

Der verborgene Sinn somatoformer Störungen am Beispiel einer Neurasthenie

Thomas Cotar

Privatpraxis, Zürich, Switzerland

Funding/potential conflict of interest: No conflict of interest.

Summary

Based on a case study, it is intended to present a new daseinsanalytic understanding of psychosomatic symptoms. It assumes that people with somatoform disorders are largely alienated from their body and therefore able to delegate their psychological problems to it. As a result, they gain a psychological relief from these existential basic experiences to which they are particularly sensitive, however without being able to deal with them on a psychological level. In this way, Daseinsanalysis expands the understanding of psychoanalysis that is too exclusively oriented to the infantile past (Freud's "Reminiscences").

Key words: somatoform disorder; neurasthenia; Daseinsanalysis; meaningfulness; guilt; conditio humana

Fallgeschichte

Eine 37-jährige Frau arbeitete seit Mitte der 1990er Jahre in einem grossen Dienstleistungsbetrieb. Wegen der wirtschaftlichen Schwierigkeiten des Unternehmens wurde der Arbeitsdruck Anfang 2000 durch eine massive Kündigungswelle und Intensivierung der Arbeitszeit des Personals mit deutlich kürzeren Ruhezeiten zwischen den einzelnen Schichten enorm erhöht. Zudem steigerte die Patientin ihr Arbeitspensum von ursprünglich 90% auf 100%, da Gerüchte besagten, dass zuerst Teilzeitarbeitenden gekündigt werde. Daneben bereitete ihr die private Situation erhebliche Mühe: Die seit Anfang 2000 bestehende Beziehung zu einem fünf Jahre älteren Handwerker, geschieden und beruflich selbständig, war belastet durch die häufige Anwesenheit seines schulpflichtigen Sohnes aus erster Ehe. Dieser benahm sich oft psychisch auffällig, indem er impulsiv, aggressiv, unkonzentriert und rastlos die ihn umgebenden Personen bedrängte und herausforderte. Die Patientin in ihrer auf Ausgleich und Harmonie bedachten Art fühlte sich verpflichtet, dem Jungen beizustehen, ihn zu beruhigen und für ihn zu sorgen, was sie regelmässig überforderte und sehr kräfteaubend war. Dies umso mehr, als sich die besagten Treffen oft am Wochenende abspielten, die eigentlich als Ruhe- und Erholungszeit der Patientin gedacht waren.

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Cotar
Fröbelstrasse 33
CH-8032 Zürich
tcotar@hin.ch

In der Folge kam es 2005 erstmals zu massiven Schlafstörungen, so dass zeitweise trotz starker Müdigkeit überhaupt kein Schlaf mehr möglich gewesen sei. Die Patientin nahm deshalb einen Arbeitsurlaub von einem Monat, und nahm die erhöhte Kündigungsgefahr durch Arbeitsabsenz in Kauf. In dieser Zeit benutzte sie während zwei Wochen ein Schlafmittel zur Unterstützung. Es traten aber zusätzliche Symptome auf wie Schwächegefühl und Kribbeln in den Beinen. Die Patientin versuchte es mit Kinesiologie und Akupunktur, doch ohne Erfolg. Einen Monat später nahm sie die berufliche Tätigkeit wieder auf. Es kam erneut zu massiven Schlafstörungen und einem Erschöpfungszustand, der ein Jahr später zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führte. Zu jener Zeit suchte sie wegen anhaltender Kopfschmerzen und Kribbelparaesthesien in den Händen und am Kopf einen Neurologen auf, der keine somatisch-pathologischen Befunde erheben konnte, sie aber als depressiv und überlastet einschätzte und ihr ein schlafanstossendes Antidepressivum verschrieb. Nach mehreren Wochen setzte die Patientin das Medikament wieder ab, da es erhebliche Nebenwirkungen wie Tagesmüdigkeit und Benommenheit verursachte. Die Patientin nahm von sich aus nebenbei andere Schlafmedikamente ein, ohne dass sich jedoch der Schlaf gebessert hätte. Ein mehrmonatiger Arbeitsversuch im Umfang von 20% bis 30% in einer eher handwerklichen Funktion musste schliesslich abgebrochen werden, da jeder Versuch der Steigerung des Pensums zu massiven Erschöpfungszuständen und Gefühlen von Verzweiflung und Hilflosigkeit führte. Eine Vielzahl niedrig dosierter antidepressiver Medikamente war gänzlich mit störenden Nebenwirkungen wie z.B. Übelkeit, Bauchkrämpfen, Kopfschmerzen, verstärkten Einschlafstörungen und Schwindel behaftet. Auch verschiedene Arten von Körpertherapien halfen nicht weiter. Nach einer von der Patientin selber veranlassten schlafmedizinischen Abklärung an einem Schlaflabor, die ebenfalls ohne fassbare Resultate blieb, kam sie zu mir in Behandlung. Sie wollte möglichst schnell ihre Beschwerden, insbesondere ihre Schlafstörungen, beheben haben und nahm dafür – mit einer gehörigen Portion Skepsis – eine Psychotherapie in Kauf. Eine später von mir veranlasste körperliche Untersuchung bei der Hausärztin ergab wiederum keine somatisch-pathologischen Befunde.

In den Psychotherapiestunden war sie stets höflich, ja freundlich, zuvorkommend, hilfsbereit und zurückhaltend, was eigene Ansprüche oder Wünsche betraf. Im Gespräch verhielt sie sich meist passiv und abwartend. Immer wieder beklagte sie ihre anhaltenden Schlafstörungen, die sie nebst anderen Körpersymptomen als Hauptpro-

blem bezeichnete. Denn wenn sie gut schlafen könnte, wäre sie, so ihre Argumentation, auch erholt und hätte genug Energie, um ihre bisherige Tätigkeit und ihre Verhaltensweisen weiterzuführen. Den Haushalt zu führen und Administratives zu erledigen sei sehr schwierig geworden, da sie schon nach kurzer Zeit keine Kraft mehr habe und sich erschöpft fühle. Öfter wurde sie in den Sitzungen weinerlich, reizbar, angespannt, innerlich unruhig und wirkte ratlos und verzweifelt. Eine durchgehende Niedergeschlagenheit, Deprimiertheit oder Interesselosigkeit wurde von der Patientin hingegen nie beklagt und konnte auch in der Psychotherapie nie durchgehend beobachtet werden. Ebenso fehlten Panikattacken in der Anamnese und den Beschwerdeklagen genauso wie eine vorherrschende Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse.

Zur Anamnese: Die Patientin ist im deutschsprachigen Teil der Westschweiz aufgewachsen. Der Vater ist Deutschschweizer und wird von ihr als streng, pedantisch, geizig und cholerisch beschrieben. Die Mutter stammt aus der Westschweiz und spricht nur französisch. Sie habe sich nie assimilieren können, sei oft herumgelegen, kränklich, antriebslos und bedrückt und habe den Haushalt meist nicht oder nur teilweise erledigen können. Die Patientin schildert die Mutter als eine nette, feinfühlig aber ängstliche Frau, die mit ihrer Hinälligkeit oft den Zorn des Vaters auf sich gezogen habe. Sie habe als Kind unter den lautstarken Auseinandersetzungen gelitten und oft eine mögliche Trennung der Eltern gefürchtet. Um die Mutter zu entlasten und die Konflikte der Eltern zu mindern, habe sie schon im Alter von fünf Jahren die Haushaltarbeit der Mutter teilweise übernommen, später auch neben der Schule. Sie sei ein ruhiges und angepasstes Kind gewesen, das sich unauffällig benommen habe und stets hilfsbereit gewesen sei.

Vom Nutzen einer psychiatrischen Diagnose

Ich beschränke mich im Folgenden auf jene Aspekte der Schilderung, die für ein Verständnis der somatoformen Symptome von Bedeutung sind. Einerseits ist die Patientin nach aussen stets freundlich, rücksichtsvoll, zuvorkommend, zurückhaltend und will es immer allen recht machen. Weder spürt sie selber Aggressionen noch werden solche gegenüber andern sichtbar. Andererseits ist sie gemäss ihren eigenen Aussagen sich selbst gegenüber sehr fordernd, muss alle Pendenzen sogleich erledigen, nimmt dabei keine Rücksicht auf ihre Kraftlosigkeit und Erschöpfung, die sie zugleich immer wieder teils bitterlich, teils gereizt beklagt. In diesem Verhalten kommt eine Selbstaggression zum Ausdruck. Auffallend ist auch das Verhältnis zum eigenen Körper: Er ist Mittel zum Zweck, sich den fremden bzw. übertriebenen eigenen Ansprüchen an sich selbst zu unterwerfen. Der Körper taucht in der Selbstwahrnehmung kaum auf, solange er funktioniert und wird, sobald er sich mit Krankheitssymptomen zu Wort meldet, als störendes Hindernis erfahren, zwar lästig, aber zugleich fremd und unverständlich. Eigene seelische Konflikte vermag sie nicht zu sehen oder nur als Folge des körperlichen Leidens. Der Körper wird deshalb den verschiedensten (Fach-)Leuten zur Reparatur und Beseitigung

der störenden Symptome überantwortet. Auch ich bin eingereiht in die lange Liste der Therapeuten. Die Patientin leidet offensichtlich und seit langem. Deswegen suchte sie bisher auch verschiedene Fachleute auf. Aber woran leidet sie? Sie selber versteht ihr Leiden als ein rein körperliches und fordert sowohl durch ihre Klagen wie durch die Art der Symptomschilderung dazu auf, sich nur mit diesen Körperbeschwerden zu befassen und somit ihre Sichtweise zu teilen. Lassen wir uns dies für einen Moment gefallen und nähern uns den von ihr geschilderten Beschwerden von der Oberfläche her, ergibt dies die folgende Liste körperlicher Symptome: zur Hauptsache eine anhaltende Erschöpfung und dauernde Schlafstörungen, daneben wiederkehrend Kopfschmerzen, Schwindel, Ameisenlaufen in den Fingern, Reizbarkeit und die Unfähigkeit zu entspannen. Die Symptome sind laut Angaben der Patientin von unterschiedlicher Stärke und können auch im Körper «wandern». Ihre Schilderungen wirken im Einzelnen oft diffus, zielen aber immer darauf, zu beweisen, dass es sich um ein rein körperliches Krankheitsgeschehen handle.

Geht man nosologisch vor, ergeben die Symptome das Krankheitsbild der Neurasthenie, wie es in der ICD-10 im Kapitel F48.0 beschrieben ist. Differentialdiagnostisch konnten eine depressive Störung (F32), eine Panikstörung (F41.0) und eine generalisierte Angststörung (F41.1) ausgeschlossen werden. Das Leiden gehört damit in die grosse Kategorie der somatoformen Störungen. Die Diagnose der Neurasthenie wird heutzutage nur noch selten gebraucht. Häufiger wird die Bezeichnung «Chronic Fatigue Syndrom» (CFS) verwendet, wobei hinsichtlich der Symptome eine weitgehende Übereinstimmung besteht. Was ist mit einer Diagnosestellung gewonnen? Zweifellos die Einordnung in ein Krankheitssystem und damit das Fassbarmachen der zahlreichen Symptome, was eine erste Orientierung und eine Kommunikation unter Fachleuten erleichtert. Aber damit ist noch keine ursächliche Erklärung und schon gar nicht ein *Verständnis* des Leidens erreicht.

Die Psychiatrie folgt mit ihrer Diagnostik dem Vorbild der somatischen Medizin, insofern sie davon ausgeht, dass es sich bei allen Formen psychischen oder auch psychosomatischen Leidens grundsätzlich um «Störungen» bzw. um «Krankheiten» und also um Defizitphänomene handle. Im Falle von somatoformen Störungen stellt sie deshalb einen Bezug zum Körper her, der dem der Patientin auffallend ähnlich ist. Denn auch die Psychiatrie versucht, die Entstehung der Symptome wenn immer möglich auf einer körperlichen Ebene zu erklären, indem sie z.B. nach infektiologischen, immunologischen, genetischen, muskel- und neurophysiologischen, neuroendokrinen oder neurochemischen Ursachen forscht [1].

Jede Diagnosestellung bringt Entlastung, weil sich aus ihr Behandlungsanweisungen herleiten lassen: Die Fremdheit der Körpersymptome scheint dadurch gemildert und damit die zuvor erwähnte Verunsicherung der Patientin reduziert. Im Falle von somatisch orientierten Überlegungen zur Ätiopathogenese bieten sich verschiedene körperliche Behandlungsmassnahmen an, insbesondere eine psychopharmakologische Therapie, z.B. mittels Antidepressiva, Weckaminen oder Hydrokortison [2]. Damit kommt man auch dem Wunsch der Patientin entgegen, die

störenden Symptome zu beseitigen. Denn: was stört, muss weg!

Dennoch: das Leiden der Patientin bleibt weitgehend unverstanden.

Ein psychoanalytisches Verständnis somatoformer Symptome

Nun gibt es eine andere Vorgehensweise als die der Psychiatrie, die darin besteht, den genannten Körpersymptomen nach dem Vorbild Sigmund Freuds [3] einen verborgenen Sinn zu unterstellen. Tut man das, dann lassen sich die manifest unverständlichen Symptome «verstehen». Denn alles, was irgendeinen Sinn bzw. eine Bedeutung hat, statt nur eine «Störung» zu sein, lässt sich verstehen.

Freud machte seine Entdeckungen bekanntlich an Hysterikerinnen und hatte sich also auch mit deren unverständlichen Körperbeschwerden zu befassen. Er führte den Begriff der «Konversion» [4] in die Psychopathologie ein, um den Mechanismus der körperlichen Symptombildung bei der Hysterie zu erklären. Wir verdanken also Freud die Erkenntnis, dass in den körperlichen Symptomen verdrängte Vorstellungen und Konflikte zur Sprache kommen, dass sich in ihnen etwas ausdrückt, etwas heimlich in der Art eines Symbols mitgeteilt wird. Betrachten wir die Symptome unserer Patientin, Erschöpfung, Schwindel, Kopfschmerzen usw., unter diesem Gesichtspunkt, dann fällt auf, dass sie nichts ausdrücken, keinen kommunikativen Gehalt haben. Es kann sich also nicht um Konversionssymptome handeln. Muss man daraus aber folgern, dass sie wie rein somatische Symptome ohne jeden Sinn sind? Auch die Übertragungsphänomene der Patienten mit Konversionssymptomen sind anders geartet als jene, die unsere Patientin zeigt. Patienten mit Konversionssymptomen präsentieren ihre Beschwerden appellativ, emotional, dramatisch und lebendig, unsere Patientin hingegen still, einförmig, zuweilen beharrlich, aber auch emotional distanziert und weniger aufwühlend.

Ganz anders als bei den Konversionssymptomen sah Freud die Symptombildung bei der Neurasthenie, die, wie wir weiter oben gesehen haben, bei unserer Patientin zu diagnostizieren ist: Er war der Ansicht, dass die Symptome der Neurasthenie wie etwa Kopfschmerzen, Erschöpfung, Schwindel usw. keine psychische Bedeutung haben, weil sie nicht seelischen, sondern körperlichen Ursprungs sind [5]. Das würde also auch für die Symptome unserer Patientin gelten, sie wären Freud zufolge «durchaus körperliche Vorgänge» [5], ohne Sinn und Bedeutung.

Damit konnten sich schon zu Freuds Zeiten nicht alle seine Schüler abfinden. So beschäftigte sich Wilhelm Reich (1927) [6] intensiver mit den seelischen Hintergründen der Neurasthenie. Er fand zwei Verlaufsformen, denen unbewusste Sexualkonflikte zugrunde liegen sollten. Daraufhin folgte nach weiteren grundlegenden Arbeiten von Franz Alexander (1951) [7] und Harald Schultz-Hencke (1951) [8], die ebenfalls ein konflikthafte Geschehen bei der Neurasthenie entdeckten, ein immer grösseres Interesse an der Erforschung von psychodynamischen Hintergründen der somatoformen Störungen, so dass Michael Ermann (1987) [9] sagen konnte, dass Freuds Ansicht, die Neuras-

thenie sei somatisch bedingt und nicht seelisch verursacht, als überholt gelte.

Bleiben wir zunächst noch weiter bei der Psychoanalyse. Eine interessante und auch bedenkenswerte Hypothese zur Entstehung somatoformer Symptome hat Max Schur (1955) [10] entwickelt. Da Schurs Modell bis heute grosse Beachtung findet, wird es hier kurz vorgestellt. Schur geht davon aus, dass das Kleinkind Affekte und körperliche Empfindungen nicht getrennt, sondern ineinander verwoben erlebt. Erst im Laufe seiner Entwicklung lernt es, zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen zu unterscheiden. Diesen Vorgang nennt Schur Desomatisierung. Unter seelischer Belastung im Erwachsenenalter kann diese Differenzierung wieder verloren gehen. Es werden dann statt affektiver Reaktionen wie Wut, Angst oder Trauer nur noch Körperreaktionen wahrgenommen, z.B. ein Herzstolpern oder Bauchschmerzen. Dieser Umkehrvorgang wird Resomatisierung genannt. Somatisiert werden also Gefühle wie Wut, Angst, Depression, Gier, Ekel usw. Bei der Resomatisierung bleiben die zugrundeliegenden Affekte unbewusst, während ihr körperlicher Anteil besonders intensiv wahrgenommen wird. Es kommt also zu einer Reduktion der Affekte auf körperliche Prozesse. Damit gelingt eine Entlastung von als unerträglich erlebten Affekten und Konflikten, da nur noch die körperlichen Begleitprozesse erlebt werden.

Kehren wir nun zurück zu unserer Patientin. Die Hypothese von Schur hilft uns, folgendes Problemverständnis zu formulieren. Die Restrukturierungsmassnahmen ihrer Firma lösen Trennungsängste aus und reaktivieren einen für die Patientin unerträglichen Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt, indem sie befürchtet, dass jedes unangepasste, autonome Verhalten Anlass bieten könnte, sie zu entlassen und damit ihre Eigenständigkeit zu bestrafen. Ein ähnlicher Konflikt tritt zusätzlich auf gegenüber dem ungehorsamen und schwer zu führenden Kind des Partners. Den Ärger ihm gegenüber und damit eine autonome Reaktion auf das schwierige Verhalten des Kindes kann sie sich nicht eingestehen, da dies die Gefahr der Zurückweisung und Trennung wiederbelebt. So entsteht ein Konflikt zwischen Zuneigung und Ablehnung, oder pointiert formuliert, zwischen Liebe und Hass. Die dabei aufkommenden (Trennungs-)Ängste werden resomatisiert und damit aus dem bewussten Erleben ferngehalten, so dass statt des brisanten, Angst machenden persönlichen Konfliktes nur noch unpersönliche, wenn auch lästige Körpersymptome wie Spannungszustände, Schmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung ertragen werden müssen.

Die Patientin ist also, wenn wir Schurs Theorie folgen, von unerträglichen Ängsten entlastet, zahlt aber dafür den Preis körperlicher, anonymer Symptome, die nun der Körpermedizin zur Behandlung überantwortet werden können. Die Daseinsanalyse vermag die hier skizzierte psychoanalytische Auffassung zu teilen, ist jedoch Schurs Konzept der Resomatisierung gegenüber auch kritisch eingestellt.

Das psychoanalytische Konzept der Resomatisierung geht von der Vorstellung aus, dass bei Menschen mit somatoformen Symptomen der Körper wieder jene zentrale Bedeutung und auch Funktion zurückerhält, die er in der (frühen) Kindheit hat. Resomatisierung heisst also psychoanalytisch so viel wie Regression auf ein frühkindliches Ver-

hältnis zum eigenen Körper – ein Verhältnis, in welchem der Körper noch das zentrale Bezugsorgan zur Welt ist und das Kleinkind seine Freuden und Nöte noch weitgehend körperlich erfährt. Die Daseinsanalyse hält aber den Regressionsbegriff als solchen schon für problematisch, weil sie bezweifelt, dass es für den erwachsenen Menschen überhaupt eine Rückkehr in frühkindliche Erfahrungs- und Verhaltensweisen geben könne. Es stimmt zwar, dass auch für den Patienten mit somatoformen Störungen der eigene Körper wieder in den Mittelpunkt rückt, so, wie sich das beim kleinen Kind feststellen lässt, aber ansonsten ist das Körperverhältnis des somatisierenden Patienten dem des Kindes sogar diametral entgegengesetzt. Während nämlich das kleine Kind noch ein sehr ungebrochenes Verhältnis zu seinem Körper hat, also unmittelbar in und aus seinem Körper heraus lebt, ist das Verhältnis des psychosomatischen Patienten zu seinem Körper gerade auffällig entfremdet.

Eine weitere aufschlussreiche Hypothese stammt von Gerd Rudolf [11], der das Konzept einer depressiven Somatisierung entwickelt hat. Darauf wird hier nicht näher eingegangen, da dies den Rahmen des Artikels sprengen würde. Es sei auf die entsprechende Literatur verwiesen.

Ein daseinsanalytisches Verständnis somatoformer Symptome

Nachfolgende Ausführungen wurden am Daseinsanalytischen Seminar in Zürich im Sommersemester 2006 und im Wintersemester 2006/07 unter der Leitung von Alice Holzhey erarbeitet. Was die Psychoanalyse als Resomatisierung bezeichnet, muss daseinsanalytisch als eine Delegation der seelischen Problematik (welcher Art sie auch immer sei) an den Körper gefasst werden. Diese Delegation wird gerade darum möglich, weil jeder erwachsene Mensch ein viel gebrocheneres Verhältnis zum eigenen Körper hat als das Kind – ein Verhältnis, das ihm erlaubt, nicht nur im Körper zu sein und aus ihm heraus zu leben, sondern sich auch von seinem Körper zu distanzieren, ihn von aussen zu beobachten, zu bewerten, also auch wie ein «Objekt» zu behandeln und zu benutzen. Achten wir auf das Verhältnis von somatisierenden Patienten zu ihrem Körper, so fällt auf, dass sie diese Möglichkeit der Objektivierung gleichsam auf die Spitze treiben. Sie haben sich faktisch so weit von ihrem eigenen Körper entfremdet, dass er ihnen nur noch als ein «Körperding» vorkommt, das zwar zu ihnen gehört, das sie aber nicht mehr als «eigenes» erleben können, mit dem sie in irgendeiner Weise identifiziert wären. Es ist also bereits das Verhältnis dieser Menschen zu ihrem eigenen Körper, das man als «pathologisch» bezeichnen muss, nicht erst ihre Körpersymptome. Will man dieses Körperverhältnis kategorial einordnen, so zeigt sich eine verblüffende Nähe zur Körpermedizin! Somatisierende Patienten verhalten sich nämlich zu ihrem eigenen Körper nicht viel anders als ein somatisch tätiger Arzt sich einem Patientenkörper gegenüber verhält. Beide nehmen den Körper als ein gesetzmässig funktionierendes Körperding, das störungsanfällig ist und das vom Somatiker auf mögliche Störungen hin zu untersuchen ist.

Der somatisierende Patient verortet also seine seelische Problematik in seinem Körper, den er zugleich als ihm fremd erfährt. Was aber ist der Gewinn dieser Verortung im Körper? Sie bringt eine Entlastung. Kurz zusammengefasst: Der Leidende kann sich von seinem Leiden distanzieren und zugleich davon überzeugt sein, dass es eine Aufgabe für den somatischen Arzt ist, ihn zu heilen. Warum ist der somatisierende Patient auf diesen Krankheitsgewinn angewiesen? Warum somatisiert er, statt das seelische Leiden in neurotischen Störungen auszudrücken, etwa als Zwangshandlung oder Panikattacken oder als eine Tierphobie oder auch eine hysterische Konversion?

Diese Fragen lassen sich nur beantworten, wenn wir ganz kurz das von Alice Holzhey entwickelte daseinsanalytische Verständnis seelischen Leidens exponieren [12]. Es drückt sich schon darin aus, dass die heutige Daseinsanalyse nicht mehr von Krankheit oder Störung, sondern von «Leiden» spricht. Damit schliesst sie sich der grundlegenden Entdeckung Sigmund Freuds an, dass weder neurotische noch psychotische noch psychosomatische Symptome einfach Defizite darstellen, die es wie körperliche Krankheiten zu behandeln gilt. Die Daseinsanalyse teilt mit der Psychoanalyse die Auffassung, dass sich in all diesen psychischen oder somatoformen Symptomen ein «Sinn» oder besser: ein wichtiges subjektives «Anliegen» ausdrückt, das anders nicht zur Sprache kommen kann. Deshalb ist die Hauptfrage immer: Woran leidet dieser Mensch eigentlich, welche existenziellen Grundthemen oder welche existenziellen Konflikte quälen ihn heimlich (unbewusst) und finden in den Symptomen einen (immer entstellten) Ausdruck? Während die Psychoanalyse die leidvolle Problematik grundsätzlich in der frühen Kindheit verortet und deshalb seelisches Leiden als ein «Leiden an Reminiszenzen» definiert [13], öffnet die Daseinsanalyse den Horizont und definiert seelisches Leiden als ein «Leiden am eigenen Sein» [14]. Sie will damit anzeigen, dass es im seelischen Leiden keineswegs nur um Vergangenes geht, das nicht bewältigt wurde, sondern immer auch um existenzielle Grundthemen und Grundkonflikte, die uns ein Leben lang beschäftigen, weil sie zur *Conditio humana* gehören.

Versteht man seelisches Leiden als ein Leiden an Grundproblemen der menschlichen Existenz, dann kann es nicht einfach darum gehen, den seelisch Leidenden möglichst effizient von seinen Symptomen zu befreien und damit angeblich wieder «gesund» zu machen. Denn wer ist seelisch gesund? Niemand wird behaupten wollen, dass jene Glücklichen, die nicht an psychopathologischen Symptomen leiden, auch schon jene Menschen sind, welche sich mit den Grundproblemen ihres Seins wirklich auseinandergesetzt und die unaufhebbaren Begrenzungen des Lebens akzeptiert haben. Es liegt viel näher, seelisches Leiden mit einer übermässigen Sensibilität für die existenziellen Probleme, Konflikte und Begrenzungen in Verbindung zu bringen – mit einer besonderen Offenheit und Durchlässigkeit also, welche diese Menschen verständlicherweise überfordert.

Ihre übermässige Sensibilität zwingt diesen Menschen Erfahrungen und Stimmungen auf, vor welchen dickhäutige Menschen geschützt bleiben. Es handelt sich dabei um Erfahrungen, die alles andere als harmlos oder gar be-

reichernd sind, wie es etwa die Lektüre eines interessanten Buches ist. Die Daseinsanalyse spricht hier in Anlehnung an Kierkegaard und Heidegger von «Angst» [15, 16], wobei diese Angst nicht zu verwechseln ist mit Furcht. Die Angst richtet sich nicht auf konkrete Gefahren, sondern enthüllt uns die unwiderlegliche Wahrheit, dass unser Existieren grundsätzlich gefährdet ist. Diese dem Leben immanente Gefährdung liegt zum Beispiel darin, dass wir sterben müssen, ohne zu wissen wann und wie; dass wir uns immer wieder entscheiden müssen, ohne sicher wissen zu können, ob es nicht ein Fehlentscheid ist und ob wir uns damit nicht schuldig machen; dass wir jederzeit erkranken oder verunfallen können; dass wir uns an Menschen binden, ohne je ganz sicher sein zu können, ob sie unser Vertrauen verdienen; usw.

Ganz generell lässt sich deshalb sagen, dass es vom Ausmass der besonderen Offenheit für die beängstigenden existenziellen Grundthemen abhängt, ob jemand «seelisch gesund» durchs Leben gehen kann oder ob er früher oder später an einer psychischen (oder auch somatoformen) Symptomatik zu leiden beginnt. Das widerspricht keineswegs der unbestreitbaren Tatsache, dass sich oft ein traumatisches Ereignis in der frühen Kindheit oder auch später ausmachen lässt, welches den Leidensprozess in Gang gesetzt hat.

Meine psychotherapeutische Erfahrung bestätigt mir immer wieder, dass somatisierende Patienten noch sensibler sind für die beängstigenden existenziellen Grundtatsachen des Lebens als Neurotiker. Weil dem so ist, muss auch ihr Versuch, sich davor zu schützen, radikalere Formen annehmen als bei den Neurotikern. Damit sind wir wieder bei der bereits dargelegten Delegation der seelischen Problematik (welcher Art sie auch immer sei) an den Körper gelangt. Der Gewinn ist nun offensichtlich: Auf diese Weise kann der Patient am (illusionären) Glauben festhalten, er habe keine seelischen, sondern nur körperliche Probleme, die er getrost dem somatisch tätigen Arzt zur Heilung überantworten könne. So sollen z.B. der Rheumatologe oder Neurologe mit geeigneter Medikation, der Chirurg mit operativen Mitteln, der Radiologe mit bildgebenden Verfahren die psychosomatisch Kranken darin bestätigen, dass ihr Leiden bloss körperlicher Natur sei und also auch mit somatischen Mitteln heilbar.

Jetzt lässt sich auch verstehen, warum somatisierende Patienten auf der Annahme einer körperlichen Verursachung ihrer Symptome insistieren müssen und sich verzweifelt gegen die Zumutung einer Psychotherapie wehren. Für sie stellt eine Psychotherapie (unbewusst) eine weit grössere Bedrohung dar als für den Neurotiker. Dies deshalb, weil es jenes einzige Abwehrdispositiv, das ihnen zur Verfügung steht, in Frage stellt, nämlich die Delegation der überfordernden Problematik an den Körper. Kein Wunder also, dass sie Deutungen von Therapeuten, welche einen Zusammenhang ihres körperlichen Leidens mit einer seelischen Problematik postulieren, so oft mit heftigen und empörten Reaktionen quittieren.

Was aber, wenn der somatisierende Patient erfährt, dass er mit der radikalen Verbannung des seelischen Leidens in den Körper nicht auf Zustimmung stösst? Dies ist z.B. dann der Fall, wenn sich bei wiederholten organischen Unter-

suchungen kein Organbefund erheben lässt und sogar von den somatisch tätigen Ärzten die Empfehlung kommt, sich zum Psychiater in die Sprechstunde zu begeben. Damit gibt der Somatiker seine eigene Ohnmacht an den somatisierenden Patienten zurück und bringt ihn damit unbeabsichtigt in eine besonders hilflose Position, da ihm ja, wie wir gesehen haben, andere psychische Abwehrformen fehlen. Der Somatiker ist sich selten bewusst, dass mit seiner Empfehlung einer Psychotherapie, so berechtigt sie ist, die Gefahr für den somatisierenden Patienten, in eine Depression zu fallen, steigt. (Für eine ausführliche Beschreibung des daseinsanalytischen Depressionsverständnisses sei auf folgendes Werk verwiesen: Alice Holzhey, Leiden am Dasein [17].) Denn nach daseinsanalytischer Auffassung hat jede Depression den Charakter einer Kapitulation. Sie tritt deshalb dann auf, wenn jemand sich nicht mehr in der Lage sieht, das Leben gemäss den eigenen Vorstellungen und Möglichkeiten wie bisher weiter zu führen.

Es lässt sich also festhalten, dass die Psychotherapie besonders Angst machend ist, weil keine anderen psychischen Schutzmechanismen ausser der Bildung von Körpersymptomen zur Verfügung stehen, weshalb die Somatisierung eine letzte Abwehrbastion gegen den Fall in die Depression darstellt. Damit gewinnen wir auch ein hilfreiches Verständnis für die besondere Stellung der somatoformen Störungen bzw. ihrer Symptomatik in der Psychotherapie. Wer sich mit Patienten beschäftigt, die an somatoformen Störungen leiden, erlebt immer wieder, wie oft diese auch depressive Symptome und Ängste aufweisen, wie viel Geduld in der Therapie mit ihnen aufgebracht werden muss und wie hartnäckig sie an ihren Symptomen festhalten. Eine daseinsanalytische Therapie wird sich somit an das psychoanalytische Prinzip halten, nicht in erster Linie die vorhandenen somatoformen Symptome wegzuthrapieren, sondern sich mit vorsichtigen Schritten und zusammen mit dem Leidenden der zuvor angesprochenen Angst zu nähern, weil nur das dem Patienten ermöglicht, in ein mehr akzeptierendes Verhältnis zur verdrängten Gefühlswelt zu treten und zu erleben, dass diese Gefühle sehr wohl aushaltbar und sogar bereichernd sein können. Dass sich dabei auch die somatoforme Symptomatik abschwächt oder ganz verliert, darf man erwarten, denn sie wird dann «überflüssig».

Kehren wir zum Schluss nochmals zum eingangs beschriebenen Fallbeispiel zurück, um daseinsanalytisch zu fragen, woran sie in Wahrheit leidet, das heisst, für welche Lebensproblematik sie besonders hellhörig ist. Die Psychoanalyse würde hier vermutlich einen Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt ausmachen. Die Daseinsanalyse geht hier weiter, indem sie auf das diesem Konflikt zugrundeliegende Grundthema existenzieller Schuld zurückgeht. Ich spreche hier von der *existenziellen* Schuld, die streng von moralischer Schuld oder auch von der christlichen Vorstellung einer Erbsünde zu unterscheiden ist. Die Psychiatrie würde hier von einem pathologischen Schuldgefühl sprechen. Zugegeben, ein solches lässt sich in der psychiatrischen Perspektive durchaus feststellen. Allerdings ist ein weiteres Verständnis dieses pathologischen Schuldgefühls aus psychiatrischer Sicht nicht möglich. Aus daseinsanalytischer Sicht vermag dieser Schuld jedoch niemand zu entgehen, mag er auch ein noch so moralisches Leben zu führen sich bemühen, denn

sie liegt, wie vor allem Heidegger gezeigt hat [18], bereits im reinen Faktum beschlossen, da statt nicht da zu sein und sich für das eigene Leben irgendwie einsetzen zu müssen. Wer lebt, nimmt einen Platz auf dieser Welt ein, den nur er selber und nicht zugleich auch ein anderer einnehmen kann. Wer für diese unheimliche Wahrheit hellhörig ist, der wird unweigerlich von der Frage bedrängt, woher er überhaupt das Recht nimmt, diesen Platz für sich zu beanspruchen, und er spürt die Tatsache, ohne hinreichende Rechtfertigung den eigenen Platz in der Welt beanspruchen zu sollen, als unerträgliche und zugleich unerklärliche Schuld. Ich verstehe das Leiden meiner Patientin als ein Leiden an dieser existenziellen Schuld. Ihre besondere Sensibilität dafür ist zweifellos durch traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit gefördert oder durch diese überhaupt induziert worden. So erlebte sie beispielsweise, wie der Vater seine eigenen Vorstellungen vom Leben selbstherrlich gegenüber der Familie, insbesondere der Mutter, durchsetzte und ihnen beiden damit jedes Recht, ein Leben nach ihren eigenen Vorstellungen zu führen, absprach. Besonders eingegraben hat sich in ihr die Erinnerung daran, wie der Vater in seiner Wut die Mutter vor die Tür setzte und abschloss. Kein Wunder also, dass die Patientin seither alles versuchte, um niemandem zur Last zu fallen, indem sie sich stets und überall den Erwartungen der Anderen fügte.

Für das Verständnis dieser Patientin ist es entscheidend, zu erkennen, dass sie im Grunde ein unmögliches Lebensprojekt zu realisieren versucht. Das zeigte sich u.a. an einer zunehmenden Erschöpfung ihrer Kräfte. Damit stieg aber wieder die Gefahr, Ansprüche (z.B. nach Schonung) stellen und also ein Recht auf Leben einfordern zu müssen. Der einzig mögliche Ausweg aus diesem Dilemma, etwas für sich herausnehmen zu müssen und doch keineswegs schuldig werden zu wollen, ist die Delegation der Problematik an den Körper. Denn die Bedürftigkeit, die aus körperlicher Krankheit entsteht, ist gesellschaftlich anerkannt, weil körperliches Kranksein medizinisch als ein Ereignis aufgefasst wird, das körperliche Ursachen hat und darum jeden auch ohne eigenes Verschulden treffen kann. Darum dürfen Wünsche nach Fürsorge oder Schonung unter dem schützenden Verweis auf ein anonymes Körpergeschehen nun endlich auftauchen, von ihr selber als berechtigt erlebt und auch gegenüber anderen vorgebracht werden. Die seelische Entlastung ist evident, denn nicht nur kann sie es sich nun erlauben, ge-

genüber andern Ansprüche vorzubringen, sondern sie kann diese Ansprüche vor allem auch vor sich selber rechtfertigen. Somit kann sie die Illusion weiter aufrechterhalten, ein Leben ohne eigene Ansprüche und damit ohne Schuld zu führen. Für die Aufrechterhaltung dieser Illusion zahlt sie allerdings den Preis körperlichen Leidens. Doch nicht nur das: sie macht all die vielen konsultierten Therapeuten und Ärzte zu heimlichen Erfüllungsgehilfen des illusionären Projektes, ein existenziell schuldloses Leben führen zu können.

Verdankung: Der Autor bedankt sich bei Alice Holzhey für wertvolle Anregungen für den vorliegenden Artikel.

Literatur

- 1 Kapfhammer HP. Somatoforme Störungen, S. 849–51. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2: Spezielle Psychiatrie, Springer Verlag, 2008.
- 2 Kapfhammer HP. Somatoforme Störungen, S. 857–58. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2: Spezielle Psychiatrie, Springer Verlag, 2008.
- 3 Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, GW XI, S.79, Fischer Taschenbuchverlag GmbH, Frankfurt am Main 1999.
- 4 Freud S. Die Abwehr-Neuropsychosen, GW I, S. 63, Fischer Taschenbuchverlag GmbH, Frankfurt am Main 1999.
- 5 Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, GW XI, S. 402, Fischer Taschenbuchverlag GmbH, Frankfurt am Main 1999.
- 6 Reich W. Die Funktion des Orgasmus, Internationaler Psychoanalytischer Verlag Leipzig (Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse, Nr. VI), 1927.
- 7 Alexander F. Psychosomatische Medizin, De Gruyter Verlag, Berlin, dt. 1951.
- 8 Schultz-Hencke H. Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Thieme Verlag, Stuttgart, 1951.
- 9 Ermann M. Die Persönlichkeit bei psychovegetativen Störungen: klinische und empirische Ergebnisse, S. 4, Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 1987.
- 10 Schur M. Comments on the Metapsychology of Somatization, *Psychoanalytic Study of the Child* 10, p. 122ff, 1955.
- 11 Rudolf G, Henningsen P. Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, S. 152–158, 6., neu bearbeitete Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart New York, 2008.
- 12 Holzhey-Kunz A. Leiden am Dasein: die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene, S. 145–166, 2., durchgesehene Auflage, Passagen Verlag, Wien, 2001.
- 13 Freud S. Studien über Hysterie, GW I, S. 86, Fischer Taschenbuchverlag GmbH, Frankfurt am Main 1999.
- 14 Holzhey-Kunz A. Das Subjekt in der Kur: Über die Bedingungen psychoanalytischer Psychotherapie, S. 207–223, Passagen Verlag, Wien, 2002.
- 15 Kierkegaard S. Der Begriff der Angst, S. 50, Hrsg. Eichler Uta, Reclam Verlag, 1992.
- 16 Heidegger M. Sein und Zeit, S. 184–191, 17. Auflage, Max Niemeyer Verlag, Tübingen, 1993.
- 17 Holzhey-Kunz A. Leiden am Dasein: die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene, S. 167–201, 2., durchgesehene Auflage, Passagen Verlag, Wien, 2001.
- 18 Heidegger M. Sein und Zeit, S. 280–289, 17. Auflage, Max Niemeyer Verlag, Tübingen, 1993.