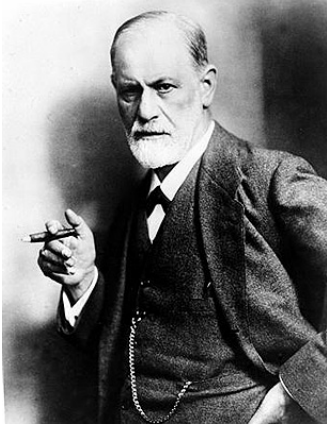
⁶ http://www.literaturkritik.de/public/rezension.php?rez_id=5898&ausgabe=200303



Johann Christoph August Heinroth
 Geb. 1773 in Leipzig (Deutschland),
 gest. 1843 in Leipzig (Deutschland)

S. Freuds Entdeckung des ersten psychosomatischen Modells

Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, war ursprünglich Neurologe und Neuropathologe. Er war auch der erste von der somatisch orientierten Medizin herkommende Arzt und Wissenschaftler, der mit seinem **Konversionsmodell** unbewusste Phänomene und Symptome als Folge des Wechselspiels zwischen Seele und Körper beschrieb. Stark vereinfacht beinhaltet es, dass ein intrapsychischer Konflikt ins Körperliche „konvertiert“ – also übersetzt - und dort auch zum Ausdruck gebracht wird. Das Konversionsmodell ist das erste wissenschaftlich begründete und empirisch überprüfbare psychosomatische Modell; seine Gültigkeit ist begrenzt auf jene psychogenen Körperstörungen, bei denen ein unbewusster Trieb-Abwehr-Konflikt nachgewiesen werden kann. Dieser Konflikt wird *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 (Trieb-)Impuls dadurch (unbewusst) abgewehrt wird, dass es zur (nicht primär organisch verursachten) Lähmung jenes Körperteiles kommt, das die Handlung hätte ausführen können. Der Konflikt zwischen den beiden eigenen Tendenzen (Sehen wollen und nicht sehen sollen oder dürfen, handeln wollen und nicht handeln sollen oder dürfen) verschwindet aus dem Bewusstsein und an seine Stelle tritt das Körpersymptom. In der körperlichen Symptomatik sind somit sowohl der Triebimpuls, als auch die Abwehr dieses Triebimpulses 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.



Sigmund Freud

Geb. 1856 in Freiberg (Österreich-Ungarn),
gest. 1939 in London (England)

Erweiterungen und Folgemodelle des Konversionskonzeptes

Während Konversionssymptome vor allem im Bereich der Sinnesorgane und der willkürlich innervierten Muskulatur auftraten und dort pseudoneurologische Erscheinungen hervorriefen (Lähmungen, Gangstörungen, Anfälle, Sensibilitätsstörungen etc.), machte die Einschätzung psychogener Störungen der inneren Organe größere Schwierigkeiten. Insbesondere konnte hier sehr oft kein klassischer, intrapsychischer Triebabwehr-Konflikt und seine Symbolisierung nachgewiesen werden.

Fenichel arbeitete dann einen entscheidenden Unterschied bei psychogenen Körpersymptomen heraus: Er konnte darstellen, dass bestimmte vegetative Phänomene keineswegs symbolisierter Ausdruck einer bestimmten (ödipalen) Konfliktpathologie waren, sondern diffuses Affektäquivalent. Letzteres hatte sehr oft seinen Ursprung in frühen, präödipalen Entwicklungsstadien. Verdeutlicht wurde das von Fenichel u. a. am Beispiel des nächtlichen Einnässens (enuresis): Demnach ist z.B. die autoerotische Harnausscheidung prägenital, wenn sie unbewusst das Ziel des wärmenden Hautkontaktes hat; sie ist genital bzw. ödipal, wenn sie als Masturbationsäquivalent auftritt.



Otto Fenichel⁷

Geb. 1897 in Wien (Österreich),
gest. 1946 in Los Angeles (USA)

⁷ Fotoveröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des San Francisco Psychoanalytic Institute (http://www.sfpis.org/library/library_photogallery.htm)

Obwohl Freud die Psychoanalytiker am liebsten von psychosomatischen Fragestellungen fern gehalten hätte, befassten sich doch mehrere seiner Schüler intensiv damit. So geht der Begriff Organneurose auf *Sandor Ferenci (1873-1933)* zurück⁸ und wurde von Felix Deutsch weiter ausgearbeitet.

ABHANDLUNGEN ZUR
GESCHICHTE DER MEDIZIN
UND DER NATURWISSENSCHAFTEN

Gerrit Hohendorf

Die Psychosomatische Theoriebildung
bei Felix Deutsch (1884–1964)

Ein Beitrag zur Geschichte der Psychoanalyse des Körpers



Matthiesen Verlag

Felix Deutsch

Geb. 1884 in Wien (Österreich),
gest. 1964 in Cambridge / Mass. (USA)

Der hatte sich an der Universität Wien in Innerer Medizin habilitiert, wo er auch 1919 die erste Klinik für Organneurosen errichtete. Sein wissenschaftliches Arbeiten galt zunächst den Herzkrankheiten, der Sportmedizin und der Biopsychologie. Er gab 1939 folgende Definition für den Begriff der Organneurose⁹:

„Eine Organneurose ist der notwendige Ausdruck eines neurotischen Konfliktes in Form einer Organstörung, die auf bestimmte Weise charakterisiert ist. Die Wahl des Organs wird dadurch determiniert, dass es noch vor dem Abschluss der Triebentwicklung in Mitleidenschaft gezogen wurde. Die seinerzeit automatische Antwort auf die organische Funktionsstörung schaffte eine psychosomatische Einheit: Es entstand eine aktives oder ein latentes Zusammenwirken von - und eine Wechselwirkung zwischen - einem prädestinierten Organ und einem psychischen Konflikt. Dieses psychosomatische Wechselspiel wird dann später bei gewissen somatischen oder emotionalen Zuständen als die pathologische Lösung eines psychischen Konfliktes benutzt und führt zu einem festgelegten Symptomenkomplex. Wird der alte bzw. latente psychische Konflikt reaktiviert, so werden gleichzeitig in dem Organ, das ursprünglich mit dem Konflikt verbunden war, bestimmte Symptome erzeugt. ... So wird eine bestimmte Phase eines emotionalen Komplexes in spezifischer Weise ursächlich und notwendig mit einer organischen Dysfunktion verknüpft.“ (S. 252, Übersetzung W. Köpp.)

⁸ s. a. Plänklers T: Heinrich Meng und sein Begriff der Organpsychose – zur ich-psychologischen Wende psychosomatischer Theoriebildung in den zwanziger und dreißiger Jahren. In: Meyer AE, Lamparter U (Hg.): Pioniere der Psychosomatik. Asanger, Heidelberg, 1994 S. 136

⁹ Deutsch, F. (1939). The Choice of Organ in Organ Neuroses. Int. J. Psycho-Anal., 20:252-262

Paul Schilder – in Deutschland und Österreich erstaunlich wenig rezipiert – wurde als Psychiater in den USA hoch geachtet und hatte wesentlich Anteil daran, dass die Psychoanalyse in Nordamerika zwischen 1930 und 1960 großen Einfluss innerhalb der psychiatrischen Fachwelt entfalten konnte. Schon in den 20er Jahren konfrontierte er psychoanalytische Konstrukte mit den lerntheoretisch fundierten Reflexbefunden und Konditionierungsexperimenten des russischen Nobelpreisträgers Pavlov. Er griff Pavlov an, weil dieser mit seinen Konditionierungsversuchen behauptete, bei Hunden eine experimentelle Neurose erzeugen zu können. Schilder kritisierte Pavlovs Konzeptualisierung der konditionierten Reflexe als reduktionistisch und hielt ihm entgegen, dass es besser gewesen wäre, subjektive Erlebnisberichte konditionierter Menschen als objektive Beobachtungen an konditionierten Hunden auszuwerten.



Paul Ferdinand Schilder¹⁰
Geb. 1886 in Wien (Österreich),
gest. 1940 in New York (USA)

International beachtet wurde vor allem Schilders Buch *The image and the appearance of the human body*, das 1935 in London und 1950 in New York erschien. Darin nimmt er eine sehr wichtige Begriffsklärung vor: Er unterschied zwischen Körperschema und Körperbild. Beide Konstrukte wurden im Laufe der Zeit weiter ausgearbeitet. Das *Körperschema* ist die gefühlssichere Vorstellung von Körpergrenzen und Größenrelationen der Körperteile zueinander und zur Umgebung, die sichere Vorstellung vom Organismus als physikalischem Körper. Das Körperschema ist bei allen Vertretern der Gattung Mensch ähnlich. Bei z. B. körperhalluzinatorischen Zuständen kann es durch Fragmentierungserleben gestört sein. Das *Körperbild* ist hingegen Ausdruck der subjektiven Geschichte und der Beziehungserfahrungen des einzelnen Menschen im Hinblick auf seine Körperlichkeit; aus heutiger Sicht kann es zum Teil als Aspekt des Selbst verstanden werden, insofern es das Selbstwerterleben betrifft und die Konfrontation der eigenen, bewertenden Selbstwahrnehmung mit persönlichen und gesellschaftlichen Wertvorstellungen und Normen.

Wilhelm Reich, der in den 20er Jahren an der Wagner-Jauregg-Klinik unter Schilder arbeitete, verfolgte einen anderen psychosomatischen Strang der Psychoanalyse: Ausgehend von Freuds früher Libidotheorie nahm Reich den Freud'schen Energiebegriff

¹⁰ Fotoveröffentlichung mit freundlicher Genehmigung der Alan Mason Chesney Medical Archives of The Johns Hopkins Medical Institutions.

physikalisch wörtlich. Freuds frühe Vorstellung der Libido (als Energieform des Sexualtriebs) war noch sehr an die Physiologie angelehnt und beinhaltete einen quantitativen Gesichtspunkt, der als energetisch-ökonomisches Prinzip angesehen werden kann, der aber in der Geschichte der Psychoanalyse immer weiter in den Hintergrund geriet.

In seinen ersten Büchern „Der triebhafte Charakter“ (1925) und „Die Funktion des Orgasmus“ (1927) beschrieb Reich auf der Basis sorgfältiger klinischer Beobachtungen Erregungsabläufe und Erlebnisweisen bei gehemmter und bei gesunder Sexualität. Boadella¹¹ ist der Ansicht, dass Reichs hartnäckiges Festhalten an der Libido- bzw. an der Triebtheorie der Grund war, der Reich wissenschaftlich von der psychoanalytischen Bewegung trennte. So habe Reich eine Sexualökonomie auf der Basis der psychoanalytischen Triebtheorie entwickelt, während (zwischen 1920 und 1950) sich der psychoanalytische mainstream von der Triebpsychologie ab- und der Ich-Psychologie zugewandt habe.



Wilhelm Reich

Geb. 1897 in Dobrzanica (Österreich-Ungarn)
gest. 1957 in Lewisburg/Pennsylvania (USA)

Für die Psychosomatik war neben der Beschreibung des sexuellen Erlebens die Beobachtung Reichs wichtig, dass seelische Panzerungen (Charakterpanzer) sich auch körperlich manifestierten – z. B. muskulär („Muskelpanzer“). Darauf beziehen sich auch heute noch mehrere körperpsychotherapeutische Verfahren. Nach der Emigration in die USA beeinflusste Reich vor allem Psychotherapeuten wie Ronald D. Laing, Alexander Lowen und Fritz Perls.

Das Problem der Spezifität beim Zusammenwirken seelischer und körperlicher Faktoren

Ein Kontrahent W. Reichs in der psychoanalytischen Community war Franz Alexander. Reich warf Alexander ein Zitat vor, in dem dieser das Strafbedürfnis als Kernstück bzw. das Spezifikum der Neurose bezeichnet hatte¹². Alexander rechtfertigte sich dahingehend, dass er nicht habe behaupten wollen, dass triebhemmende Überich-Aktivitäten das Primäre der Neurose seien; er bezog sich auf Freuds Schrift „Das Ich und

¹¹ Boadella D: Wilhelm Reich – Leben und Werk eines Mannes, der in der Sexualität das Problem der modernen Gesellschaft erkannte und der Psychologie neue Wege wies. Fischer, Frankfurt/M. 1983, S. 16

¹² Reich, W. (1928). I a Criticism of Recent Theories of the Problem of Neurosis. Int. J. Psycho-Anal., 9:227-240

das Es“ und leitete die Triebhemmung aus der Angst des Ichs vor dem Überich her – als Folge der Kastrationsangst¹³.



Franz Alexander¹⁴

Geb. 1891 in Budapest (Österreich-Ungarn)
gest. 1964 in Palm Springs (Kalifornien/USA)

Für die Psychosomatik waren allerdings die Spezifitätsannahmen Alexanders wichtiger. Seiner Theorie zufolge¹⁵ *„variieren die physiologischen Reaktionen auf emotionale Reize sowohl im Normalen wie auch im Kranken in Abhängigkeit von der Art des auslösenden emotionalen Zustandes. Lachen ist eine Reaktion auf Heiterkeit, Weinen auf Kummer, Seufzen drückt Erleichterung oder Verzweiflung und Erröten Verlegenheit aus. Die vegetativen Reaktionen auf unterschiedene emotionale Reize variieren ebenso entsprechend der Qualität der Emotionen. Jeder emotionale Zustand hat sein eigenes physiologisches Syndrom. Blutdrucksteigerung und beschleunigte Herzstätigkeit sind ein regelmäßiger Bestandteil von Wut und Furcht. Erhöhte Magensaftsekretion kann eine regressive Reaktion auf eine Not- oder Gefährdungssituation sein. Asthmaanfälligkeiten sind mit einer unbewußten unterdrückten Regung, nach der helfenden Mutter zu schreien, korreliert.“*

Alexander postulierte also eine Konfliktspezifität, die zu bestimmten vegetativen Reaktionen und - bei entsprechender Disposition (sog. konstitutioneller Faktor X) - zu bestimmten Krankheiten führte. Dabei widmete er der jeweils vorherrschenden sympathischen bzw. parasympathischen Innervation besondere Aufmerksamkeit. Auf diese Weise gelang es Alexander, theoretisch Anschluss an die Psychophysiologie seiner Zeit zu gewinnen. Die von ihm systematisch beforschten sieben Krankheitsbilder – später als „holy seven“ bezeichnet – waren: Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale, essentielle Hypertonie, Neurodermitis, rheumatoide Arthritis und Thyreotoxikose.

Die Annahme Alexanders, dass jede emotionale Spannung ihr spezifisches physiologisches Syndrom haben soll, ließ aber nach seiner Ansicht die Frage nach der Ätiologie – d. h. die Frage nach Art und Weise des Zusammenwirkens seelischer und konstitutioneller Faktoren, die das organische Geschehen beeinflussen, weiter offen.

Die Fortschritte in der psychosomatischen Forschung haben die Spezifitätshypothese Alexanders in der von ihm behaupteten Generalisierung nicht

¹³ Alexander, F. (1928). II a Reply to Reich's Criticism. Int. J. Psycho-Anal., 9:240-246

¹⁴ Foto aus: Marmor J (2002): Franz Alexander, 1891-1964. Am J Psychiatry 159:1305, August 2002. Copyright: The American Journal of Psychiatry. URL <http://ajp.psychiatryonline.org/>

¹⁵ Alexander F: Psychosomatic Medicine. 1950; dt.: Psychosomatische Medizin – Grundlagen und Anwendungsgebiete. 3. unveränd. Aufl., de Gruyter, Berlin, 1977, S. 44

bestätigen können, wenngleich immer wieder für relevante Subgruppen von Patienten die Zuschreibungen Alexanders zutreffen. Dies trifft aber genauso für andere psychosomatische Spezifitätsannahmen zu, wie etwa der von Schultz-Hencke¹⁶. Die Untersuchungsergebnisse und Hypothesen Alexanders haben die weitere psychosomatische Forschung enorm stimuliert – z. B. die Frage, welche Symptomkonstellationen auf bestimmte Charakterzüge und welche auf situative Zustände zurückzuführen sind („state oder trait“).

Nach Ansicht von v. Rad¹⁷ (S. 152) nahmen Engels und Schmale¹⁸ eine Erweiterung des Alexander'schen Spezifitäts-Modells vor: *Am Beispiel etwa der Hauterscheinungen bei der Neurodermitis vertreten sie ihre These, daß der Zeitpunkt und Ort der Läsion, jedoch nicht die Läsion selbst die Kriterien einer Konversion voll erfüllen (Engel, Schmale 1967, 242). Es ist für das Konversionskonzept der Autoren wichtig, daß sie scharf zwischen dem Akt der Konversion und den sekundären Folgeerscheinungen unterscheiden. ... Im Rahmen etwa objektgerichteter Aktivitäten ... können die beteiligten physiologischen wie pathophysiologischen Prozesse sehr wohl auch eine seelische Repräsentanz erlangen.*

Max Schur – für viele Jahre Freuds Leibarzt bis zu dessen Tod – musste wie fast alle o. g. Psychoanalytiker vor den Nationalsozialisten in Österreich und Deutschland flüchten. Nach Freuds Tod (1939) übersiedelte er von London nach New York. Wie Felix Deutsch, so war auch Schur Internist. Er veröffentlichte zunächst zahlreiche internistische Arbeiten (über Anämie, Magensekretion, Perikarditis und über Syphilis).

Seine psychoanalytischen Forschungen an Neurodermitis-Patienten inspirierten ihn zu sehr grundlegenden und noch heute gültigen, ich-psychologisch akzentuierten Konstrukten, die er in seiner bekannten Publikation *Comments on the Metapsychology of Somatization (1955)* dargelegt hat¹⁹. Unter Bezugnahme auf Freuds Werk *Hemmung, Symptom und Angst (1926)* und verschiedene Arbeiten von Kris und von Hartmann formulierte er eine Theorie der allgemeinen psychoanalytischen Psychosomatik (s. a. link: „Schur Übersicht“).

Demnach sind körperliche und seelische Prozesse in den ersten Lebenswochen weitgehend primärprozesshaft und unkoordiniert. Damit verbunden ist auch, dass Libido, Aggression und Angst in erster Linie körperliche Reaktionen hervorrufen. Mit zunehmender Reifung des Ichs wird der Sekundärprozess wichtiger: Lust, Ärger und Angst können nun zunehmend in ihrer seelischen Qualität erlebt und ausgedrückt werden; das ist die Voraussetzung für jenen Vorgang, den Schur **Desomatisierung** nennt. Je stärker bzw. reifer das Ich ist, je besser die Ich-Funktionen koordiniert und reguliert werden können, desto besser gelingt die Desomatisierung und desto weniger ist es notwendig, auf primärprozesshafte und körperliche Ausdrucksformen seelischer Phänomene zurückzugreifen. Im Sekundärprozess ist das Ich in hohem Maße in der Lage, Libido und Aggression zu neutralisieren und Angst seelisch zu repräsentieren. Gleichzeitig ist im Gefolge des Sekundärprozesses die Fähigkeit zu fühlen und zu denken hoch entwickelt. Schurs Theorie erklärt andererseits aber auch, dass es bei einer funktionellen bzw. situativen oder auch bei einer strukturellen Ich-Schwäche zu jenem Prozess kommen kann, den Schur

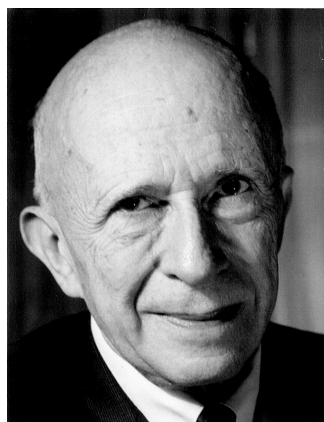
¹⁶ Schultz-Hencke H: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 1951, S. 135

¹⁷ v. Rad M (1979): Weiterentwicklung psychoanalytischer Modelle. In: Hahn P (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychosomatik, Bd. 1. Beltz, Weinheim, 1983, S. 149-155

¹⁸ Engel GL, Schmale AH (1967): Psychoanalytic theory of somatic disorders. J. Am. Psychoanal. Ass. 15:344-365; dt.: Engel GL, Schmale AH (1969): Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. Psyche 23:241-261

¹⁹ Schur, M. (1955). Comments on the Metapsychology of Somatization. Psychoanal. Study Child, 10:119-164

Resomatisierung nennt: Dabei wird dann erneut in für das fortgeschrittene Lebensalter unangemessener Weise auf frühe, primärprozesshafte Ausdrucksformen seelischer Phänomene zurückgegriffen und es kommt zu psychosomatischen Krankheiten.



Max Schur²⁰

Geb. 1897 in Stanislau (Österreich-Ungarn)

gest. 1969 in New York (USA)

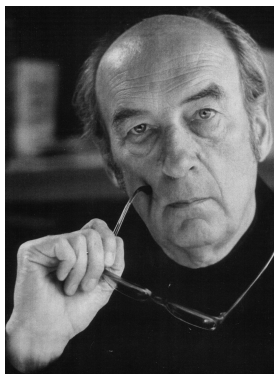
Die hier angesprochene Form der Regression wurde von Le Shan²¹ in Analogie für die psychosomatische Krebsforschung konzeptualisiert: Er unterstellte die Möglichkeit, dass regressive Prozesse schwerpunktmäßig auf seelischer oder auf psychischer Ebene stattfinden könnten. Demnach würde eine maximale Regression psychisch zu einer Psychose führen können, wohingegen die Angstabwehr eines extrem schwachen oder geschwächten Ichs zu einer Regression auf somatischer Ebene erfolgen und im schlimmsten Fall zur Entwicklung einer Krebserkrankung beitragen könnte (Hypothese über sog. Isomorphismus zwischen Psychose und Krebserkrankung). Diese Hypothese fand jedoch durch die psychosomatische Forschung keine Bestätigung.

Die zweiphasige Verdrängung bei Alexander Mitscherlich

Alexander Mitscherlich knüpfte mit seiner Theorie der „zweiphasigen Verdrängung“ direkt an Schur an. Beide gingen – anders als Franz Alexander – nicht von einer allgemein gültigen (*interindividuellen*) Spezifität aus, sondern erklärten psychosomatische Reaktionen und Krankheiten auf der Basis von Anlagen, die im Rahmen bestimmter seelischer Belastungen – insbesondere Traumatisierungen – benutzt werden. Das heißt, dass sie von einer nicht verallgemeinerbaren, *intraindividuellen* Spezifität ausgingen. Mitscherlich beschreibt nun eine *erste Phase*, in der das bedrängte Ich versucht, innere oder zwischenmenschliche Konflikte auf seelischem Wege unbewusst zu machen (Verdrängung). Aufgrund einer vorliegenden Ich-Schwäche (strukturell oder funktionell) gelingt dies nicht und das Ich versucht – *in der zweiten Phase* - einen Rückgriff auf frühere, somatische Ausdrucksformen für anders nicht kanalisierbare Affekte.

²⁰ Foto aus: Wittenberg SM, Cohen LM (2002): Max Schur, M.D., 1897-1969. Am J Psychiatry 159:216, Februar 2002. Copyright: The American Journal of Psychiatry. URL <http://ajp.psychiatryonline.org/>

²¹ Le Shan, L (1977): You can fight for your life. Dt.: Psychotherapie gegen den Krebs. Klett-Cotta, Stuttgart 1982



Alexander Mitscherlich²²

Geb. 1908 in München (Deutschland)

gest. 1982 in Frankfurt/M. (Deutschland)

Unter ausdrücklichem Rückgriff auf Schur schrieb Mitscherlich²³:

„Mit einem Begriff Max Schurs (1974) zu sprechen- »Desomatisierungsvorgänge« (Zurückdrängung körperlicher Korrelate emotioneller Erregung) können durch traumatisch wirksame Erlebnisse eine definitive Behinderung erfahren. Oder es kann schon bei geringer Belastung ein Rückgriff auf die charakteristischen körperlichen Affektkorrelate der frühen Kindheit erfolgen, vor allem den Angstaffekt und seine Ausdrucksformen. Die Kraft zur Neutralisierung von Energie ist im Ich dann geschwächt. Mit dieser Bemerkung spielen wir auf die Theorie von Heinz Hartmann (1964/65) an, es müsse dem Ich gelingen, Triebenergie von ihren ursprünglichen Zielen abzuziehen, zu »neutralisieren« und sich selbst zunutze zu machen, ohne daß dabei aufwendige Konflikte mit Es und Über-Ich entstehen. Nur so könne es sich mit eigenen Zielen gegen die ältere Organisationsform der Triebe, das Es, zur Geltung bringen; unter Umständen auch gegen die innere Präsenz der gesellschaftlichen Normen des Verhaltens, gegen das Über-Ich.

Dabei ist zu bedenken, daß im Akt der Regression niemals das ursprüngliche, infantile psychosomatische Gesamtmilieu wieder erreicht werden kann. Ontogenetische Reifungsschritte können nicht beliebig zurückgenommen werden. Die Reaktionsformen, die für das erste, zweite oder dritte Lebensjahr psychosomatisch charakteristisch und adäquat waren, sind nicht mehr verfügbar. Doch der unbewältigbare affektive Druck, die psychische Erregtheit des Individuums, sucht nach solchen vom Ich nur schwach gebremsten somatischen Ausdruckskorrelaten. Es ist unsere Vermutung, daß die in der Phantasie erstrebte Rückkehr zu bestimmten infantilen Befriedigungsformen oder Abwehrleistungen deshalb krank macht, weil dem Organismus die regressive Anpassung, wie sie hier gefordert wird, nicht mehr möglich ist: Es ist ihm unmöglich, das biologisch infantile Korrelat der Emotion zustande zu bringen. Der Kompromiß zwischen den realen Möglichkeiten des Organismus und einem stürmischen, auf die Außenwelt keine Rücksicht nehmenden Verlangen nach Abhilfe - sei es eines auf Befriedigung pochenden Triebwunsches, sei es starker Angsteinwirkung - vollzieht sich dann in der pathologischen Leistungsveränderung. Das ist freilich nur ein Aspekt der Kompromißbildung; ein anderer liegt in den viel stärkeren aggressiven und libidinösen Möglichkeiten des erwachsenen Individuums und deren autoplastischen Auswirkungen. So wie das reife Individuum libidinös und aggressiv sielt viel nachhaltiger zur Geltung bringen kann als das Kind, so

²² Wir danken der Universitätsbibliothek Frankfurt für die freundliche Überlassung des Fotos aus dem Nachlass von Alexander-Mitscherlich.

²³ Mitscherlich A: Bedingungen der Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten Die zweiphasige Abwehr In: Brede Karola (Hg): Einführung in die psychosomatische Medizin. Syndikat, Frankfurt/M. 1980, S. 396-406

vermögen auch die pathologischen autoplastischen Einwirkungen der Aggression schwere, chronische und unter Umständen tödliche Folgen herbeizuführen.

Pensée opératoire und Alexithymie

Die bisherigen psychoanalytischen Vorstellungen über psychosomatische Phänomene waren mehr oder weniger von der Idee geprägt, dass unbewusste intrapsychische Konflikte – ähnlich wie bei der Konversionsneurose – sich in körperlichen Symptomen niederschlagen bzw. „verdinglichen“ könnten. Mit Schur und Mitscherlich tauchten dann zunehmend *ich-strukturelle* Aspekte in der psychoanalytischen Psychosomatik auf.

Auf dem 20. Kongress der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung 1957 in Paris berichtete der französische Psychoanalytiker Pierre Marty²⁴ erstmals von seinen Beobachtungen, die er an allergischen Patienten gemacht hatte. Er beschrieb normorientierte, sozial gut angepasste Patienten, die dadurch gekennzeichnet waren, dass sie kaum oder gar nicht neurotische Symptome zeigten. Dagegen fiel auf, dass sie weitgehend unfähig zum Fantasieren und Symbolisieren waren. Sie antworteten mechanistisch auf Fragen und wirkten distanziert und unpersönlich. Ihre Schilderungen wirkten konkretistisch und ohne Affekt vorgetragen. Solche Beziehungen werden vom Analytiker dann oft als „relation blanche“ – als leere Beziehung – erlebt, während der Patient den Analytiker ganz funktionalistisch wahrnimmt. Hier ein Beispiel einer solchen Kommunikation:

Patient: Heute hatte ich das Gefühl, dass es länger gedauert hat, bis Sie mir die Tür öffneten. Ich dachte schon, es könnte Ihnen etwas passiert sein und Sie könnten gestorben sein.

Therapeut: Wie wäre das für Sie gewesen?

Patient: Na ja, es wäre schon schade gewesen, denn ich hätte mir dann einen neuen Therapeuten suchen müssen!

Stephanos und Auhagen (1979/1983)²⁵ verstanden die pensée opératoire als archaisch und primärprozesshaft; sie übersetzten es mit „automatistisches-mechanistisches Denken“. Sie fassten auch die relevanten klinischen Befunde noch einmal zusammen:

1. Reduplikation: Die Tendenz, Objekte nach dem eigenen unstrukturierten Selbstbild wahrzunehmen; Beispiel: „Sie haben schwarzes Haar wie mein Mann: Leute mit schwarzem Haar haben mich noch nie enttäuscht.“ (Stephanos u. Auhagen S. 159)
2. Unfähigkeit zu fantasieren und zu träumen – bzw. fallen Träume sehr konkretistisch und als wenig fantasievoll auf. Typische Ich-Leistungen wie Verschiebung oder Verdrängung tauchen kaum auf.
3. Störungen des Körperschemas, die auf defekte Ich-Funktionen bzw. –Strukturen zurückgehen: Störungen der Lateralität, Orientierung in Zeit und Raum, binokuläres Sehen. Eine „dritte Dimension“ gibt es nicht im Erleben der Betroffenen, ihre Zeichnungen bleiben zweidimensional und geometrisch.

²⁴ Marty P (1958): La relation objectale allergique. Rev. Franç. Psych. 22, 5-33

sowie : Marty P (1958): The Allergic Object Relationship. Int. J. Psycho-Anal., 39: 98-103

²⁵ Stephanos S, Auhagen U (1979): Objektpsychologisches Modell auf der Basis der Französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte. In: Hahn P (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychosomatik, Bd. 1. Beltz, Weinheim, 1983, S. 156-175

Die US-amerikanischen Psychiater Nemiah und Sifneos (1970, zit. n. Stephanos u. Auhagen²⁵) fanden dafür den treffenden Begriff Alexithymie („a“ = Mangel, „lexis“ = Wort, „thymos“ = Gefühl). Gemäß Marty (1976) beschrieben Stephanos und Auhagen²⁵ nosologisch vier Kategorien, die sie auch in einer hypothetischen Grafik zusammenfassten:

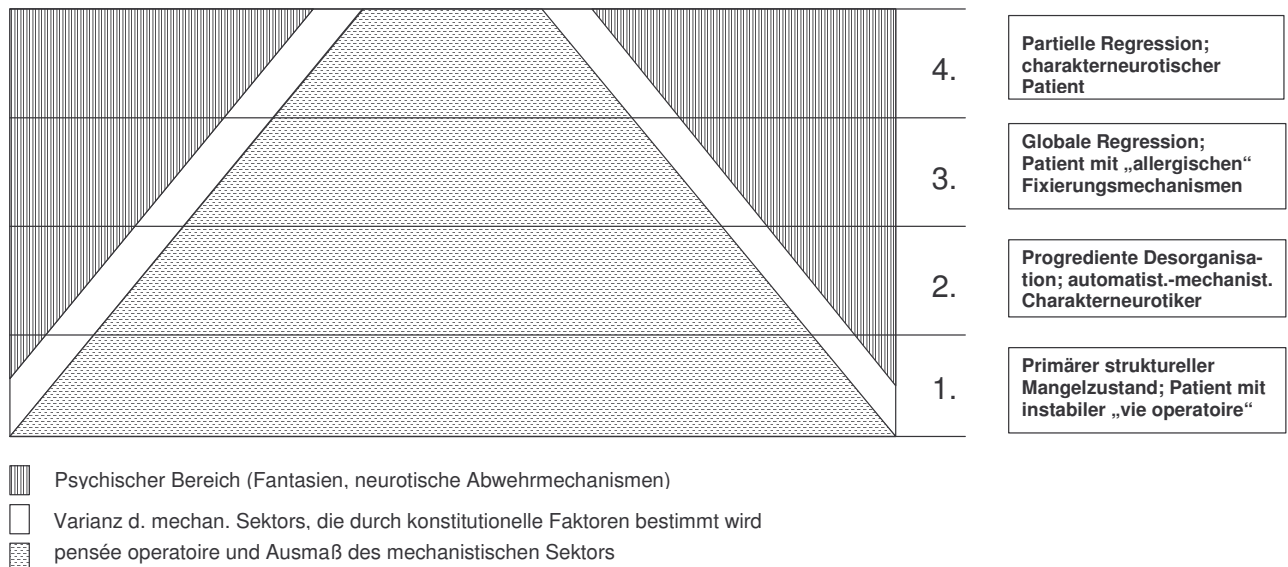


Abbildung: Hypothetische Skala von Stephanos und Auhagen, die Marty's Einteilung psychosomatischer Pathologie weiter führt; Quelle: Stephanos S, Auhagen U (1979): Objektpsychologisches Modell auf der Basis der Französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte. In: Hahn P (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Psychosomatik, Bd. 1. Beltz, Weinheim, 1983, S. 166

Psychosomatik im Zeichen der Neurobiologie – der Blick in die Zukunft ...

Zum Ende des 20. Jahrhunderts war es gelungen das menschliche Genom zu entschlüsseln. Allerdings müssen die verschiedenen genetischen „Landkarten“ noch in ihrer Bedeutung für bestimmte Krankheiten weiter intensiv untersucht werden. Die Wechselwirkung zwischen Anlagefaktoren und Entwicklungsbedingungen wurde bislang von vielen Forschern noch zu wenig interdisziplinär hinterfragt und Befunde daher zu sehr monokausal und zu wenig multifaktoriell diskutiert. Hoffnungsvoll stimmt aber, dass zunehmend Neurowissenschaften und Psychoanalyse aufeinander zugehen und ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersuchen.

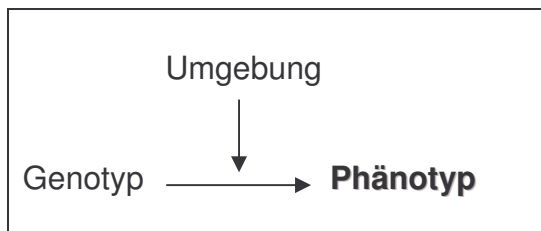
Inhaltlich neu ist dabei das Konzept der Plastizität des Gehirns. Es besagt, dass Erfahrungen sich strukturell in das Gehirn „einschreiben“. So kann Psychotherapie zu strukturellen Hirnveränderungen führen. Mit Lacan könnte man sagen²⁶: „Es kommt darauf an zu begreifen, wie der Organismus in das Subjekt hinein kommt.“ Die neuronale Entwicklung wird nicht – wie lange angenommen – in Kindheit und Jugend abgeschlossen; vielmehr erweist sich das Gehirn sich als ein erstaunlich veränderbares Organ, das ständig neue Eindrücke aufnehmen und dadurch strukturell geprägt werden kann.

²⁶ Lacan J: Position de l'inconscient. Écrits, Seuil, Paris 1966, S. 849

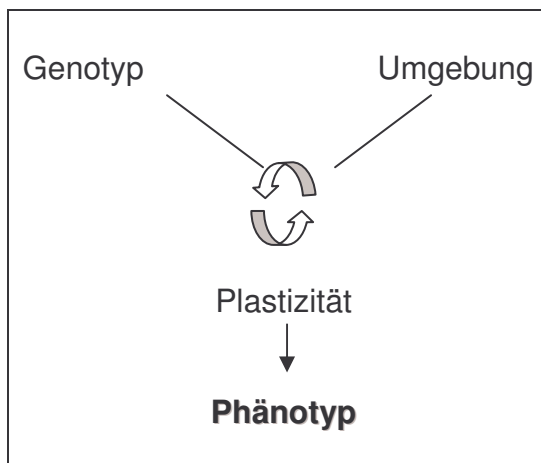
In ihrem Buch *Das Individuelle des Gehirns*²⁷ zeigen der französische Psychoanalytiker François Ansermet und der Neurobiologe Pierre Magistretti wesentliche Aspekte der momentanen Befundlage auf. Das aufregend Neue ist dabei, dass wahrscheinlich die Vorstellung verlassen werden muss, dass die Umgebung (bzw. Erfahrung) die Expression eines bestimmten Phänotyps lediglich beeinflusst oder moduliert (sog. Interaktionsmodell). Vielmehr legen die Befunde nahe, dass Genotyp und Umgebung (bzw. Erfahrung) gemeinsam als gleichwertige Determinationsachsen einen individuellen Phänotyp hervorbringen. Die Verbindungen zwischen den Neuronen werden laufend durch neue Erfahrungen verändert. Wie der Nobelpreisträger E. R. Kandel²⁸ in der Zeitschrift *Science* 2001 festgestellt hat, können für die Expression eines Gens epigenetische Faktoren wie die subjektive Erfahrung eine entscheidende Rolle für die Verwirklichung des genetischen Programms spielen.

Die folgende Abbildung orientiert sich an der Darstellung von Ansermet und Magistretti (2005, S. 26).

Interaktionsmodell: Hierbei erfolgt lediglich eine Modulation des Genotyps durch Umgebung (bzw. Erfahrung).



Plastizitätsmodell: Hierbei sind Genotyp und Umgebung (bzw. Erfahrung) gleichwertige Determinationsachsen für die Expression des Phänotyps.



²⁷ Ansermet F, Magistretti P (2004): À chacun son cerveau – Plasticité neuronale et inconscient. Dt.: Die Individualität des Gehirns. Suhrkamp, Frankfurt/M. 2005

²⁸ Kandel ER (2001): The molecular biology of memory storage: A dialogue between genes and synapses. *Science*, 294:1030-1038