

Das eingefleischte Selbst

Existenz und Psychosomatik

Unser Körper ist die Hälfte der Seele
(K. Gibran)

Alfried Längle

Existenz ist ganzheitliches Sein, d.h. es geschieht leibhaftig und in der Welt. Die Welt ist uns nicht anders als körperlich vermittelt. Im Körper zu sein ist primäres In-der-Welt-Sein.

Vor dem Hintergrund dieser anthropologischen Konstitution des Menschen erhält der Körper eine tragende und zugleich vermittelnde Rolle im Lebensvollzug. Wie aber wirkt sich diese Rolle auf die Psyche aus? Wodurch kann dieses Zusammengehen von Psyche und Körper so gestört werden, daß der Körper unter der Psyche erkrankt?

Da die existentiellen Grundmotivationen ein Konstrukt darstellen, welches vom In-der-Welt-Sein des Menschen ausgeht, bietet es sich an, die psychodynamischen und existentiellen Grundlagen zu beschreiben, durch die es zu psychisch bedingten Störungen im Körper kommen kann. So kann aus der EA ein theoretisches Verständnis psychosomatischer Störungen entwickelt werden, das wiederum Grundlage für spezifische therapeutische Intervention wird.

Nach einer Reflexion des Leib-Seele Problems in der EA werden sowohl psychosomatische Funktionsstörungen als auch psychosomatische Krankheiten unter existentiellen Gesichtspunkten beschrieben.

Schlüsselwörter: Anthropologie, Existenzanalyse, existentielle Grundmotivationen, Psychodynamik, Psychosomatik

The Self in the Flesh

Existence and Psychosomatics

Existence is holistic being, i.e. embodied being in the world. Existence in EA is described by the existential fundamental motivations. They contain the psychodynamic basis which may provoke psychic disorders in the body. Drawing on clinical experience and derived from numerous theories of psychosomatics and theories of resource-enhancement, an anthropological picture and an etiological understanding of psychosomatic diseases is developed, which also offers a subjectively felt link between the body and psyche. Hence a psychosomatic disorder is characterized mainly by a blockage of the 2nd and 3rd fundamental motivations combined with an exaggerated reaction of the 1st and 4th FMs, thus resulting in the typical functional activism. Psychopathologically, one may start out with a simultaneous concurrent disorder, mutually inhibiting and therefore "masked" depression and hysteria. The personal-spiritual process of the appropriation of information is characterized by reduced reception of "impression" and development of "position-taking". – A case study exemplifies the description of this existential analytical approach to psychosomatics.

Key words: existential analysis, psychosomatics, anthropological concept of man, existential fundamental motivations, psychodynamics

1. Anthropologische Grundlagen Frankls

Die Rolle des Körpers ist für die Existenz fundamental. Existieren ist *leibhaftig sein*. Das Dasein in der Welt ist körperlich vermittelt. In der Welt sein heißt Leib sein. Im Körper sein – körperlich sein – ist die originäre Form des in der Welt Seins. Ist Urform des Könnens: Ich bin, nehme Raum ein, behalte den Platz, beziehe mich zum Sein – lasse sein – *Ur-Kön-*

nen. – Körper ist *Ur-Erleben*. Wir brauchen die Körpererfahrung, um erleben zu können, um Werte zu fassen. Denn Fühlen findet im Körper statt. An ihm fühlen wir das Leben. Werden Werte gefühlt, so verbindet uns das mit uns selbst. Dann kann der Mensch *mehr sein*, was er ist; kann ganzheitlicher sein. Kann *mehr spüren*, was das *Seinige*, was das Richtige ist. Der Körper ist immer tragend zugegen. – Wenn wir etwas in der Welt *verändern* wollen, brauchen wir den Kör-

per. Der Geist allein ist machtlos; er wäre verloren in der Welt.

In-der-Welt-Sein heißt, seinen Körper auch zu sich zu nehmen, sich in seinem Körper-Sein zu akzeptieren – „sich“, d.i. in seiner Ganzheit, die nur eine körperliche sein kann. – Aus solchen anthropologischen Überlegung beschäftigt uns im besonderen, wie der Körper mit den anderen „Anteilen“ des Mensch-Seins zusammenwirkt und wie sich das bei der Entstehung und Behandlung von Krankheiten auswirkt. Dies führt hinüber in das Thema der Psychosomatik.

Psychosomatik kann als Beschäftigung mit der Wechselwirkung zwischen psychisch-geistigen Kräften und materieller Substanz umrissen werden. Voraussetzung für eine solche Untersuchung ist, daß ein Zusammenhang zwischen beiden besteht, und es sich nicht um von einander unabhängige Dimensionen, Entitäten, Bereiche oder wie immer man sie nennen möchte, handelt. Wenn wir psychosomatische Reaktionen beobachten können, muß es eine Verbindung geben zwischen den beiden so unterschiedlichen Schichten am Menschen. Aber wie ist ein solcher Zusammenhang zu denken?

Das klassische **Modell** für diesen Zusammenhang von Körper und Psyche hat Frankl (1959, 665f – vgl. auch Bauer 2009) in der EA zugrundegelegt. Mit Thomas v. Aquin sprach er (Frankl 1975, 181f) vom Menschen als einer „unitas multiplex“ – einer Einheit und Ganzheit trotz einer „Mannigfaltigkeit“ divergierender Kräfte, deren Dynamik Frankl erstmals als aus einer zentralen Mitte auseinanderstrebende Dimensionen dargestellt hat (Abb. 1).

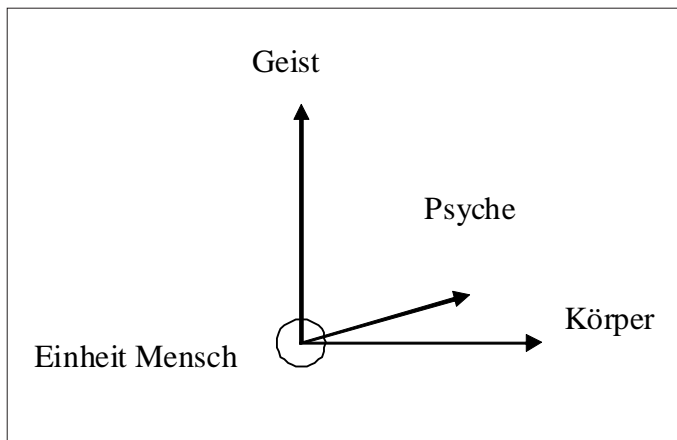


Abb 1: Einheit Mensch trotz Vielfalt in den Kräften

Thomas v. Aquin hat das Verhältnis zwischen Seele und Leib sehr eng und dynamisch gedacht. Für ihn galt, was zum grundlegenden Verständnis des Mittelalters bis heute wurde: *anima forma corporis*, d.h. die Seele ist des Körpers Form. Es ist also die Seele, die den Körper organisiert, ihm Funktion und Form gibt. Ohne Seele kann der Körper nichts, er ist Leiche. Mit dieser Vorstellung greift Thomas auf Aristoteles zurück, von wo der Satz und das Denken seinen Ursprung hat. Das bedeutet, die Seele drückt sich im Körper aus, der Körper ist Ausdrucksfeld der Seele. Alles, was in der Seele geschieht, hat seinen körperlichen Ausdruck und Niederschlag (Beck 2003). Bei Thomas ist die Seele die Substanz, somit die Grundlage alles Körperlichen. Rein körperliche Phänomene gelten daher als Ausdruck der geistig-seelischen Kräfte, der Substanz des Psycho-Physischen. So gesehen gäbe es keinen Dualismus Körper – Seele, sondern es handelte sich um einen *Unitarismus* (ebd.).

Angemerkt sei noch, daß Karl Rahner den Leib in keiner so straffen Anbindung zur Seele sieht, sondern als Symbol der Seele, während Hans Urs von Balthasar den Leib als Gestalt der Seele beschreibt (ebd.).

Frankl folgt Thomas nicht ganz. Sein Denken war geprägt vom Substanzdenken der scholastischen Philosophie. So erhielten die drei anthropologischen Dimensionen (Abb. 1) doch die Charakteristik *unterschiedlicher Substanzen*, also somit eines gewissen Eigenlebens – was zur Annahme eines *psychophysischen Parallelismus* führte: Körper und Psyche sind zwar verschieden (der Körper folgt physikalisch-chemischen Gesetzen, die Psyche psychodynamischen), aber schwingen gemeinsam (es drängt sich die Assoziation auf: sind irdischen Ursprungs). Doch zwischen Geist und Psyche gibt es kein gemeinsames Schwingen. Im Gegenteil, sie laufen auseinander, verhalten sich gegenläufig, ziehen in verschiedene Richtungen, wie Streckermuskeln und Beugermuskeln (Frankl 1959, 666). Während Psyche und Körper unter einer Decke stecken und sich parallel verhalten, besteht ein Spalt zwischen Geist und Psychophysikum (Frankl 1979, 17ff), eine Wesendifferenz.

Eine Begründung, warum Körper und Psyche parallel schwingen, und Psyche und Geist antagonistisch, gibt Frankl allerdings nicht.

Die in der Franklschen Anthropologie dominierenden Muster Parallelismus und Antagonismus helfen zur Beschreibung wichtiger Aspekte am Menschen. So unterstreicht das Modell die große Nähe des Psychosomatischen: das körperliche Mitgehen bei allem Psychischen, das Psychische Beteiligtsein bei allem Körperlichen. Und es verschafft dem Geistigen einen exquisiten Platz: die Freiheit des Geistes erhält die dezidierte Möglichkeit, ja Aufgabe, mit dem Psychophysikum umzugehen, sich zu ihm zu verhalten, da der Geist von allem Anfang an ein bißchen auf Distanz zum Physischen und Psychischen steht (vgl. die Zusammenfassung bei Bauer 2009) und so immer wieder auf Distanz zu ihm gehen kann (Selbst-Distanzierung).

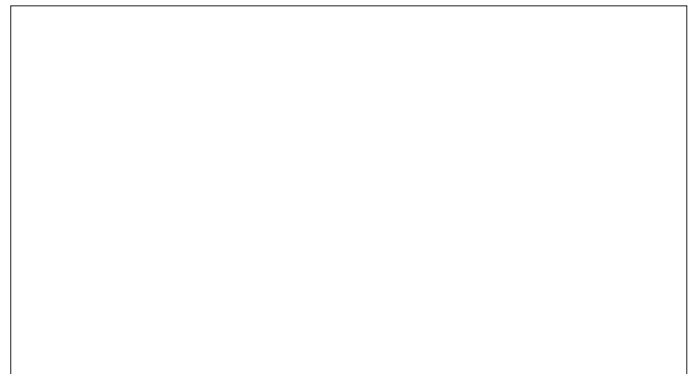


Abb. 2: Aus der Vielfalt erwachsene Dynamiken: Verkörperung des Psychischen im somatischen Mitschwingen, Aus-ein-ander-Setzung des Geistes mit dem Psychophysikum: Einheit Mensch trotz Vielfalt in den Kräften

Dieses Menschenbild könnte der Psychosomatik und der ursächlichen Verknüpfung von Psyche und Körper als Modell dienen, doch es hat einen Nachteil: aus ihm ist nicht ersichtlich, wie der Parallelismus zustande kommt. Außerdem ist in diesem Modell die Wechselwirkung zwischen autonomem Geist und psychophysischer Ebene durch die we-

senhafte Differenz der Dimensionen als nicht gegeben angesehen. Es bleibt somit die Frage, wie der Körper mit der Psyche mitschwingt, wie beide ineinander „verzahnt“ sind. Diese Frage ist eine grundsätzliche Frage danach, ob Psyche und Körper verschieden oder eins sind. Wenn sie verschieden sind – wie kann die Psyche in den Körper eingreifen?

Über die Art der Verschränkung von Psyche und Körper gibt Frankl (1982, 75-86) bereits sehr moderne Antworten. Er verweist auf die Brückenstellung, die das Vegetative Nervensystem gemeinsam mit den basalen Hirnganglien hat. Auch war die Rolle der Hormone bereits bekannt, die über die Blutbahn vitale Information an die Peripherie des Körpers heranträgt. Beide nehmen auch im heutigen Verständnis der Psychosomatik eine zentrale Rolle ein.

2. Die anthropologische Sicht der EA heute

Während früher das Interesse in der Anthropologie mehr dem Spezifischen des Menschen galt, dem, wodurch er sich vom Tier unterscheidet, wird heute mehr auf die Art der naturalen Einbindung des Menschen geachtet. Eine vergleichbare Änderung der Sicht vollzog sich auch in der Existenzanalyse, in der das Einheitliche und Verbindende in der Anthropologie mehr in den Vordergrund gerückt ist als das Trennende und Unterschiedliche zur Natur (zur aktuellen Reflexion der existenzanalytischen Anthropologie vgl. auch Bauer 2009).

Konkret wirkt sich das so aus, daß wir heute mehr das Subjektvolle als das Objektvolle betonen, das Sein als das Haben, das Gefühlte als das Gedachte, die noo-psycho-physische *Einheit*, die Ganzheitlichkeit des *ICH*, statt seiner unterschiedlichen Dimensionen.

Waldenfels (2000, 12) sieht auch noch die Leiblichkeit verwoben in einer Vieldimensionalität. Dadurch ergibt sich ein interessanter Ansatz, der die erlebbare Differenz zum Geistigen zu beschreiben vermag: Der Leib in seiner Verwobenheit bringt den Menschen in eine Distanz zu sich selbst: „Ich betone, daß der Außenbezug, der Bezug auf Anderes, auf Dinge oder andere Lebewesen mit zum Leib gehört und mich in eine Fremdheit mir selbst gegenüber versetzt. Ich bin nicht einfach zu Hause in meinem Leib, ich bin zwar immer dabei, doch in einer gewissen Ferne zu mir selbst.“

Unter einem solchen Gesichtspunkt erscheint die menschliche *Einheit* mit einem ineinander verwobenen Schwingen der einzelnen Erscheinungsweisen („Dimensionen“) ein und desselben, das jeweils *spezifischen Aufgaben* nachgeht: der Körper dem Weltbezug, die Psyche dem Lebensbezug, die Person dem Selbstbezug bzw. Bezug zum anderen, das aktive Handeln der Entwicklung und dem Werden.

Dabei kommt der geistigen Kraft des personalen Ichs eine besondere Bedeutung zu. Als geistiges Band hat das personale Ich eine integrative Potenz. Diese integrative Kraft kommt der Person aus der unbewußten Tiefe zu und „spricht“ zum Ich, stellt als ein energetisches Feld das *einheitsstiftende Personsein* dar. Dies könnte als anthropologische Grundlage für das (theologische) Äquivalent der Seele gelten, von der es die Vorstellung gibt, daß sie im Sterben „ausgehaucht“ wird.

Bei einer solchen *durchdrungenen Integrität* sind Person und Psychisches auch im Körper und das Körperliche bildet sich auch im Psychischen und Geistigen ab. Wir *sind* kör-

perlich; wir *haben* nicht nur unseren Körper. Darin sind zumindest drei praktische Konsequenzen begründet:

- a) Psychisches und Geistiges sind mit dem Körperlichen *vergleichbar*, die Prozesse laufen *homolog* ab, weil sie Erscheinungsweisen der Einheit Mensch sind. Das heißt z.B., daß die Informationsaufnahme oder das psychische Verarbeiten von Konflikten strukturell homolog zur körperlichen Nahrungsaufnahme abläuft und darum verglichen werden kann (etwa „in kleinen Bissen“ aufgenommen wird, oder daß Konflikte „verdaut werden“). Es wird auch homolog erlebt.
- b) Auf der Grundlage des einheitlichen Seins sind die Dimensionen auch *gemeinsam aktiviert*. Sie schwingen in einem Takt, wenngleich in unterschiedlicher Orientierung gemäß ihren Aufgaben, doch sind sie „informiert“ von einander, „wissen“ um die anderen, und stehen funktional bereit.
- c) Die Dimensionen können sich ein Stück weit gegenseitig *entlasten*, wenn eine Überforderung in einer Dimension auftritt. So haben sie füreinander eine teilweise *Kompensations-Funktionen*. Darin kommt der andere Aspekt der Dimensionen zum Vorschein, jener der Unterschiedlichkeit und des *Antagonismus*. Ist jemand z.B. durch eine mathematische Aufgabe geistig überfordert, kann er *Kopfschmerz* bekommen und/oder gleichzeitig sehr *müde* oder *lustlos* werden. So sind die anderen Dimensionen präsent und stehen jener Dimension bei, die „in Not“ ist, veranschaulichen etwa, was es braucht (z.B. Ruhe, Abstand in diesem Beispiel). Die Hilfe wird durch die aufgabenspezifische und prozeßspezifische *Unterschiedlichkeit* der Dimensionen möglich, wodurch das Problem auf eine andere Ebene kommt und dort in einem neuen Licht sichtbar wird. Hier wird eine antagonistische Zusammengehörigkeit sichtbar. Durch diese Veränderung der Information erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Lösung (z.B. man läßt die Aufgabe über Nacht liegen). Würde sich das Problem nicht so im Körper und in der Psyche abbilden, dann wäre die Wahrscheinlichkeit größer, daß erfolglos weitergemacht würde.

Das Charakteristische dieser Sicht ist eine Flexibilität dank der Einheitlichkeit. Statt starrer Abgrenzungen erscheint nun alles in einem Fließen, in einem „fortlaufenden und gegenseitig sich erhellenden, in sich geschlossenen, körperseelischem Hin und Her in kreisartiger Verbundenheit“ (Bräutigam et al. 1997, 77). V. Weizsäcker hat hierfür den Ausdruck „Gestaltkreis“ geprägt (ebd.). Das Leben zeigt sich mit der Stärke seiner hoher Adaptabilität und Kraft. Was hier abläuft erinnert an einen „Dialog“, genauer an eine Vorform von Dialog, in welchem ein *Austausch* zwischen den Dimensionen stattfindet, der einerseits durch die Unterschiedlichkeit möglich ist, andererseits durch ihre Einheit (was wiederum mehr ist als Verbundenheit).

In diesem *Zusammensein* steht der Körper in einem *konstanten Austausch* (in einem „Hin und Her“) mit Psyche und Geist, wie ihrerseits die Psyche mit dem Körper und der Entscheidungsinstanz personales Ich bzw. dieses wiederum mit der lebenserhaltenden Psyche und der Brücke zum Inder-Welt-Sein, dem Körper. Die *Psyche* erscheint in diesem

der-Welt-Sein, dem Körper. Die *Psyche* erscheint in diesem Verständnis *nicht als abgetrennt* von Körper und Geist, etwa durch einen Hiatus, einen „Spalt“. Doch ist hier zu ergänzen, daß sich im Erleben der Ichhaftigkeit etwas abbildet, das an einen „Spalt“ gemahnen kann. Es liegen nämlich zwei Qualitäten der Ichhaftigkeit vor, die als eine spezifische Unterschiedlichkeit der Dimensionen verstanden werden kann: Einerseits sind das „Ich als Körper“ und das „Ich als Psyche“ subjekthaft *und* objekthaft für das Ich als Person, während dieses ausschließlich subjekthaft ist und nicht als sich gegeben empfunden werden kann. Doch muß dieser Unterschied nicht auf eine grundsätzlich andere Wesensform des „Geistigen“ zurückgeführt werden, sondern kann auch als Zeichen der oben erwähnten integrativen Kraft des personalen Ichs verstanden werden, die eben als solche sich nicht mehr selbst verobjektivieren kann.

Das bisher Gesagte kann durch ein *Bild* veranschaulicht werden: Körper und Psyche sind vom *Odem des Geistigen* „durchweht“ und Körper und Geist sind vom „*Saft*“ *des Psychischen* „durchtränkt“, so daß sie nicht nebeneinander oder gar abgetrennt von einander bestehen, sondern *gegenseitig durchdrungen* und ineinander verwoben sind. Dabei geht die jeweilige Erscheinungsweise aus der je anderen hervor. Es handelt sich um eine Emergenz. Jede Dimension ruht auf der anderen auf: Das Psychische ist „getragen“ vom Körperlichen und durch das Geistige mit ihm verbunden. Damit schwingt im Psychischen auch das Körperliche und Geistige mit. So ist das Psychische auch Ausdruck des Körperlichen und Geistigen, ist aber auch noch anders, weil es nicht „das selbige“ wie Körper und Geist ist. Und so verhält es sich mit dem geistigen Ich, das getragen ist vom Psychischen und Körperlichen, die ihm ein „*dialektisches Korrelat*“ für das Geistige darstellen.

Eine solche Betrachtung des Menschen zeichnet ihn konzeptionell als *komplexes* Geschehen, weil es gleichzeitig als *Einheit* und als aufgabenspezifische *Unterschiedlichkeit* gedacht werden muß. Wir haben die Schwierigkeit einer solchen Beschreibung am Beispiel des einheitsstiftenden personalen Ichs graphisch mit zwei einander überlappenden Kreisen gelöst, sodaß Einheit und Unterschiedlichkeit gleich-

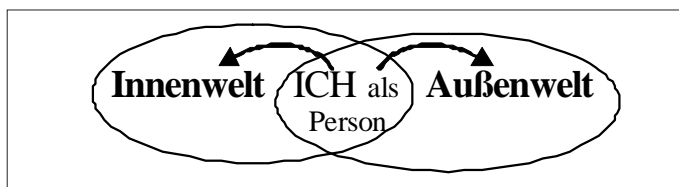


Abb. 3: Einheit und Unterschiedlichkeit des Ich als Person, nämlich zugleich Anteil an Innenwelt und Außenwelt zu haben, was die Einheit des Ich ausmacht, obwohl bzw. weil es an unterschiedlichen Welten zugleich teil hat.

zeitig zur Darstellung kommen:

Das Bild mag als Veranschaulichungshilfe dienen. Offen ist, ob sich die ganze Anthropologie mit einem schematischen Bild (vielleicht als drei überlappende Kreise oder als zwei überlappende Kreise in einem größeren dritten Kreis?) aussagekräftig darstellen läßt.

Es ist in dieser Sicht des Menschen durchaus möglich, neben der Einheit der Dimensionen auch einen *Antagonismus* zu beschreiben, aber er bleibt nur ein Teilaspekt in dieser Anthropologie. Würde er als prinzipielles Charakteristikum der Dimensionen dargestellt, entstünde ein falsches, weil einseitiges Bild des Menschen.

3. Phänomenologische, existenzanalytische Anthropologie anhand der Grunddimensionen der Existenz

Die gegenseitige gänzliche Durchdringung der Dimensionen in diesem anthropologischen Modell leitet sich von der personalen Beziehung des Menschen zu sich selbst und zur Welt ab, wie in Abb. 3 gezeigt. Dieser dynamische Doppelbezug wird getragen von personalen Strukturen, den vier personal-existentialen Grunddimensionen oder Grundmotivationen (GM). Da sie im Rahmen der Existenzanalyse sehr vertraut sind (Längle 1999, 2002, 2008), sollen sie nur ansatzweise skizziert werden:

1. Beziehung zur *Welt* und ihren Bedingungen
2. Beziehung zum *Leben* und seiner Kraft
3. Beziehung zur *Person*, zur eigenen wie zur anderen
4. Beziehung zur *Zukunft* und zum größeren Zusammenhang

Betrachtet man diese vier Grunddimensionen der Existenz dynamisch, d.h. unter dem Aspekt ihres Vollzugs, so lassen sie sich mit vier Modalwörtern beschreiben:

Interessant ist in unserem Zusammenhang, daß diese Dimensionen durch das einheitliche Erlebniszentrum der Person einen *fraktalen Aufbau* haben, d.h. sie wiederholen sich homolog sowohl in den jeweils anderen Dimensionen als auch in kleineren Einheiten in der eigenen Dimension. Diese Dimensionen sind ineinander repräsentiert und von einander durchdrungen. Für das psychosomatische Denken von größerer Bedeutung ist, daß sie auch mit den anthropologischen Dimensionen von Psyche und Soma verwoben sind. Ihr Muster taucht *modular* immer wieder auf. Damit kommt ihnen ein eigentlicher Bauplancharakter zu, da sie psychische und

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. Welt | → Können |
| 2. Leben | → Mögen |
| 3. Person-Sein | → Dürfen |
| 4. Zukunft | → Sollen [⇒ Sinn] |
| | ⇒ Wollen |

körperliche Repräsentanzen bilden.

Für die Anthropologie hat das eine enorme Bedeutung, denn dadurch sind diese primär geistigen Dimensionen der Grundmotivationen *strukturbildend* für das Körperliche und Psychische. M.a.W.: die Grunddimensionen der Existenz, somit die Grundstruktur des personalen Geistes, *durchwirkt mit demselben Bauplan den Körper wie die Psyche*. Oder umgekehrt: Der Bauplan des Körpers und der Psyche enthalten schon die Grundstrukturen der Existenz. Existenz



ORIGINALARBEIT

rung ins Geistige, und nichts substanziell Neues.¹

Wie sieht nun diese Strukturbildung aus, in der sich das Geistige im Psychischen und Somatischen findet?

3.1 Psychisch sind die Grunddimensionen der Existenz mehrfach repräsentiert:

- a) in *psychischen Aktual- oder Situationsgefühlen*: Ruhe (1. GM), Spaß (2. GM), Gefallen (3. GM), „Taugen“ („es paßt mir“-Gefühl) (4. GM);
- b) in *Grundgefühlen oder Stimmungen*: Mut und Sicherheit (1. GM), Lust und Geborgenheit (2. GM), innere Stimmigkeit (in Resonanz mit sich) und innerer Frieden, Harmonie (3. GM) und ein Gefühl von Fließen (flow) (4. GM).²
- c) Die Grunddimensionen der Existenz sind auch in den vier Stufen der *Copingreaktionen* fraktal repräsentiert. Diese werden durch negative Amplituden der psychischen Aktual- u/o Grundgefühle ausgelöst: Unsicherheit, Schwere, Ekel, Verlorensein, Leere. In den Copingreaktionen ist eine Weisheit und Erfahrung des Lebens enthalten; in diesem Verständnis sind Copingreaktionen per se nicht als schädlich für das Leben anzusehen, sondern haben das Ziel, dem Leben zu dienen.
- d) Sie sind auch in den *Persönlichkeitsszügen* der einzelnen Personen überdauernd verankert (z.B. ängstliche, depressive, hysterische Persönlichkeit).
- e) Und natürlich sind die Grunddimensionen der Existenz auch in der *Psychopathologie* enthalten (z.B. Angst als anhaltendes Defizit in der 1. GM; Depression – 2. GM usw.).

In diesem anthropologischen Konzept des gegenseitigen Durchdringenseins wird das Ich als Person immer gesehen als vom Körperlichen und vom Psychischen getragen. Seine geistige Struktur ist auch darin enthalten, Körperliches und Psychisches sind vom Geist durchweht, „beatmet“.

3.2 Auch *körperlich* sind die Grunddimensionen der Existenz mehrfach repräsentiert, so daß man sagen kann: Das Personale verdichtet sich auch im Körperlichen. Die für den Lebensvollzug erforderlichen personalen Grunddimensionen verkörpern sich und bilden *körperliche Repräsentanzen* (v. Weizsäcker spricht in seinem Konzept von „Ausdrucksorganen“ – vgl. Bräutigam et al. 1997, 77) der geistigen Inhalte. D.h. mit den GM schwingt – neben den psychischen Gefühlen – immer auch ein *körperliches Erleben* mit, das *ständig präsent* ist: bewußt, mitbewußt, unbewußt, mehr oder weniger stark gefühlt. Nicht nur am Gefühl, sondern auch an diesen Ausdrucksorganen können wir ablesen, wie es uns geht. Das ist psychosomatisch wichtig. Denn wenn das Psy-

chische als Indikator ausfällt oder nicht beachtet wird, bleibt noch immer das körperliche Geschehen als Orientierungsgröße.

Außerdem ist für die Praxis wichtig, daß man über den Körper auch einen *Zugang zum Psychischen* hat (Essen, Sport, Gymnastik, Massage, Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Körpertherapie...). Auch das Geistige kann über den Körper erreicht werden (beim Joggen kommen die besten Gedanken!).

Eine erste Skizze der körperlichen Phänomenologie – der Repräsentation der personal-existentiellen Grundstruktur im Körper – gibt die folgende Aufstellung:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. GM: Lunge → Raum und Halt
⇒ <i>funktionelles Erleben</i>³: freier Raum2. GM: Herz-Kreislauf → Bewegung, Leben, Nähe, Bez.
⇒ <i>funktionelles Erleben</i>: Lebendigkeit3. GM: Magen-Darmtrakt → Abgrenzung, Intimität, Aneignung, (wo Fremdes aufgelöst und angeeignet wird) bei bestehender Offenheit zur Welt; Immunsystem
Sexualorgane repräsentieren das Erleben größter Intimität;
Gesicht
⇒ <i>funktionelles Erleben</i>: in sich sein, innerliches Strömen, bei Offenheit zu anderen; Einheitsgefühl, Schwingen der Stimmigkeit4. GM: Muskulatur, Bewegungsapparat → Handeln, vollziehen können des Inneren in der äußeren Welt, Gesamtzusammenhang (Kontext) des Lebens
⇒ <i>funktionelles Erleben</i>: „flow“ (Czikzenmichaily) | <p>Häute →
Berührungsfläche für Nähe, Kontakt, Zärtlichkeit</p> <p>+ Organ der Abgrenzung</p> <p>(2. + 3. GM)</p> |
|---|---|

Wenn wir zusammenfassend nochmals zurückschauen, und den Weg der existenzanalytischen Anthropologie nach verfolgen, so sehen wir, daß in Frankls Schema Parallelismus und Antagonismus bei relativ eigenständigen, starren Dimensionen *nebeneinander* gedacht sind.

Die Existenzanalyse heute sieht die *Einheitlichkeit* und *Unterschiedlichkeit ineinander* verwoben. Dadurch ergibt sich ein komplexes Bild: jede Dimension enthält auch die andere in sich und ist doch verschieden.

4. Theorien zur Genese psychosomatischer Krankheiten

Es werden nun einige gängige psychopathogenetische Modelle zur Entstehung psychosomatischer Krankheiten vorgestellt, sowie auch – was seltener geschieht – ressourcenorientierte Modelle reflektiert. Sie bilden den Hintergrund für die anschließende existenzanalytische Modellbildung auf der Grundlage der Grundmotivationen. Man kann in den verschiedenen Theorien bereits Elemente der Grundmotivationen durchscheinen sehen.

4.1 Psychopathogenetische Modelle

Für die phänomenologische Psychosomatik sind einige Theorien sehr ergiebig:

¹ Das könnte eine Explikation des aristotelisch-thomistischen „anima forma corporis“ sein.

² Die empirisch gefundenen Grundgefühle (Freude, Interesse - Neugier, Überraschung - Ekel, Ärger, Scham, Traurigkeit, Schuld und Furcht) wurden nur äußerlich anhand erkennbarer Mimik gefunden. Existenzanalytisch sehen wir sie als eine Mischung aus Prozeßgefühlen (Überraschung, Interesse-Neugier), personaler Emotion (z.B. Freude – falls sie nicht einfach „positive Überraschung“ bedeutet, Traurigkeit – falls sie nicht auch Depressivität bedeutet, Schuld), Copingreaktion (Ärger) und zuständlichem, psychischem Gefühl (Furcht).

³ Funktionelles Erleben: Psychisches Erleben, wenn das Organ in Funktion erlebt wird.

a) **Freud** ([1894] 1952, 73) beschreibt in seinem Konversionsmodell eine Umwandlung des verdrängten, abgewehrten psychischen Konflikts in somatische Prozesse, worin sie einen „nach ihrem Affektwert gemäßen Ausdruck“ finden und eine Abfuhr der libidinösen Energie „in somatischen Phänomenen – eben den hysterischen Symptomen“ finden.

Freud hat diese Fähigkeit des Menschen, aus psychischer Energie körperliche Symptome zu erzeugen, mit der *Hysterie* verbunden [3. GM] gesehen, wobei sich die Konversion bei Freud nur auf den Bereich der Willkürmotorik und Sensorik bezieht.

De- und Resomatisierung von Schur (1955): In der Ich-Reifung des Kindes werden die Affekte, die anfangs noch undifferenziert stark an körperliche Prozesse gebunden sind, zunehmend an Ausdrucksverhalten gebunden und immer weniger über körperliche Reaktionen ausgelebt. Frustrationen, Ängste und Bedürfnisregungen werden immer seltener in Bewegungstürme umgesetzt, sondern werden sprachlich formuliert, eben „desomatisiert“. – Bei psychosomatischen Störungen kommt es zur Ich-Regression; dann beginnen die Primärprozesse wieder zu überwiegen – „Resomatisierung“.

b) Die **Pariser Schule** (Marty, de M'Uzan) erklärte die Psychosomatose mit einer spezifischen *Persönlichkeitsstruktur*, bei der das „operative Denken“, das schematisch, assoziationsarm, ohne Abstand zu den Dingen und von mangelnder *Freiheit* zeugt, überwiegt (de M'Uzan 1978, 173) [3. GM + kompensatorisch 1. + 4. GM]. Außerdem bestehe eine *Alexithymie* und „blande *Beziehungsformen*“, bei denen die Assoziationen inhaltlich und zeitlich möglichst eng an die Fakten gebunden sind.

Das ursprüngliche *Konfliktmodell* wich in der weiteren Theorienbildung einer Vorstellung von *Defiziten* in der emotionalen Entwicklung (Uexküll 2008, 280).

c) Der **Situationskreis von Uexküll** (und Wesiak) beschreibt ein *bio-psycho-soziales Modell*, in welchem sich das Kind in einem ständigen Funktionskreis zwischen Genetik, Verhalten und kulturell-sozialer Umwelt seine individuelle kulturspezifische Wirklichkeit aufbaut. Entstehen dabei nicht funktionale Kreise, deren Störung darin liegt, daß die Anpassung an die Um- und Mitwelt nicht gelingt, kommt es zum allgemeinen Anpassungssyndrom mit den charakteristischen *Stressreaktionen* [1. GM – Körpermobilisierung und Gefühlseinengung] und so zur Entwicklung psychosomatischer Störungen.

d) **Gestaltkreis von Viktor v. Weizsäcker**: Körper und Psyche sind nicht parallel geschaltet, sondern in einem fortlaufenden Hin und Her wie auf einem Kreis rotierend miteinander verbunden. Sie sind in sich geschlossen und *erhellen sich gegenseitig* (Bräutigam et al 1997, 77). Körper und Psyche bilden eine Gestalt. Seelisches und Körperliches können sich daher *gegenseitig vertreten*. Sie sind nicht zwei Dinge, und wirken auch nicht aufeinander wie zwei Dinge, sondern ihr Verhältnis ist, daß sie für einander sprechen, daß sie einander wechselseitig darstellen. Der Körper *erläutert* die Seele, spricht für die Seele, die Seele *erläutert* den Körper, spricht für den Körper (vgl. oben die Auffassung von Thomas v. Aquin und Aristoteles: *anima forma corporis*).

Für v. Weizsäcker sind nicht nur *funktionelle* Veränderungen am Körper (Erröten, Erbrechen, Herzklopfen, Durchfall) Phänomene seelischen Ausdrucks. Für ihn gibt es auch *Ausdrucksorgane*: Magen, Darm, Lunge, Herz.

v. Weizsäcker sieht die pathogene Dynamik nicht nur durch die Vergangenheit, durch das Gewesene, durch das, was schon passiert ist (z.B. Trauma), sondern auch durch das Ausstehende, das *Noch-Nicht*. Denn auch „das ungelebte Leben und die verhinderte Tat“ sei wirksam (ebd. 78). „In der leiblichen Bereitstellung ist der Mensch auf zukünftige, oft noch nicht klar definierte Situationen ausgerichtet.“ (Bräutigam et al 1997, 78) Erwartungen z.B. haben durch ihre affektive Tönung Einfluß auf psychosomatisches Geschehen.

Zur Bezeichnung dessen, was in jeder *Situation aufgegeben* ist, hat v. Weizsäcker den Begriff *pathische Kategorien* gewählt und nahm die Modalwörter zu Hilfe: *Ich kann, ich muß, ich darf, ich soll, ich will*. „Pathisch“ heißen die Kategorien, weil Leben nicht nur ein Vorgang ist, sondern immer erlitten, erfahren, erlebt wird. Die pathischen Kategorien verweisen darauf, daß Leben nicht nur als Dasein gegeben ist, sondern wesentlich zur Entscheidung aufgegeben ist. Das Können, Müssen, Dürfen, Wollen und Sollen enthält somit den Zwang zur Entscheidung und Stellungnahme. In dieser Form durch getätigte oder unterlassene Entscheidungen und Stellungnahmen existentiell verstrickt zu sein und in Widerstreit mit sich selbst, mit anderen, mit Institutionen etc. zu geraten, ist konstitutiv für die Konflikte und Krisensituationen der Leidenden. Das bedeutet, nicht das, was ist, nicht die Fakten bestimmen die Krankheit, sondern die pathischen Kategorien.

D.h. die Welt ist dem Menschen subjektiv gegeben im Spiegel des Könnens, Müssens usw.

Die Bedeutung der Theorie von v. Weizsäcker für die Existenzanalyse ist enorm und liegt in der weitgehend gleichen Denkweise begründet, worauf als erster Rothe (1992) hingewiesen hat.

e) **Wirsching** (1996) faßt zusammen, daß heute Einigkeit darin bestehe, daß „die psychosomatische Persönlichkeitsstruktur auf der Grundlage früh einsetzender und lang anhaltender Beeinträchtigungen der Lebensentwicklung entsteht.“ (ebd. 20) Es gibt also Vertreter, die von einer psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur sprechen und die Auffassung vertreten, daß eine solche eine langdauernde Entwicklung hat. „Bedeutsam sind vor allem Störungen der *Trennungs- und Verselbständigungsprozesse* (der Individuation) in der Kindheit und Adoleszenz... Es entsteht eine Grundstörung, wie sie in den 70er Jahren in den Narzißmus-Konzepten Heinz Kohuts (1974) und Otto Kernbergs (1984) theoretisch und klinisch weiter erforscht wurde.“ (ebd.) [Das verweist auf die 2. + 3. GM.] Sie leiden unter der Erfahrung abrupten, unvorhersehbarer Wechsel großer menschlicher Nähe und plötzlichem Abbruch der Beziehung [2. GM]. „Der Betreffende fühlt sich aufgegeben und verlassen und gibt sich selbst auf [3. GM]. Der Zustand geht mit kaum erträglichen Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit einher.“ (ebd.) [1.+4. GM] Die Folge ist ein Schwanken zwischen

Anklammerung und leeren, abweisenden zwischenmenschlichen Beziehungen. Dadurch komme es zur *Alexithymie*: die Fähigkeit des Fühlens ist durch die Störung in den Beziehungen beeinträchtigt (s.u.) [2. GM].

Picardi et al. (2005) sehen in der Alexithymie ebenfalls eine sehr *stabile Verhaltensweise* (ähnlich einer Persönlichkeitseigenschaft), die im Zusammenhang mit unsicheren früheren *Bindungserfahrungen* [2. GM] steht, so daß sie in das Netzwerk von *Persönlichkeitszügen* eingeordnet werden könne.

f) Auch andere Autoren weisen auf den **Beziehungsaspekt** hin, wo es zu Bindungsstörungen (childhood adversities) kommt; dazu gesellen sich frühe psychische u/o biologische *Stresserfahrungen* (Loeb 2008, 4, Fellitti et al. 2007). Rudolf (2008) zeigte auf (allerdings in einer kleinen Studie), daß bei 100 % der Patienten massive frühe biographische Belastungen bestehen; wobei vor allem die Nicht-Verfügbarkeit der elterlichen Bezugsperson (86 %) dominiert [2. GM]. 21 % hätten traumatisierende Erfahrungen, 23 % massive Zurücksetzungserlebnisse, 26 % geringe Chancen in der Schulbildung und 16% eine selbstbestimmte Berufswahl.

Rudolf (2008, 10) spricht daher von einer *depressiven Somatisierung* [2. GM]: „Die Störung resultiert biographisch aus einer massiven Diskrepanz zwischen angeborenen starken Bindungs- und Beziehungsbedürfnissen des Kindes und den fehlenden oder widersprüchlichen Beziehungsangeboten der Bezugspersonen.“ Nicht nur Nähe-Mangel wirke sich aus, sondern auch „Verlassenheitserfahrung ... (und) die Sehnsucht, ..., einen guten anderen für sich zu gewinnen...“ (ebd. 10). Klagen oder Aggression würde als aussichtslos oder sogar unmöglich angesehen. „Es resultiert daraus ein deutlich negatives Selbstbild, ... das aufgrund der eigenen Wertlosigkeit... einer solchen Zuwendung unwürdig fühlt.“ (ebd. 10f) [3. GM] Dadurch entstehen „emotionale Dauerspannungen ... Selbstüberforderung und Erschöpfung ... anhaltende sympathikotone Erregung mit ständig erhöhtem Muskeltonus und Minderdurchblutung und Entzündungsbereitschaft sowie irgendwann einsetzender Erschöpfung der Kortisol-speicher...“ (Rudolph 2008, 11)

Stoße solchen Menschen ein *Unfalltrauma* zu, werde es vom Patienten⁴ ängstlich-besorgt erlebt, und wenn es sich um objektiv gesehen banale Traumata handle, werde die passive, hilflose Struktur der Patienten besonders sichtbar und oft als Simulation ausgelegt. [1. GM?]

Durch diese „strukturellen Defizite der Versorgung“ können die Patienten Gefühle nicht verstehen oder differenzieren [2. GM]. „Ein emotionales Verstehen von Körperwahrnehmungen fehlt.“ (Rudolf 2008, 12)

Grundsätzlich führe die Häufung der sozialen Belastungserfahrungen zu erhöhter Bereitschaft, Persönlichkeitsstörungen [3. GM] und chron. Depressionen [2. GM] auszubilden.

g) **Alexithymie**: Der Begriff verweist auf die Schwierigkeit, Gefühle „lesen“ (a-lexi-thymia) zu können. Mit einer gewissen Regelmäßigkeit fiel an psychosomatischen Patien-

ten ihre starre Körperhaltung auf, die reduzierte Gestik, ein eingeschränkter mimischer Emotionsausdruck (Sifneos 1973) mit manchmal kurzen, intensiven Emotionsausbrüchen, die plötzlich wieder verstummen, und deren Auslöser oft unklar bleiben (Nemiah und Sifneos 1970). Als Hauptcharakteristika werden beschrieben (Nemiah, Freyberger & Sifneos 1976, zit. nach Uexküll 2008, 281):

- Schwierigkeiten im *Identifizieren* und Beschreiben von *Gefühlen* [2. GM]
- Schwierigkeiten, zwischen Gefühlen und den körperlichen Anzeichen emotionaler Aktivierung zu *unterscheiden* [2. GM]
- Eine unzureichend entwickelte Vorstellungskraft, die sich beispielsweise in einem Fehlen von *Phantasietätigkeit* äußert [3. GM – reduziertes Innenleben]
- Einem *nach außen orientierten* Denkstil; statt Gefühlen werden eher Details beschrieben; Denkinhalt wird eher von äußeren Geschehnissen als von Gefühlen bestimmt (vgl. auch Fava et al. 2001) [Selbstverlust 3. GM + Kompensation durch 1. + 4. GM]

Verbunden damit ist eine defizitäre oder gänzlich fehlende bewußte emotionale Erfahrung. [2. GM]

Faktorenanalytisch wurden drei Faktoren extrahiert (Bagby et al. 1994; nach Grabe et al. 2009, 24):

- Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Gefühlen [2. GM]
- Schwierigkeiten bei der verbalen Beschreibung von Gefühlen [2. GM]
- ein external orientierter Denkstil [hysterische Komponente + kompensatorisch 1. + 4. GM]

Als Ursache der Alexithymie haben Papciak et al. (1985) die *Entkoppelungshypothese* aufgestellt, wonach bei Hochalexithymen die Bewertung aufkommender Emotionsempfindungen und das sie begleitende körperliche Korrelat von einander abweichen. So würden statt des Gefühls lediglich die körperlichen (vegetativen) Begleitreaktionen des Gefühls wahrgenommen, und diese dann als körperliche Symptome fehlinterpretiert (Taylor 2000). Doch ist der Beweis dieser Annahme noch offen, und es bestehen uneinheitliche Befunde (Leweke 2009, 140).

Krystal (1988) sieht als Ursache der Alexithymie eine „regressive Reaktion, in der eine präverbale, präsymbolische psychische Reaktionsweise eingesetzt wird, um mit überwältigenden, durch ein Trauma ausgelösten **Emotionen umgehen** zu können (er arbeitete mit Holocaust Überlebenden und mißbrauchten Kindern). Es kommt zu einem Stillstand der emotionalen Entwicklung (Krystal 1978). Er fand auch eine reduzierte Selbstfürsorge (nach Uexküll 2008, 282).

Heute gilt als unbestritten (Uexküll 2008, 290), daß Alexithymie „indirekt bei der Entstehung von Krankheiten mitwirkt“ – und sei es auch nur wegen der geringeren Beanspruchung des Gesundheitssystems. Für einen aktuellen Überblick über das Konzept vgl. Grabe & Rufer 2009.

Fazit: Existenzanalytisch zeigt sich interessanterweise bei fast allen psychopathogenetischen Modellen ein Überwiegen der Defizite oder Konflikte der 2. und 3. GM, und oftmals ein Kompensieren durch die 1. und 4. GM. Bei Wirschings Modell der psychosomatischen Persönlichkeit zeigt sich auch eine Beeinträchtigung der 1. und 4. GM, was dem existenz-

⁴Das generische Maskulinum bezeichnet gleichermaßen Männer und Frauen und wird der leichtern Lesbarkeit halber verwendet.

analytischen Modell von Persönlichkeitsstörungen entspricht.

3.2 Ressourcenorientierte Modelle

Ein anderer, komplementärer Zugang zur Leib-Seele-Einheit geht einen ganz anderen Weg. Statt die Störungen zu untersuchen und nach pathogenen Ursachen zu fahnden, wird der Frage nachgegangen: Wie bleibt ein Mensch gesund? - Welche psychischen Faktoren tragen zur Erhaltung der seelischen Gesundheit bei? – Dazu gibt es mehrere Modelle, von denen hier einige vorgestellt werden sollen.

a) **Salutogenese** – das Konzept zur Entstehung von Gesundheit: **Antonovski** ging von Beobachtungen aus, daß die jüdischen Holocaustüberlebenden den gleichen grauenvollen Schicksalen sehr unterschiedlich begegnet sind und auch die Auswirkungen unterschiedlich waren. Menschen, die emotional stark und in guten Beziehungen zu anderen Menschen standen, waren mehr geschützt und hatten eine bessere Bewältigungskapazität für ihr Schicksal. Er sprach von der Gesundheitsentwicklung als einem von der Krankheitsentwicklung unabhängigen Prozeß, der aber die allgemeine Krankheitsanfälligkeit (Vulnerabilität) mindert und so protektiv wirkt (Antonovsky et al. 1994 in Wirsching 1996, 11f).

Im Zentrum dieses Modelles steht das **Kohärenzgefühl**. „Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die *Stimuli*, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, *vorhersehbar* und erklärbar sind; einem die *Ressourcen* zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; diese Anforderungen *Herausforderungen* sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky et al 1997, 36)

- Gefühl von Verstehbarkeit (sense of *comprehensibility*) ⇒ Ordnung und Kontext [1. + 4. GM]
- Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of *manageability*) ⇒ Können [1. GM]
- Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of *meaningfulness*) ⇒ [4. GM]

Das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit beschreibt das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es *wert sind*, daß man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet; dass sie eher *willkommene Herausforderungen* sind, als Lasten, die man gerne los wäre.

Antonovsky sieht diese motivationale Komponente als den wichtigsten Aspekt des Kohärenzgefühls an, denn ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit neigt der Mensch dazu, das Leben vor allem als Last zu empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe wird zur Qual.

Nach Aaron Antonovsky wird in der Salutogenese nicht der Leidensweg einer Krankheit betont, sondern das *Gesundheitspotenzial* von Stressoren. In jedem Ereignis liegt somit eine Chance zur gesundheitlichen Entwicklung. Sogar Krankheitssymptome können so aufgefaßt werden.

Z.B. In der Sichtweise der Salutogenese wird der Kopfschmerz als ein Hinweis verstanden, der eine Chance bietet, um zur flexiblen Mitte zurück zu gelangen. Rigiditäten können also Teil von zu heilenden psychischen Verhaltensstrukturen sein, an denen Helfer anknüpfen können. Wird der Kopfschmerz jedoch durch ein Medikament aufgehoben, ist kein Signal (Hinweis) mehr zur Heilung gegeben. Bildlich ausgedrückt: Statt das Feuer zu bekämpfen, wurde der Brandmelder abgeschaltet.

Das Kohärenzgefühl wirkt sich über drei verschiedene Wege als protektiv aus:

„Verfügt die betreffende Person über ein hohes Maß an Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC), so kann sie einen Reiz, den eine andere Person mit schwachem SOC als spannungserzeugend erfahren würde, unter Umständen als neutral bewerten („primäre Bewertung I“).

Aber auch dann, wenn eine Person mit hohem Kohärenzgefühl einen Reiz als Stressor bewertet, kann sie noch unterscheiden, ob der Reiz bedrohlich, günstig oder irrelevant ist („primäre Bewertung II“). Wird der Stressor als günstig oder irrelevant bewertet, wird zwar die Anspannung wahrgenommen, gleichzeitig nimmt die Person aber an, dass die Anspannung ohne das Aktivieren von Ressourcen wieder aufhört. Der Stressor, der die Anspannung auslöste, wird zum Nicht-Stressor umdefiniert.

Auch dann, ... wenn ein spannungserzeugender Stressor erlebt wird, der als potentiell bedrohlich definiert wird, wird sich eine Person mit hohem Kohärenzgefühl nicht wirklich bedroht fühlen. Es schützt sie ihr grundlegendes Vertrauen, dass sich die Situation schon bewältigen lassen wird. Auch geht Antonovsky davon aus, dass Menschen mit einem hohen SOC auf bedrohliche Situationen eher mit situationsangemessenen und zielgerichteten Gefühlen reagieren (z.B. mit Ärger über einen bestimmten Sachverhalt), wohingegen Personen mit einem niedrigen SOC eher mit diffusen, schwer zu regulierenden Emotionen (z.B. mit blinder Wut) reagieren und handlungsunfähiger werden, weil ihnen das Vertrauen in die Bewältigbarkeit des Problems fehlt („primäre Bewertung III“).“ (Bengel et al. 2001)

Antonovskys Überlegungen lehnen sich stark an das transaktionale Streßmodell von Lazarus und Folkman (1984) an. Hier nochmals zusammengefaßt und in anderen Worten:

1. Fordernde Situationen werden von Menschen mit starkem Kohärenzgefühl *nicht als Belastung* eingeschätzt; es kommt nicht zu Spannungszuständen (primary appraisal I).
2. Stressorexposition führt zur *Einschätzung des eigenen Wohlbefindens* als gefährdet, positiv oder irrelevant. Die beiden letztgenannten gelten für Menschen mit starkem Kohärenzgefühl verstärkt (primary appraisal II).
3. Durch das Kohärenzgefühl wird die instrumentelle Wahrnehmung des Problems sowie die Auslösung von Emotionen beeinflusst. Menschen mit starkem Kohärenzgefühl *nehmen Probleme klarer und differenzierter wahr*. Ihre Emotionen erscheinen weniger fokussiert und weniger diffus (primary appraisal III).

b) **Hardiness (Salvatore Maddi, Deborah Koshaba**

1994). Es handelt sich um die „Widerstandsfähigkeit“, besser vielleicht um die „Festigkeit der Strukturen“ gegenüber Stressoren, die einen Schutz vor Krankheitsentstehung abgeben.

- **Commitment** (Engagement und Selbstverpflichtung): Damit ist das Bestreben einer Person gemeint, sich selbst mit allem, was sie tut oder was ihr begegnet, zu identifizieren und dafür zu engagieren. Commitment ist das *Gegenteil von Passivität* und Vermeidungsverhalten und bedeutet Neugier auf das Leben und eine hohe Motivation, etwas zu bewerkstelligen und zu verwirklichen. [⇒ beziehungs-volle Identifikation – 2. + 3. GM]
- **Control** (Kontrolle): Damit ist das *Gegenteil von Hilflosigkeit* gemeint. Personen mit hoher Kontrolle glauben, Einfluss auf den Lauf der Ereignisse ihrer Erfahrung nehmen zu können. Sie erleben Ereignisse nicht als etwas Fremdes, sie Überwältigendes, weil sie sehen, dass ihnen verschiedene Möglichkeiten der Reaktion und Entscheidung zur Verfügung stehen. [⇒ Können – 1. GM]
- **Challenge** (Herausforderung) meint schließlich, daß Veränderungen nicht als Bedrohung, sondern als *positive Chance* wahrgenommen werden. Wandel und Veränderung gehören für solche Menschen zum Leben, und sie sehen darin eher eine Gelegenheit für neue Erfahrungen und Anreiz zu weiterem Wachstum denn eine Bedrohung ihrer Sicherheit und Stabilität. Schwierigkeiten werden als Anlaß genommen, daraus zu lernen. [⇒ gefühlter Sinn – 4. GM]

Diese drei Faktoren unterscheiden sich nur gering von denen von Antonovski. Commitment ist etwas aktiver als Antonovskys Verstehbarkeit, Control entspricht der Bewältigung, Challenge der Sinnhaftigkeit.

c) **Grunddimensionen des Bewältigungsverhaltens** (des Copingmodells) nach **Filipp & Klauer** 1988 (Uexküll 2008, 301): Dieses Copingmodell beschreibt allgemeine psychologische Faktoren, die zur Bewältigung von Belastungen hilfreich sind:

1. **Aufmerksamkeitsfokus** – „in Kontakt mit der Realität stehen“, wenn man von Lebenskrisen betroffen ist; Aufmerksamkeit wird auf die Ursache des Leidens gerichtet – aber es bestehen heterogene Befunde, weil auch eine gewisse Ablenkung heilsam ist. [⇒ 1. GM]
2. **Soziale Eingebundenheit** und Bedürfnis nach Zuwendung, die auch Hilfesuche bei anderen impliziert. [⇒ 2. GM]
3. Ebene der **Reaktion** – den Ereignissen z.B. Sinn zuschreiben; emotionszentriertes Bewältigungsverhalten (zur innerpsychischen Spannungsreduktion) oder problemzentriertes (ursachenbezogenes) Coping (Lazarus & Folkman 1984) [⇒ 4. GM – Aktion und Kontext]

Im folgenden soll noch exemplarisch auf zwei aus der therapeutischen Erfahrung abgeleitete allgemeine Präventionsmodelle beispielhaft hingewiesen werden:

d) **Rogers** beschreibt die grundlegenden Variablen für die psychotherapeutische Hilfestellung in einer dialogischen Psychotherapie. Sie stellen humanistische Werte dar, die auch

präventiven Charakter haben und somit als gesunderhaltende Faktoren verstanden werden können: *Empathie, Wertschätzung und Authentizität*. [2. + 3. GM]

e) **Frankls** Logotherapie zentriert sich um gewissenhaft gefundene Werte, die den existentiellen Sinn ergeben. Frankl wies wiederholt darauf hin und war selbst ein Beispiel dafür, daß ein gefundener Sinn die Kraft gibt, auch schwierige Situationen ertragen und durchstehen zu können. [2. + 3. + 4. GM]

4. Das psychosomatische Störungsmodell der EA

Unter einem psychosomatischen Störbild wird i.a. der pathogene Einfluß der Psyche auf den Körper verstanden (Gathmann 2000). Psychische Konflikte, Probleme, Leiden, Defizite werden nicht auf der Ebene der Psyche gehalten und psychisch-geistig verarbeitet, sondern „konvertieren“, wie Freud ([1894] 1952) schon sagte, zu körperlichen Dysfunktionen und Störungen, deren Zusammenhang mit der Psyche oftmals nicht mehr ersichtlich ist. Wie bildet sich ein solcher Vorgang im anthropologischen Modell der EA ab?

Das zentrale Problem bei psychosomatischen Störungen hängt ganz offensichtlich mit einem Problem im Fühlen und des Sich-Abstimmens in der Auseinandersetzung mit den Belastungen zusammen. Diese allgemeine Grundlage der somatisierenden Störungsbildung addiert sich mit einem somatischen Entgegenkommen durch Disposition, Schwächung, Vorschädigung und/oder psychischer Repräsentationsfunktion der Organe, wie weiter unten beschrieben wird. So entstehen die Effekte der „Organwahl“, was zumindest ein Stück weit erklären kann, warum gerade dieses und nicht ein anderes Organ betroffen ist.

Übertragen auf die phänomenologische Anthropologie betrifft diese Problemkonstellation zwei der vier GM, nämlich die zweite und dritte. In der *zweiten GM* geht es darum, das Geschehene oder Wahrgenommene in seiner Lebensbedeutsamkeit zu erfassen. Dies geschieht durch das *Fühlen*. In der *dritten GM* wird das Eigene aufgesucht und gegenüber dem Erlebten abgegrenzt, um sich darauf beziehen zu können. Auch dazu bedarf es eines Gefühls, nämlich des *Spürens* der Stimmigkeit. *Beide Gefühlsfähigkeiten* scheinen bei psychosomatischen Störungen behindert zu sein.

Jedoch sind die anderen GM nicht betroffen: die sachliche Bezugnahme zur Welt, ihre Wahrnehmung, der Umgang mit den Fakten und Dingen, das Empfinden des Haltgebenden (1. GM) ist durch die Blockade der Innerlichkeit nicht betroffen. Der sachlich-nüchterne Realitätsbezug ist erhalten. Ebenso scheint die Fähigkeit der 4. GM, Zusammenhänge zu erkennen, größere Kontexte zu sehen und sich darin zu bewegen, grundsätzlich erhalten zu sein. Allerdings gerät diese Fähigkeit ohne Abstimmung mit dem eigenen Fühlen und Spüren zu einer mehr funktionalen, zweckorientierten Bezugnahme, der die innere, gefühlte Beteiligung fehlt.

Im Modell der phänomenologischen Anthropologie betrifft die charakteristische Veränderung bei psychosomatischen Störungen somit die 2. und 3. GM in behindernder Weise, während die 1. und 4. GM in ihrer Funktion erhalten sind, ja kom-

pensatorisch zu vermehrtem Einsatz kommen (Abb. 4).

In einer solchen Konstellation ist der *Außenbezug* erhalten: der Umgang mit der Sachwelt und mit den zweckhaften Kontexten verläuft ohne Einschränkung.

Aber es fehlt in diesem Existenzvollzug das *Leben*. Es besteht keine *gefühlte Beziehung* zu den Werten und keine *gespürte Beziehung zum Eigenen*, zum persönlich Wichtigem. Doch bleibt die sensorische und kognitive Wahrnehmung davon unbeeinträchtigt.

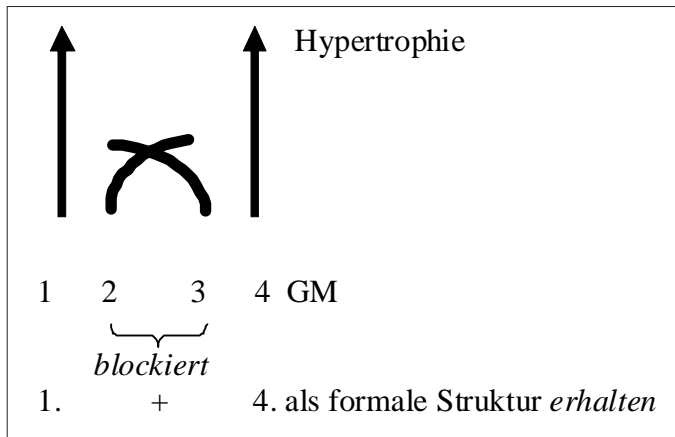


Abb.4: Das existenzanalytische Psychosomatik-Modell im Überblick graphisch dargestellt.

Zusammenfassend gesagt kann aus der allgemeinen **Psychopathogenese** der Psychosomatik phänomenologisch vorwiegend eine **gleichzeitige und gleich stark ausgebildete Blockade der 2. und 3. GM** abgeleitet werden. Diese sind psychopathologisch im besonderen Maße beeinträchtigt.

Kompensatorisch kommt es zu einem verstärkten Einsatz der **1. und 4. GM**, der aber *ohne Aktivierung der 2. und 3. GM funktional* bleibt. Interessanterweise verweist die Phänomenologie einiger **Ressourcenmodelle** auf den verstärkten Einsatz der 1. und 4. GM zur Erhaltung der seelischen Gesundheit.

Nosologisch bedeutet diese Konstellation, daß die psychosomatische Störung vom Schweregrad in die Nähe der *Persönlichkeitsstörungen* rückt, weil schon zwei GM betroffen sind. Doch im Unterschied zu den Persönlichkeitsstörungen sind in der Psychosomatik beide gleich schwer beeinträchtigt; bei Persönlichkeitsstörungen dominiert i.a. jeweils eine GM, die den Störungsschwerpunkt darstellt. Es ist daher verständlich, daß immer wieder von einer psychosomatischen Persönlichkeit gesprochen wird (vgl. Wirsching 1996), die sich nach dem Modell der EA durchaus ausbilden kann, wenn noch weitere GM beeinträchtigt werden⁵. Auch ist vorstellbar, daß sich die Störung auf der Ebene der Persönlichkeit nur passager ausbildet.

Für die *Therapie* bedeutet eine solche nosologische Pla-

zierung einen größeren Aufwand als bei Neurosen, wo nur eine GM beeinträchtigt ist.

Dieses Modell der EA deckt sich ein gutes Stück mit der oben genannten *Entkoppelungs-Hypothese*, mit der Papciak et al. (1985) die Entstehung der Alexithymie zu erklären versuchen. So könnten wir in Anlehnung an sie sagen, daß sich das Erleben nicht oder nur vermindert im Gefühl spiegelt, während die Wahrnehmung der körperlich-vegetativen Begleitreaktionen des Gefühls ungehindert möglich ist. Aber ohne Ankoppelung an die Emotion bleibt sie unverständlich (doch aus Sicht der EA muß es nicht zu einer kognitiven „Fehlinterpretation“ der körperlichen Vorgänge kommen, wie Papciak et al. annehmen). Die unverständene Körper-Reaktion absorbiert die Aufmerksamkeit, und erhält zudem durch die Abdämpfung der Emotionen und Affekte eine größere Intensität. Durch den Lerneffekt in ähnlichen Situationen wird die körperliche Reaktion an (oft nicht erkannte, in ihrer lebensrelevanten Bedeutsamkeit nicht verstandene, da nicht gefühlte) Inhalte gekoppelt, und da die Erfahrung unsystematisch und unerwartet erfolgt, fällt die Konditionierung noch stärker aus. Durch weitere Mechanismen, wie Erwartungshaltung, Ankämpfen, Angst oder Überraschung kann es zur Generalisierung der unverständenen Körperreaktionen kommen.

Als allgemeine **Ursachen** für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten kommen *vielfältige* und unterschiedliche in Betracht. Sie können kausal und/oder im Sinne der Begünstigung wirken: genetische und/oder psychische Disposition (Persönlichkeitseigenschaften), traumatisierende Beziehungserfahrungen in der Kindheit u/o späterem Leben, Traumata generell; Lernerfahrungen usw. Entscheidend ist die Auswirkung auf die psychische Architektonik der Verarbeitungsgrundlagen, eben auf die Struktur der Psyche, die wir Grundmotivationen nennen. Sie haben große Ähnlichkeit mit dem, was Grawe (2004) in der Folge von Epstein (1993) „Grundbedürfnisse“ nennt.

Wie kommt es im Zusammenspiel dieser ätiologischen Kategorien zur Blockade der 2. und 3. GM? Die Ursachen der psychosomatischen Störungen (Ätiologie) wirken sich in folgender Art und Weise auf die GM aus:

2. GM: Durch *Verletzungen* und *Mängelerlebnisse* auf der Ebene der zwischenmenschlichen *Beziehungen* kommt es zu einer Verarmung der Näheerlebnisse und in der Folge der Gefühle. Es kann aber auch sein, daß die Gefühle anfangs schmerzen. Diese Unerträglichkeit wird einerseits durch einen *Rückzug* aus den Beziehungen und aus der Gefühlswelt abgebaut. Andererseits kommt es durch die Beziehungsarmut zu einem *Aktivismus* des „Erledigens“ und Leistens; sich selbst dabei etwas Gutes zu tun fällt schwer. Doch kann es auch zu aufgestauten Affektdurch-

⁵ Die Nähe der Psychosomatose zu den Persönlichkeitsstörungen scheint auch durch ein praktisch identes Muster von Copingreaktionen unterstrichen zu werden. Bei Persönlichkeitsstörungen dominieren der Aktivismus und der Totstellreflex der vorrangig gestörten GM. Bei der Psychosomatose scheint der Aktivismus der 2. GM und der Totstellreflex der 3. GM vorzuherrschen (s.u.). – Wenn sich solche Muster bestätigen, ist es verständlich, daß die Diskussion, ob es sich bei der Psychosomatose um eine eigenständige Persönlichkeitsstörung handelt oder nicht, verständlich: die Nähe ist zu groß, doch bestehen auch Unterschiede.

schwer. Doch kann es auch zu aufgestauten Affektdurchbrüchen kommen. Man kann durch diesen Verlust von Erleben auch von „desintegrierten Affekten“ sprechen (vgl. Frischenschlager 2008, 36).

Durch diese Entwicklung fällt das subjektiv empfundene *Mögen* aus, das eine Orientierungsgröße bei Entscheidungen darstellt; an seine Stelle treten rationale oder allgemeingültige *Normen*, *Pflichten* und *Vorgaben* als Wertersatz.

3. GM: Unverständliches in den Beziehungen, vor allem Unberechenbarkeiten (z.B. abrupte Wechsel), wird intern attribuiert: man hält sich selbst als die Ursache für dieses Verhalten der anderen. Dazu kommt ein Defizit an personaler Begegnung und an Gesehen-Werden als Person. Das Selbstbild, der Selbstwert und die Autonomieentwicklung werden dadurch nachhaltig beeinträchtigt, und es entwickelt sich Selbstunsicherheit und Selbstentfremdung.

Anhaltender *Schmerz* aus Beziehungen oder verletzend Reaktionsweisen von nahen Menschen mit *Persönlichkeitsstörungen* usw. führten zur inneren *Distanzierung* von den Gefühlen der Entfremdung, Entwertung, persönlichen Verletztseins usw.; hält der Zustand an, kommt es schließlich zu einer *Dissoziation* der Gefühle für sich selbst (Copingreaktion 1 und 4 der 3. GM: auf Distanz gehen und Totstellreflex). In dieser abgespaltenen Form können sie nun gänzlich nicht mehr gefühlt, erkannt und daher auch nicht mehr „gelesen“ und verstanden werden.

In der *Orientierung* fehlt nun das, was man persönlich als *richtig* empfindet; sein Platz wird von der (formalistischen) *Pflicht* eingenommen.

Diese Blockade führt u.a. zu jenen Symptomen, die im Konzept der *Alexithymie* (Ruesch 1948, Sifneos 1973) erfaßt sind, und vor allem in einer unzureichenden Verbalisierungsfähigkeit affektiver Inhalte, Phantasiearmut, Beziehungsabhängigkeit und ausgeprägtem „Normalverhalten“ besteht (cf. Kap. 4).

Diese Veränderungen in der 2. und 3. GM beeinflussen auch die 1. und 4. GM, die aber als sekundäre Auswirkung in der Folge der Primärstörung indirekt und daher nur partiell gestört werden:

Im Bereich der **1. GM** kann es zur **Verunsicherung** (s.u.) und zur Entwicklung von **Mißtrauen** kommen in Bezug auf die Zuverlässigkeit und den Halt von **Beziehungen** (durch Bindungsmangel – 3. GM: fehlende Entschiedenheit in der Beziehung und Ausgegrenztsein – 2. GM: fehlende Zuwendung), von **Begegnungen** (3. GM – z.B. Interesse, das sich aber nicht auf die Person sondern nur auf Funktion bezog) und eigenen **Gefühlen** (2. GM – durch jähe und gegenteilige Amplituden wie Schwanken zwischen großer Freude und jäher Verletzung).

Im Bereich der **4. GM** bleibt eine **Sinn-Leere** und fehlende gefühlte Eingebundenheit in größere Strukturen. Statt sich an (gefühltem) Sinn zu orientieren, geschieht dies an Zwecken, wodurch eine hohe **Funktionalitätsneigung** und **Verzweckungstendenz** besteht. Psychosomatiker passen sich

an ihren Kontext an, doch füllen sie ihn nicht mit sich aus, sondern mit innerlich entleertem Funktionieren. Dies ist nicht als Copingreaktion zu verstehen, sondern ist als verbleibende strukturelle Kapazität des Menschen aufzufassen.

Auf dieser Basis entsteht nun eine Gegenreaktion bei diesen beiden in der Funktion nicht beeinträchtigten GM. Es entsteht eine Entwicklung durch den verstärkten Einsatz der **1. und 4. GM**, die vor allem in einer **Somatisierung und Funktionalisierung** besteht. Aufgrund dieser Tendenzen zur Sachlichkeit, Konkretheit, Anbindung an Faktisches (1. GM) und Funktionalität (4. GM) kommt es zur Hypertrophie des (beziehungslosen) Körpereinsatzes und zu einem zweckrationalen (statt sinnerfüllten) Leben. Das **Erleben** bildet sich in dieser Konstellation **nicht im Fühlen und Spüren** ab, sondern im **Können und Sollen**. D.h. der *Selbstwert* besteht für den psychosomatisch Kranken im Können (Verschiebung von der 3. zur 1. GM). Er spürt nicht den Eigenwert des Personseins aus seinem Wesen, jenseits von Fähigkeiten und Geschicklichkeiten. *Freude* kann er nicht fühlen, die gibt es nur in der Zielerfüllung und im Erfolg (Verschiebung der 2. GM auf die 4. GM). Angeleitet durch die Zweckhaftigkeit und Vernünftigkeit besteht ein **angepaßtes** Leben aus einem sich selbst nicht kennen und fühlen. Die *Spannungen* werden nicht *gefühlt* (2. GM) und ihre *Anforderungen* (eine wichtige Grundlage für Salutogenese und Hardiness) werden nicht *gespürt* (3. GM); die Spannungen mobilisieren dafür gleich die funktionsfähigen Grundmotivationen (2 und 3) und werden in Tun (Können) umgesetzt. Dieses Muster, Selbstwert erleben und Kritik, Freude und Spannungen in zweckhaftes Tun umzusetzen, läßt sie in derselben Art ihren (im Erleben nur sachlich repräsentierten) *Körper instrumentalisieren*. D.h. sie behandeln den Körper auch nur mit Können und Sollen, ohne Gefühl und Gespür. Dies verstärkt die Versachlichung des Körper-Bezugs – er wird durch den eigenen Umgang zum Objekt für das vernünftige Subjekt.

Doch führt den psychosomatisch Kranken auch noch ein anderer Mangel zu einem verstärkten Gebrauch des Körpers und des Funktionierens. Durch die Blockade des Fühlens findet Leben nicht mehr ausreichend in der Innenwelt statt. Um Leben überhaupt noch greifbar halten zu können, bekommt der *Körper* ein stärkeres Gewicht und eine größere Bedeutung. Es wird ihm mehr Aufmerksamkeit geschenkt und er erhält mehr Beachtung. Das Nicht-Gefühlte wird am Körper vergegenwärtigt, weil er – gemeinsam mit dem Handeln – die verbleibende *Ausdrucksmöglichkeit* ist. Der andere Erlebnisraum sind die Funktionen. An solchen *zweckhaften Aufgaben* wird das Leben vollzogen (nicht „gelebt“), weil das Gefühl und das Selbst keine Projektionsfläche für das Erleben bilden; nur noch Körper und Leistung. – Alles Leben spielt sich am versachlichten Körper und in der Zweckhaftigkeit ab.

Durch dieses Fehlen des gefühlten Innenlebens gerät der psychosomatisch Kranke in eine **Außenperspektive** zum Körper und zum größeren Kontext. Er betrachtet beide als Objekte, versachlicht, funktional, verzweckt. Die Innenperspektive (das Beachten des Erlebens) ist verstellt und nicht präsent.

5. Symptomatik entsprechend der phänomenologischen Anthropologie der EA

Neben diesen Grundzügen psychosomatischen Erlebens sollen nun noch weitere, abgeleitete Charakteristika der **Verhaltens- und Erlebenssymptomatik** wiedergegeben werden, die sich teilweise mit den „psychosomatischen“ ICD-Diagnosen Somatisierungsstörungen F 45, Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) F 44 und Neurasthenie F 48 decken:

2. GM:

Durch die schwache, gefühlsmäßige **Beziehung zum Körper** werden seine Signale nicht ausreichend gefühlt, es besteht eine „mißlingende Kommunikation des psychosomatisch Kranken mit seinem Körper“ (Kutter 1981, in Wilke 1996, 350). Rudolf (2008, 12) formuliert es ähnlich: „Ein emotionales Verstehen von Körperwahrnehmungen fehlt.“

Eine eigenartige **Gefühlunsicherheit** bzw. Gefühllosigkeit herrscht vor: in der Anamnese bei affektiv relevanten Themen kommen nur zögerliche, knappe oder vage Antworten. Beispielsweise kann eine Frau nicht sagen, ob ihr die körperliche Berührung von ihrem Partner gut tut und was sie dabei fühlt.

Den Gefühlen gegenüber besteht eine grundsätzlich **ablehnende Haltung**. Oftmals in Härte und Strenge aufgewachsen, wird dieser Lebensstil internalisiert und nun zum eigenen Lebens-Prinzip erhoben. „Weichheit“, d.h. Emotionalität und Gefühlsbezogenheit, gilt als Versagen. Dieses Verhalten wird häufig vom Symptom Schmerz begleitet. Denn so, wie dieser Mensch mit sich ist und umgeht, tut ihm das Leben weh. Da er das aber nicht direkt fühlen kann, fühlt er den *Schmerz am Körper*. Eine weitere Konsequenz der ablehnenden Haltung ist, daß man auch kein **Mögen** empfindet bzw. sich nicht darauf bezieht. Statt dessen wird auf Ziele, Erfolg, Vorgabenerreichung oder Anerkennung und Perfektion geachtet – ob dabei Freude erlebt wird, ist nicht relevant, steht nicht im Blickfeld des Interesses oder Bewußtseins.

Rudolf (2008, 12) fand in einer kleinen Untersuchungsgruppe von 45 Patienten „massive frühe biologische Belastungen bei 100%... (Eine) Nicht-Verfügbarkeit der elterlichen Bezugsperson zeigte sich bei 80%.“ Durch die **fehlende Beziehung** zu nahestehenden Anderen wird die emotionale Entwicklung hintangehalten bzw. blockiert (vgl. Emotionstheorie der Existenzanalyse in Längle 2008). Minuchin et al. (1978) sprachen sogar von der „*psychosomatischen Familie*“, die durch Starre, „enmeshment“ (Einmischung, Verfilzung – entspricht wohl mehr der 3. GM wegen der enthaltenen Grenzüberschreitung) und Konfliktvermeidung (entspricht auch der 3. GM: fehlende Stellungnahme) gekennzeichnet ist.

Gerade der letzte Punkt leitet bereits über zur fehlenden Differenzierung der Gefühle, die es ermöglichte, daß anstelle der angeborenen Affektschematas etwas Eigenes, Persönliches zum Ausdruck kommen könnte. Diese unreifen Affekte sind Reaktionen, sind nicht „personiert“ (in der EA wird dies als einen Anteil der 3. GM gesehen). Man spricht vielfach von „**desintegrierten Affekten**“ (z.B. Frischenschlager 2008, 36), wo die Handlungs- oder Ausdruckskomponente

blockiert ist, wodurch der Zugang zum Erleben und Verstehen (Interpretation der Gefühle) verstellt ist (ebd.). Dies führt auch zu einem Unvermögen, sich gefühlsmäßig der Situation anzupassen und an sie anzubinden, was durch eine übertriebene formale Anpassung ausgeglichen und ein relativ problemarmes äußeres Leben ermöglicht. Uexküll (2008) bezeichnet die psychosomatische Krankheit daher als „maladaptative Störung“.

Bei Ausbruch der Krankheit sind typische affektive Zustände Verzweiflung, Aufgeben, Kummer, Depression. „Ein Gefühl des unwiederbringlichen Verlustes und einer dauerhaften Entbehrung“ erzeugt einen seelischen Zustand von **Hilflosigkeit** und Hoffnungslosigkeit (Engel und Schmale 1987, in Wilke 1996, 350). Diese Art von Hilflosigkeit kann verstanden werden als ein Mangel an vitaler Kraft durch das Fehlen des emotionalen Fließens. Der anhaltende Mangel an Werterleben in der 2. GM, verbunden mit dem Zustand der Hilflosigkeit u.a. führt dazu, daß der psychosomatisch Kranke ein starkes *Bedürfnis nach Zuwendung* (vgl. oben Philipp & Klauer 1988) und Aufmerksamkeit der Umgebung (Anteil der 3. GM; vgl. auch Balon 2005 – s.u.) hat und diese auch zu mobilisieren versteht. Und doch kann er sich nicht richtig in eine (mit)fühlende Beziehung bringen. Dahinter steht eine *externalisierte* Hilfe-Erwartung. Die Kranken merken, daß Hilfe nicht von innen kommen kann, sondern nur noch von außen; dies entspricht einer realistischen Wahrnehmung. Dieses Greifen nach äußerer Hilfe führt in seiner Ohnmacht nicht selten zu *magischen* Hilfservartungen. Dennoch verbessert positives **Angenommensein** (Vaillant) späteres Bewältigungsverhalten und gute psychosoziale Unterstützung reduziert nachweislich den Krankenhausaufenthalt (Bibl 2004, bezugnehmend auf Vaillant). Sie ist ein wichtiger Prognosefaktor.

3. GM:

Balint (1970) sah in der psychosomatischen Krankheit eine „Grundstörung“, die Wilke (1996, 351) als **labiles Selbstgefühl** bezeichnete. Die Patienten sind auf „die ständige Anwesenheit einer Person angewiesen, die sie schützt und die ihre Integrität bewahrt.“ (ebd.)

Perfektionismus, streng sein mit sich, Anerkennung suchen prägen das Bild.

Solche Schwäche im Selbstgefühl wird kompensiert (bzw. auch verursacht) durch einen hohen **Leistungsanspruch**. In einem eindrücklichen Fallbeispiel schildert Frischenschlager (1982, 32), wie ein 24-jähriger Medizin-Student vom Vater lernte, daß Prinzipien auf jeden Fall durchgesetzt werden müssen. Zu dieser Strenge gegen sich selbst kommt ein Konkurrenzkampf mit den Geschwistern, um in der Familie bestehen zu können, weil alle erfolgreich sind und studiert haben. Wenn Eltern sehr erfolgreich sind, oder Erfolg in der nahen Umgebung hoch bewertet ist, entsteht ein massiver Druck auf den Selbstwert.

Auf eine starke Leitungsorientierung bei 95 % seiner untersuchten Gruppe psychosomatischer Patienten (N = 45) verweist auch Rudolf (2008, 12). Diese bestand schon bei 60 % der Kinder im Sinne einer vorzeitigen Verantwortungsübernahme, die unter dem Schirm einer wertbesetzten Über-

höhung zu erkennbaren Zeichen der Selbstüberforderung führte. „So scheinen die Patienten zu den Menschen zu gehören, die anstelle einer freien **Selbstbestimmtheit** von klein auf das Gefühl des ohnmächtigen Ausgeliefertseins und Ausgrenztseins erlebt haben.“ (ebd.) (vgl. auch Eisenberger et al. 2003) Fehlt das Gegenüber, tritt Vereinsamung und innere Leere auf. „Gegenwärtigkeit ist eine Art existentieller Affekt (...) Das ist von erheblicher klinischer Bedeutung, weil pathologische Dissoziationszustände das Gefühl für Gegenwartigkeit beeinträchtigen können.“ (Stern 2005, 43)

1. GM und 4. GM überaktiv:

Es dominiert die **Außenperspektive** statt der Innenperspektive im Selbstbezug und Körperbezug. Wie schon erwähnt betrachtet der psychosomatisch Kranke den Körper als Objekt und sieht entsprechend die Symptome *sachlich*, naturwissenschaftlich, erklärend. Nach Frischenschlager (2008, 36) ist der Verlust der Innenperspektive, der ständige Wechsel zur Außenperspektive und die damit verbundene „Affektdesintegration“ ein zentrales Kennzeichen der Psychosomatik. Anamnestisch bringen die Pat nur Faktisches, kaum persönliche Information oder Erleben. „Das ‚Ich‘ kommt zum Arzt, bringt das Objekt ‚meinen Körper‘ mit. – Dem Objekt ‚mein Körper‘ gelten Bedrohtheitsgefühle und ängstliche Gedanken. – Das ‚Ich‘ übergibt das Objekt ‚meinen Körper‘ dem Arzt als mächtigem Helfer und fordert ihn auf zu heilen. – Das ‚Ich‘ hat darüber hinaus wenig Interesse für ‚meine Situation‘ und ‚meine Geschichte‘ im Hintergrund der Körperbeschwerden.“ So faßt Rudolf (2008, 9) schematisch den typischen Körperbezug der psychosomatischen Patienten zusammen. Sie suchen funktionale, nicht prozeßhafte Lösungen der Beschwerden, verlangen Operationen, Medikamente, Reparaturmedizin; sie sind dem Erleben, Wachsen und der Eigenaktivität gegenüber abgeneigt, stehen in einer Passivierung, was den eigenen Körper betrifft. Man sieht, wie das Fehlen der 2. und 3. GM durch Sachlichkeit (1. GM) kompensiert wird, und wie sehr die Beziehungslosigkeit vorherrscht.

Zu dieser Sachlichkeit und Gefühlsarmut paßt ein **rationales** Herangehen an die Probleme. Sie trainieren eine stoische Haltung, die sich von nichts berühren läßt.

Der Lebensstil ist pragmatisch, die Patienten sind durchaus **initiativ**, „zupackend“, stehen fest in der Welt, in ihren Rollen und Funktionen, halten sich eng an Fakten. Es kommt zu einer „Überbesetzung des Handgreiflichsten, Konkretesten und Faktischsten in der Realität“ (de M’Uzan 1978, 180f). Die Sachbezogenheit kann als konkretistisch-gegenständlich bezeichnet werden, ist phantasiearm (Ruesch 1948 in Wilke 1996, 350). Marty und de M’Uzan (1978) bezeichnen das Denken als phantasiearm und assoziationsarm („pensée opératoire“). Es wäre ergänzend zu sagen, daß es auch wenig Wünsche kennt.

Kontextuelle Notwendigkeiten wie sachlicher Druck (z.B. finanzielle Not), existentielle Angst (z.B. sich schwach in der Schule fühlen) führen dazu, daß **Härte und Durchhalten** entsteht, der nicht durch Emotionalität oder Gespürigkeit aufgeweicht werden soll.

6. Psychopathologische Entwicklung

Man hat psychosomatische Krankheiten mit anderen psychischen Krankheiten vergesellschaftet gefunden und in Zusammenhang gebracht (Uexküll 2008, 290; Leweke et al. 2009), u.a. mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD), Abhängigkeitserkrankungen, Depression, Panikstörung und auch Borderline.

Eine solche Auffassung von psychosomatischen Krankheiten, sie in Vergesellschaftung mit anderen Krankheiten zu sehen, ergibt sich auch aus der Sicht der existenzanalytischen Anthropologie (Strukturmodell), wenngleich mit Differenzierungen. Das massive Betroffensein der GM 2 und 3 führt zur Auslösung und Fixierung von Copingreaktionen. Das heißt, daß der Störungseinfluß auf die beiden GM *psychopathologische Entwicklungen* mit sich bringt. Die Erkrankung der 2. GM würde in die Depression führen, die der 3. GM in die Hysterie. Dennoch kann eine psychosomatische Krankheit nicht einfach mit Depression und Hysterie gleichgesetzt werden. Das Spezifische der psychosomatischen Störung könnte aber in einer verwobenen Kombination dieser beiden Krankheiten angesehen werden. Ätiologisch ist zu folgern, daß beide Krankheiten eigentlich aktiviert sein müßten, weil die entsprechenden GM blockiert sind.

Die psychosomatische Krankheit ist aus existenzanalytischer Sicht eine schwere Störung, da sie eine *körperliche Krankheit* mit *zwei psychischen Krankheiten* und ihren entsprechenden fixierten Copingreaktionen vereint. Das Zusammentreffen von zwei in ihrer Dynamik divergenten psychischen Störungen führt zu einer eigenartigen, ganz spezifischen Reaktion. Beide Störungen erscheinen durch die Wechselwirkung in larvierter, d.h. verdeckter Form. Nosologisch ist auf der psychischen Ebene davon auszugehen, daß in psychosomatischen Krankheiten ein Zusammentreffen der beiden Störungsbilder Depression und Hysterie wegen ihrer Gegenläufigkeit mit einer gegenseitig hemmenden Beeinflussung bestehen dürfte. Hier die beiden psychischen Krankheiten im einzelnen:

a) Larvierte Depression bzw. somatisierte Depression

Es ist heute recht still um diese Form der Depression geworden, während sie früher doch breit beschrieben wurde (vgl. z.B. Kielholz u.a. 1981). Es handelt sich um eine Depression, die sich nicht als Depression auf die Gefühle auswirkt, sondern sich nur im Körperlichen abspielt. Depressionen entstehen aus existenzanalytischer Sicht, wenn der Wert des Lebens nicht gefühlt wird (vgl. Längle 2004; 2008). In der Psychosomatik ist also von einer nicht gefühlten Depression auszugehen, d.h. der Wert des Lebens wird nicht gefühlt, aber dieses Nicht-Fühlen wird seinerseits nicht erkannt, nicht gefühlt. Der Kranke ist somit über sein Defizit nicht informiert und kann es nicht verorten. Wo sollte er es denn festmachen, wenn er weder das Ich spürt – die hysterische Schleife – noch das Leben wegen des depressiven Hintergrunds fühlbar ist. Es bleibt ihm nur die *körperliche* Dimension präsent, mit der er das Problem in der Folge verknüpft. Parallel dazu kommen *kognitiv-sachliche* Erklärungen in besonderem Maße zum Ein-

satz. Beide entsprechen anthropologisch gesehen der 1. GM.

Gathmann (1985, 37) faßte die larvierte Depression als Differentialdiagnose zur psychosomatischen Krankheit auf – z.T. zu Recht, wie wir sagen würden, denn die Psychosomatose ist geprägt durch die Kombination mit einer weiteren Grundstörung:

b) „Larvierte“ Hysterie

Obwohl die strukturellen Defizite auf eine hysterische Störung verweisen (vgl. den „unsentimentalen Nachruf“ auf die Hysterie im Kontext mit den psychosomatischen Störungen bei Hoffmann et al. 1999, 221ff), erscheint der psychosomatisch Kranke von außen gesehen nicht explizit hysterisch – darum könnte diese Form der Hysterie als „larviert“ bezeichnet werden – ein Begriff, der ansonsten nicht in Verwendung ist. In dieser Form ist die Hysterie (vgl. z.B. Längle 2006) beispielsweise nicht auffallend manipulativ, benützend, Aufmerksamkeit heischend oder sich in den Mittelpunkt spielend. Doch ist typischerweise eine Dynamik erkennbar, die an die Hysterie gemahnt, und sie – gemildert durch die depressive Störung – bei sich selbst (statt typischerweise im Wechselspiel mit anderen) wirksam werden läßt. So findet sich die zentrale Bewegung der Hysterie: sich nicht bei sich im inneren Erleben aufhalten zu können, sondern von sich weg zu gehen. Dadurch dominiert der *hysterische Verarbeitungsmodus* mit den Charakteristika des sich nicht Fühlens; des fehlenden Zugangs zu sich selbst; des nach außen Gehens, was sich in der *Außenorientierung* der Aufmerksamkeit und der Aktivität zeigt. Mit demselben Muster werden die psychischen Probleme und Belastungen ursächlich vom Innen abgelöst, an funktionale Zusammenhänge geknüpft und vom Gefühl durch *Dissoziation* getrennt. Das Abschieben der Probleme/Konflikte geht aber nicht so weit wie im ungebremsten hysterischen und ihm verwandten (z.B. narzißtischen) Verhalten. Es erreicht den anderen Menschen nicht, weil der depressive Zug ihm entgegenwirkt und die Dynamik abbremsst. Probleme erreichen damit lediglich die Peripherie des eigenen Körpers oder gehen im Funktionalismus auf. Denn durch das Sich-nicht-Haben gerät die Tätigkeit ohnehin regelmäßig zum *Funktionalismus*, zu dem sich die Dynamik der dissoziierten Gefühle gesellt (somit geht ein Teil der psychischen Energie in Tätigkeit auf, und wird nicht nur in körperliche Symptome umgewandelt). So bestimmt das sachliche „Erledigen“ die Form der Vernetzung mit der Umgebung, doch da es ohne innerliche Anwesenheit geschieht, wird es nur zweckdienlich und nicht als sinnvoll erlebt.

c) Reziproke Inhibition von Depression und Hysterie

Wegen der Bedeutung, die das Verschränken der beiden Störungen füreinander, für den Körper und für das Verhalten hat, soll diese reziproke Inhibition noch eigens herausgehoben werden. Die **Depression** wird durch den hysterischen Verarbeitungsmodus in ihrer regressiven Tendenz behindert und erhält eine – für die Depression untypische, aber für die Hysterie charakteristische – Tendenz zur Externalisierung. Statt sich wie bei Depressionen im Innenleben aufhalten zu können, richtet sich das fehlende Lebensgefühl nach außen, sucht

nicht in sich die Ursache des Leidens (wie Depressive z.B. in Versagen, Schwäche, Belastung), sondern im Außen. Doch reicht der Wurf nicht, wie in der Hysterie, um ganz in der Außenwelt aufzugehen und die Ursache des Leidens allein dort zu finden, sondern durch die vorhandene depressive Gegenkraft bleibt er „auf halbem Wege“ stecken und fällt so auf den Körper. Nun ist es ein Nicht-Funktionieren des Körpers, das als Ursache des Unbehagens und Leidens angesehen wird.

Auf der anderen Seite wird die **Hysterie** durch die Depression gebremst und kann nicht in der typischen Dynamik „ausgelebt“ werden. Ihre Leichtigkeit und Adaptabilität wird durch das depressive Gewicht schwerfällig, der Vollzug verharzt. Das Gespür für das, was anderen Eindruck machen könnte, ist erlahmt, richtet sich darauf, was der Körper brauchen könnte. Das Leiden an Enge, Schmerz und verlassener Einsamkeit (Längle 2006) verliert durch die Depression seinen Stachel und fällt auf halbem Wege auf den Körper zurück, bzw. geht im Funktionalismus auf.

Die Gegenläufigkeit der Störungen erzeugt eine erhöhte *innere Spannung*, die stets zugegen ist, und das psychosomatische Erleben begleitet.

d) Sekundärwirkung auf die 1. GM

Doch führt auch noch eine andere Reaktion zu erhöhter Spannung. In Folge einer so schweren Störung, in der das emotionale Innenleben weitgehend reduziert ist, kommt es auch zu einer inneren **Verunsicherung**. Sie ist eine *Reaktion* auf den inneren Haltverlust (**1. GM**) durch den fehlenden Selbstbezug und den fehlenden Lebensbezug. Die Verunsicherung wird aber nicht gefühlt; sie erzeugt nur eine konstante körperliche **Anspannung** und **Stress**. Wieder kommt der Körper vermehrt ins Augenmerk, denn als Reaktion der Verunsicherung ist er ein stabiles, konstantes Gegenüber, an dem sich die Psyche gleichsam festhalten kann (Haltere reflex). Und da die Gefühle als Ausdrucksfläche praktisch wegfallen, ist der Körper (und das Verhalten) alleiniges Ausdrucksorgan der inneren Vorgänge. So hat die innere Unsicherheit rein somatische Auswirkungen, und keine psychischen. Die körperlichen Auswirkungen der Anspannung schlagen sich vor allem in **muskulären Spannungen** nieder (vgl. auch den Hinweis von Gathmann 1985, 57 auf die Bedeutung anxiolytischer Medikamente, um gelegentlich einen Zugang zur Therapie erst zu bekommen). Dies kann zu einer *Überforderung* des Körpers im Bereich der Muskulatur führen. Als nicht gefühlte Anspannung bleibt die Reaktion des Körpers aber unverstanden (vgl. oben die Ausführungen zur Entkoppelungshypothese von Papciak et al 1985), wodurch er zunehmend zum *Objekt* für den psychosomatisch Kranken wird, an dem sich Reaktionen zeigen, die nicht mehr als ichhaft empfunden werden, da sie nicht gefühlt sind. Die Folge ist eine Distanzierung zum Körper und eine damit verbundene Außenperspektive bei psychosomatisch Kranken, auf die von vielen Autoren hingewiesen wird (z.B. Rudolf 2008, 9; Frischenschlager 2008, 36).

Die Kompensation der Verunsicherung durch Haltere reflexe hat drei wichtige Folgen:

- er führt zu mehr oder weniger stark ausgeprägten **muskulären**

lären Anspannungen im ganzen Körper, vor allem im **Kapillarbereich** und dort zu veränderten Durchblutungsverhältnissen;

- es kommt zu einem vermehrten Einsatz von **Fähigkeiten** und **Können**, den Funktionen der 1. GM (was zu einer hohen Leistungsbereitschaft führt);
- es besteht eine erhöhte **Stressneigung** durch nicht gefühlte Überforderung, so daß leicht ein chronischer **Stress** und eine Sympaticotonie entstehen kann.

e) Zusammenfassung

Psychosomatose enthält die nosologische Struktur von

- **depressiv sein**
- **nicht sich selber sein (hysterische Komponente)**
- **beides nicht spüren,**

sodaß dem Betroffenen von sich **nur der Körper** gegeben ist und existentiell ihm nur der **Kontext** zur Verfügung steht. So kann er sich nur am Körperschmerz und am sich Aufreiben in der Arbeit erleben, weil das Gefühl und die persönlich empfundene Stellungnahme nicht zur Verfügung stehen.

Durch die nicht gefühlte innere Verunsicherung entsteht (**mikro**)-**muskuläre Anspannung** und (**Dauer**)-**Stress**.

f) Weitere empirische Untersuchungen

Über die Vernetzung der psychosomatischen Krankheiten mit der **Depression** gibt es zahlreiche Untersuchungen, die signifikante Korrelationen zwischen Alexithymie und Depression nachweisen (Leweke et al. 2009, 136f). Es scheint ziemlich eindeutig, daß die Alexithymie nicht als Depression selbst zu verstehen ist oder als ein depressives Symptom, sondern als eigene Störung, die aber mit der Depression so hoch korreliert ist, daß einige Autoren sogar von einer „zustandsabhängigen Erscheinungsform der Depression“ sprechen (ebd.).

Unsere Theorie der Psychosomatik erhält durch jüngste Untersuchungen weitere Unterstützung. Depressive Patienten, die gleichzeitig unter Alexithymie litten, hatten unabhängig von der Schwere der Depression vermehrt *Suizidgedanken* (Hintikka et al. 2004), was mit der gesteigerten Aktivität und Pragmatik psychosomatisch Kranker zu tun haben könnte.

Diese alexithymen, depressiven Patienten leiden auch stärker unter *körperlichen Symptomen* (Sayar et al. 2003), d.h. sie bilden mehr körperliche Symptome aus als andere Depressive. Sie sprechen auf *Antidepressiva* (Paroxetin) schlechter an als Depressive ohne Alexithymie (Ozsahin et al. 2003), was auf einen anderen zugrundeliegenden Störungsmechanismus verweisen könnte, der eben nicht rein depressiver Natur ist.

Vanheide et al. (2007) fanden bei 134 Patienten mit einer klinisch manifesten Depression und Alexithymie ebenfalls, daß sie mehr emotions-affektive Symptome hätten. Sie beschrieben zusätzlich, daß sie ein größeres Ausmaß an „selbsteingeschätzter interpersoneller Kälte und Distanzierung“ aufwiesen (Leweke 2009, 135). Dies kann als starker Hinweis darauf gelten, daß neben der Störung der 2. GM auch die Pathologie der 3. GM mit den hysterischen Zeichen kombiniert ist.

Weitere Hinweise auf die implizite **hysterische** Störung finden sich in Untersuchungen über die Komorbidität der Angst mit der Alexithymie. Während nur eine geringe Komorbidität mit spezifischen Phobien gefunden wurde, gab es eine überraschend hohe Verbindung mit *Panikstörungen* und *sozialer Phobie* – beides sind Störungen, die wir in der EA als hysterische Angstformen verstehen (Leweke 2009, 136f).

Panische Patienten sind auch nach erfolgreicher Behandlung alexithymischer (und ängstlicher) und haben mehr Schwierigkeiten, sich gefühlsmäßig identifizieren zu können, als die Kontrollgruppe (Marchesi et al. 2005). D.h. daß der mit der Alexithymie verbundene hysterische Anteil (3. GM) nach erfolgreicher Panikbehandlung als eigener Bereich (Persönlichkeitszug?) bestehen bleibt.

Balon R (2005) fand empirisch, daß alexithyme Patienten mehr direkt formulierte verbale (d.h. durch Wörter die personale Präsenz vermittelnde) *Unterstützung* sowie ausgedrückte Akzeptanz und Empathie brauchen als nicht alexithyme Patienten. Dies könnte ein unterstützender Hinweis sein für die Bedeutung personaler Nähe (3. GM) und Beziehungsaufnahme (2. GM) von außen, da sie von innen nicht ausreichend aufgebracht werden kann. Das Ergebnis dieser Untersuchung kann auch dahingehend verstanden werden, daß es als Ersatz für die fehlenden Gefühle mehr kognitive (verbale) Zuwendung braucht.

In der **Existenzskala (ESK)** – Längle et al. 2000) bilden sich folgende Schwerpunkte bei psychosomatischen Krankheiten ab: die Selbst-Distanzierung ist erhöht, was als Hinweis auf die innere Distanz zu sich und zum Körper verstanden werden kann. Die Selbst-Transzendenz ist erniedrigt – verstehbar als Leistung, die in ihrem Wert nicht gefühlt wird. Die Freiheit ist erniedrigt oder gleich – hier herrscht ein uneinheitliches Bild vor. Die Verantwortung ist erhöht, worin sich der Pflichtaspekt des wahrgenommenen Eingebundenseins (4. GM) niederschlagen könnte. In den Kürzeln der ESK zusammengefaßt:

SD ↑, ST ↓, F ↓ oder =, V ↑.

7. Auswirkung auf die personale Dynamik und somatische Ausgestaltung

Die Störungen auf der Strukturebene – der 2. und 3. GM – haben auch Auswirkungen auf der personalen Verarbeitungsebene (Prozeßebene), wie sie in der Personalen Existenzanalyse (PEA – Längle 2000) methodisch gefaßt ist. In Schema der PEA betrachtet wird durch die gestörte Beziehungs- und Gefühlswelt (2. GM) die **Eindrucksfähigkeit (PEA-1)** geschmälert.

Durch die Störung des Gespürs wird die Autonomie und Verfügung über das Eigene herabgesetzt (Selbstentfremdung), so daß **Stellungnahmen (PEA-2)** schwerer zu treffen sind, und wenn sie gegeben werden, dann beruhen sie kaum auf einer Abstimmung mit dem Gespür.

Das folgende Schema (Abb. 5) faßt die Wechselwirkung von Struktur und Prozeß zusammen:

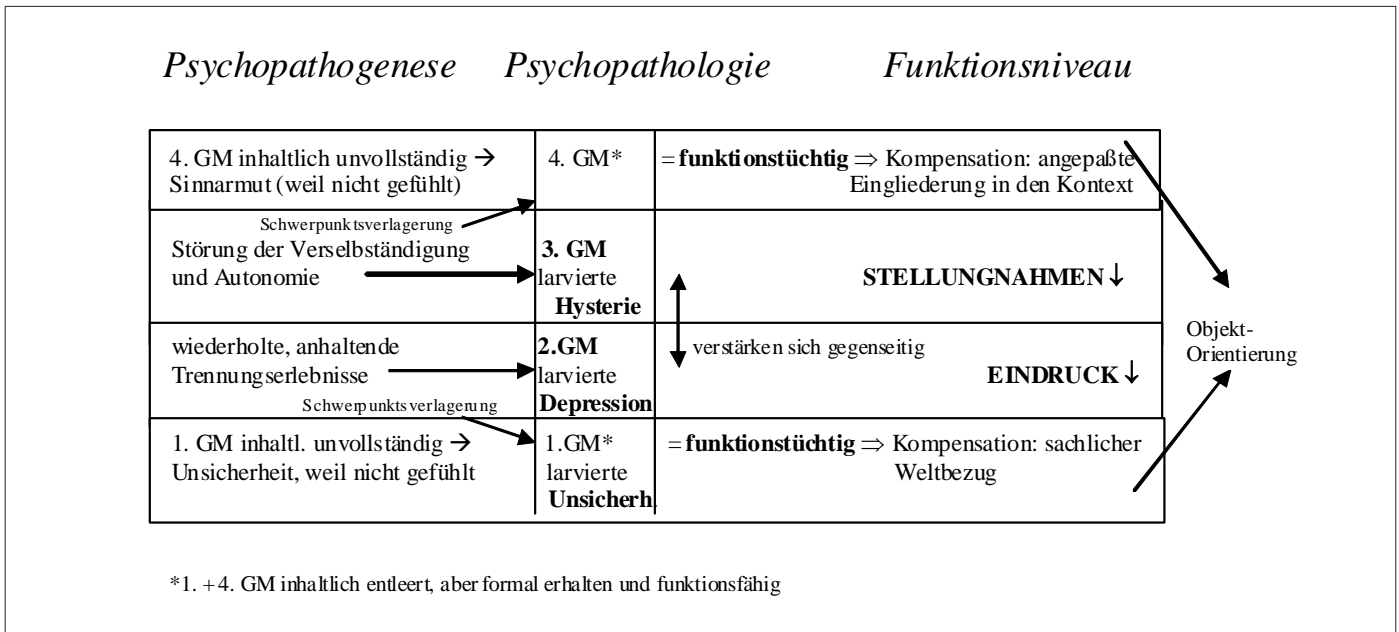


Abb. 5: Schematische Zusammenfassung des existenzanalytischen Modells zur Entstehung psychosomatischer Krankheiten auf dem Niveau der Struktur (GM) und der Psychopathologie sowie auf der Ebene der Funktion.

Struktur und Dynamik stehen in einem Wechselverhältnis. Die GM werden getragen und genährt vom Eindruck, entfalten sich anhand der Eindrücke. Sie werden aber auch moduliert durch die Stellungnahmen. Durch sie erhalten sie eine Festigkeit. Man kann sich das Wechselverhältnis wie in Abb. 6 vorstellen.

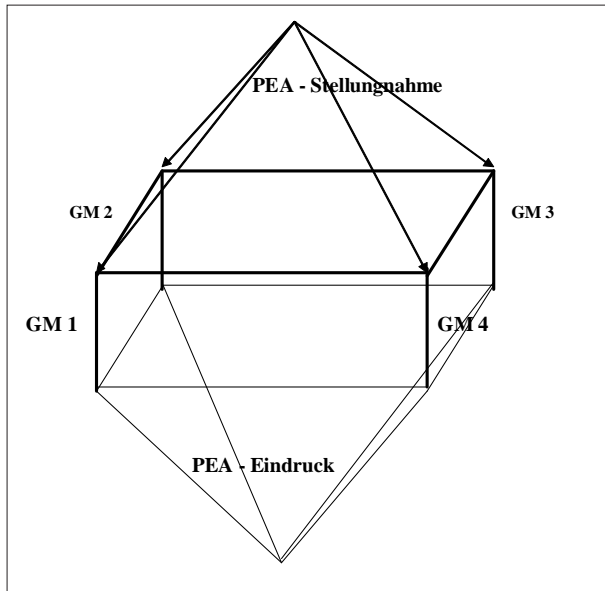


Abb. 6: Verschränkung von Dynamik und Struktur im Hintergrund der Psychosomatik

Durch diese enge Verschränkung von Struktur und Prozeß wird es verständlich, daß hier eine gegenseitige Beeinflussung vorliegt.

Zum Abschluß dieser Ausführungen soll noch ein Ausblick gegeben werden, ob erklärt werden könnte, warum es zu spezifischen psychosomatischen Störungen kommt? Weshalb entsteht beispielsweise beim einen Patienten ein Asthma, beim

anderen eine Hautkrankheit? – Die Antwort darauf ist komplex, doch ergeben sich aus der vorliegenden Theorie einige Hinweise, die zu diskutieren es sich lohnen könnte.

Wie eingangs erwähnt, ist von einem „somatischen Entgegenkommen“ durch **Disposition** und Diathese (auf genetischer und erworbener Basis) auszugehen. Geschwächte oder vorgeschädigte Organe haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, auf Stress verstärkt zu reagieren als gesunde.

In Kap. 3.1 haben wir auf die Vernetzung der Grunddimensionen der Existenz mit der **Psyche** hingewiesen. Daraus läßt sich z.B. eine Bevorzugung von Copingreaktionen je nach Belastungs- und Persönlichkeitstyp ableiten, die zu einem einseitigen Einsatz von Körperreaktionen führen können (z.B. regelmäßige Reaktion mit kaltem Zynismus und begleitendem Bluthochdruck, oder mit Hektik und Tachykardie).

Im Kap. 3.2 haben wir **körperliche Repräsentanzen** zu den Grunddimensionen der Existenz beschrieben. Sie bieten dem Menschen eine Ausdrucksfläche erlebter Inhalte aufgrund der existentiellen Bedeutung der Organe. Hier ist anzunehmen, daß die Organe aufgrund der psychischen Beeinträchtigung der GM – der Blockade der 2. und 3. bzw. der Hypertrophie der 1. und 4. – entsprechend gedämpft oder stimuliert werden, was aber durch die Entkoppelung vom Erleben wie autonom abläuft. Durch die Ausbildung von regelhafter **Psychopathologie** in der 2. und 3. GM (larv. Depression und Hysterie) kommt es zur vernetzten und teilweise inhibierten Ausbildung dieser Symptome.

Hinter allem steht der **Stress** und die **muskuläre Anspannung**, die sich besonders in existentiell mit Bedeutsamkeit besetzten Organen auswirken kann (wie auch in somatisch entgegenkommenden Organen – s.o.). Da alle Organe mit Blutgefäßen durchzogen sind, ist eine Veränderung der Durchblutung und Ernährung grundsätzlich immer möglich.

Bei aller Vorsicht ob der verwobenen Komplexität des

Prozesses kann man versuchen, Schwerpunktbildungen psychosomatischer Organstörungen zu beschreiben. Eine deterministische Organwahl können wir in diesem Modell nicht finden. Dennoch könnte man im Ansatz über einige der psychosomatischer Krankheiten folgenden psychologischen Hintergrund zu beschreiben versuchen:

Asthma bronchiale ist in erster Linie ein *Raumthema*. Ist ein Mensch wiederholt u/o längere Zeit psychisch eingengt und hat zu wenig „Raum“ zum Leben und zu seiner Entfaltung, fühlt es aber nicht, beginnen die Bronchien unter dem psychischen Stress alleine zu schwingen. Das Erleben findet nur körperlich statt, weil es vom Gefühl her blockiert ist (z.B. durch rationale Vorgaben). Die Wahrnehmung der aktuellen Situation wird ohne Gefühl auf ihre Lebensbedeutsamkeit hin nicht erfaßt. So spiegelt der Körper, was psychisch nicht repräsentiert ist. Dabei kann die konkrete Ursache der Einengung sehr unterschiedlich sein: Beziehungsprobleme, Einstellungen, religiöse Konzepte, nicht bearbeitete Verluste oder Verletzungen, die zur Bearbeitung drängen, anstehende Probleme, die gelöst werden sollten, Selbstbild des ständigen Aufschiebens usw. Es bedarf der phänomenologischen Schau, um den Zusammenhang von so unterschiedlichen Ursachen zu sehen.

Die **essentielle Hypertonie** betrifft den Kreislauf – ein Organsystem, das der 2. GM zugeordnet wird. Damit könnten diese Probleme mit *Beziehung* oder *Wertethemen* zu tun haben. – Doch ist das Kreislaufgeschehen auch von anderen wichtigen Faktoren abhängig, etwa von Stress allgemein, sowie von Bewegung usw., sodaß eine monolineare Zuordnung zumeist der Ursachenkette nicht gerecht würde. Es ist zu rechnen, daß die inhaltliche Zuordnung dieser Störung mit einer größeren Varianz begleitet ist.

Die **Neurodermitis** hat einen psychosomatischen Anteil. Die Haut ist Grenz- und Berührungsorgan, wie oben beschrieben. Der psychologische Anteil an der Störung könnte also von den Themen der 2. und 3. GM her den größten Anteil beziehen.

Auch **Darmstörungen** könnten psychologisch gesehen vorwiegend mit Abgrenzungsthemen verbunden sein.

Die **rheumatische Arthritis** ist schwer zuzuordnen. Der Bewegungsapparat wird am ehesten der 4. GM zugeordnet, hat er doch mit Vollzug und Handeln zu tun. Handelt es sich um eine Störung im Handlungsbereich, somit um eine Überforderung auf der Ebene der 4. GM, die zu sehr im funktionalen Bereich gelebt wird? Sind mache der Beschwerden durch tendo-muskulären Zug auf Gelenkkapsel verursacht? Ist die rheumatoide Arthritis überhaupt eine psychosomatische Krankheit – wie hoch ist der psychische Anteil?

Die **Thyreotoxikose** wäre nach dieser Theorie keine wirkliche psychosomatische Krankheit, allenfalls eine sekundäre, indirekte, durch die Vernetzung mit Stresshormonen z.B. verursachte.

8. Ausblick auf die Therapie

Obwohl es nicht die Absicht dieser Arbeit ist, die spezifische Therapie der Psychosomatik zu beschreiben, soll doch

ein kurzer Blick auf sie geworfen werden, und Grundzüge skizziert werden. Ein Fallbeispiel soll Theorie und Praxis illustrieren.

Die Therapie kann in folgende Bereiche gegliedert werden:

a) **Symptomatisch**: Schmerzreduzierung, Behandeln von Schlafstörungen, psychosoziale Hilfe (z.B. Bestätigungen für den Arbeitsplatz...); Anleitung und Übung des Gesprächs mit dem Partner über ihre Beschwerden und Leiden etc.

b) **Körperlich ursächlich**: Modifizierung der vegetativen Reaktionen (Massagen, Medikamente wie Phytotherapeutica, Antidepressiva, Tranquilizer, Neuroleptika; Autogenes Training, funktionelle Entspannung nach Jakobson; Konzentrierte Bewegungstherapie, Yoga, Körpertherapien; Bäder, Kuren, Physiotherapie...

c) **Psychisch ursächlich**: Konflikt-, problem- und belastungszentrierte Psychotherapie an den Themen der 2. und 3. GM; Einstellung zu Gefühlen und Umgang mit sich selbst (Selbstannahme). Erklärungen und Üben des Fühlens und Stellungnehmens. Psychotherapie biographischer Inhalte.

Die folgende Therapie kann einen Einblick in die Praxis der Behandlung einer psychosomatischen Patientin vermitteln.

Das Störbild:

Frau F⁶, eine 52jährige Angestellte, kommt wegen rezidivierender schwerer *Migräneanfälle*, *Schlafstörungen*, diversen *Ängsten* und „*Depressionen*“, wie sie sagt, in Therapie. Als Therapie-Ziel gibt sie an, den *Druck*, den sie ständig auf sich spüre, los zu werden. Sie habe immer das Gefühl, den Tag nicht zu schaffen, obwohl sie gerne ins Büro gehe. Selbst wenn sie mit lieben Freunden zusammen sei, habe sie Druck, sie müsse nett und lieb sein, alles recht machen usw. Selbst wenn sie im Flugzeug sitze und in den Urlaub fliege, mache es ihr Druck, daß sie zwei Stunden eingesperrt sei. – Sie habe eine Familienaufstellung gemacht, bei der sie erstmals über ihre Mutterproblematik hätte weinen können (dies wird später ein zentrales Thema, aber war durch die Aufstellung nicht bearbeitet). Der Druck stehe im Zusammenhang mit Menschen, die ihr anvertraut seien, denn sie sei sehr auf Liebe und Achtung angewiesen. Ihre größte Angst sei Zurückweisung und Alleingelassen-Werden. Aber auch neue Situationen machten ihr Angst, und die Mutter, die bei anderen Leuten die „reizendste Frau“ sei, sich aber bei ihr wie „ein Ekel“ verhalte. Wenn Besuch käme, hätte sie immer gesagt: „Jetzt zeigen wir uns von der tollsten Seite!“ – Bedrückt fügte sie hinzu: „Und ich habe diese Züge in mir!“ Sie habe große Angst, daß man sie nicht nett finden könnte, zieht sich entsprechend an, habe wenig Selbstwert und Selbstsicherheit. Sie wolle immer „lieb Kind“ sein. Gemeinsam stellten wir heraus, daß sie sich zu wenig wert nehme, wenn sie versucht, sich nett zu verhalten und anzupassen. Sie lasse sich damit selbst im Stich.

Die Probleme mit der (hysterischen) *Mutter* nehmen zu Beginn der Therapie zu. Die Mutter beschimpft sie, ist kalt, bevorzugt die Schwester, schließlich wurde sie enterbt. Als der Vater vor Jahren starb, habe die Mutter ihr den Tod erst am Abend mitgeteilt, weil sie den Schmerz zuerst alleine haben wollte. Sie bemerkt zunehmend, wie ihr die Mutter „die Fülle des Lebens“ genommen habe: „... immer wenn ich spontan

war, war es falsch; und immer wenn ich lustig war, war es frech.“ Sie war immer die Böse, die es nicht wert war, geliebt zu werden. Als sie zum Geburtstag (der Patientin) mit ihr beisammen war, bekam sie ein Gefühl von *Vergewaltigung*, wenn sie ihr nahe kam. Das kenne sie aber seit Jahrzehnten. Die Mutter forderte Nähe ein, auch von ihr – aber die Tochter empfand nur Widerwillen; es war für sie ekeleregend. Es habe sie schon als Kind gegraust, dieser häßlichen Frau so nahe zu kommen. Obendrein hätte die Mutter immer gelogen, ihr Leiden kultiviert und sie als Tochter hätte Rücksicht nehmen müssen. Darum wollte sie am liebsten auf Distanz gehen und sie möglichst wenig sehen. Doch war ihr das schlichtweg nicht möglich, wie sie anfangs meinte, wegen eines tief sitzenden Schuldgefühls: „Ich bin schuld an der ganzen Situation mit der Mutter!“ Sie gerate außerdem immer wieder an schwierige Menschen, weil sie zu gutgläubig sei, zu naiv, gehe über ihre Gefühle hinweg, lasse sich zu leicht mitreißen.

Kommentar: Man kann hier die Blockade bzw. Pathologie der 2. und 3. GM schon ganz gut erkennen: der Depression nahestehende, unmotivierte Schuldgefühle, mangelnde Liebeserfahrung; hysterische Begeisterungsfähigkeit und Adaptabilität mit sich Übergehen, Abgrenzungsprobleme, Selbstwertunsicherheit.

In der 5. Sitzung gestand sie, daß ihr auch die Therapie *Stress* mache, denn sie hätte das Ziel, daß „möglichst viel herauszuschauen“ müsse. So wurde ihr *Ehrgeiz* zum Thema, ihr jahrelanges Leiden, daß andere mehr schaffen würden in Beruf und Freizeit als sie. Es wurde deutlich, daß sie aus sich heraus kein eigenes Mögen entwickelt, und daher stets mit Vergleichen von anderen operiert.

Kommentar: Hier zeigt sich eine Kombination von 3. GM (Ehrgeiz) und inhaltsleerer, funktionalisierter 4. GM: Erfolg und Nutzenoptimierung.

Erste Phase der Therapie – Schwerpunkt Selbstwert

Die Bearbeitung dieser Themen brachte einen ersten Entwicklungsschritt: sie übergang *negative Gefühle* (z.B. war da eine Kränkung einer Freundin) nicht mehr, konnte das Gefühl sogar aushalten. Und die unbemerkte, ständige *Ab-lehnung* ihrer Entscheidungen, die sie insgeheim stets als schlecht ansah, lockerte sich. Sie konnte manchmal empfinden, daß sie zu ihren Entscheidungen stehen kann.

Kommentar: Erste Lernschritte in der Entfaltung der Emotionalität der 2. und 3. GM.

Doch bekommt sie sofort ein *Schuld-Gefühl*, wenn der Chef, mit dem sie an sich gut auskommt, sie zu sich ins Zimmer bittet. „Habe ich etwas angestellt?“ ist ihr spontanes Gefühl. Im Zusammenhang mit erlebtem *Unrecht* erinnert sie sich an eine schwere, ungerechte Beschuldigung ihrer Mutter und erkennt langsam das Ausmaß der *Unterdrückung* in der mütterlichen Beziehung. „Es war bei der Mutter nicht OK, wenn ich ich war. Und der Vater hat mir keinen Halt gegeben, er ist vor der Mutter immer gleich umgefallen...“ Im weiteren Prozeß der PEA kann sie ihren niederen *Selbstwert* in Verbindung bringen mit der Erziehung, die darauf abgezielt habe, „uns zu solchen Menschen zu machen, wie

sie es ist“. Außerdem wollte die Mutter ungehindert Macht über die Kinder ausüben können. Dies empfindet sie nun als *Unrecht der Mutter* und bewertet es als *Mißbrauch*. Diese leidvolle Seite der Mutter überwiege gegenüber den guten Seiten, die sie auch gehabt hätte.

Kommentar: Erste Aufarbeitung der Ursachen ihres Leidens auf der Ebene der 3. GM. Erkennen von erlittenem Unrecht und Unerdrückung des personalen Seins. Das emotionale Stellung beziehen gibt ersten Boden für den Selbstwert.

Ein längerer Krankenstand wegen einer Operation erlöste sie von der *Arbeit*, die sie kaum mehr ausgehalten hätte, so erschöpft war sie. In dieser Zeit bekam sie erstmals *Alpträume*, die auf die Arbeit bezogen waren. Als sie wieder zu arbeiten begann, war sie überrascht zu merken, daß sie so viel dafür geben würde, wenn sie nicht wieder in die Arbeit gehen müßte. Parallel dazu erweitert sich ihr *Selbstbild* und es fällt ihr auf, wie sie auf „saugende Leute“, die sie als Freundinnen ansieht, „hereinfällt“; wie groß ihre *Begeisterungsfähigkeit* ist, die sie dazu verführt, sich zu übergehen, weil sie sich nicht einmal mehr fragt, ob sie das eigentlich mag und will, worauf sie anspringt; wie sie nicht *Nein sagen* kann „aus Angst, Feigheit, Schuldgefühlen und Scham“ und sie so in ein „hausgemachtes Schlammassel“ gerät.

Die aufgebrochene Gefühlswelt, die Achtsamkeit auf ihre Entscheidungen und Stimmigkeit machen ihr nun das *Leben schwer*. Erstmals fühlt sie nach dem Urlaub mit aller Deutlichkeit und Schwere, daß sie zutiefst nicht mehr in die Arbeit gehen mag. Sie hatte immer geglaubt, aber sich offenbar eingeredet, daß ihr die Arbeit gut gefiele. Nun kann sie es sich nicht mehr vormachen. Sogar die Mitarbeiter gehen ihr jetzt auf die Nerven – auch aus Angst, nicht mehr die Leistung erbringen zu können wie früher, als sie „zu überschwenglich“ gearbeitet hatte. Einher damit geht eine Erleichterung der Migräne. Sie empfindet weniger Stress, das Selbstbewußtsein ist gestiegen, auch Freundinnen hätten das bemerkt, und die Flugangst ist praktisch verschwunden. Doch gäbe es noch immer einen „Zwang zur Anpassung, weil es sich so oft einfach nicht gehört“, sich gegen die Umgebung zu verhalten. „Höflichkeit ist Menschenwürde!“ sage ihr der Kopf. Ein Traum brachte ihr die Problematik mit der *Mutter* wieder ins Bewußtsein: sie träumte, wie „die Mutter mich schrecklich zusammengeschimpft hat, und obwohl ich schon erwachsen war, konnte ich mich nicht dagegen wehren!“ Doch beim nächsten regelmäßigen Besuch der Mutter hätte sie bemerkt, daß sie nun gegen sie ankomme, während die Mutter ihr geradezu hilflos erschien. Sie beschließt, wie geplant, mit dieser zehnten Therapiestunde aufzuhören, da es ihr auch besser gehe, und vielleicht später mal weiterzumachen.

Kommentar: Die Arbeit bezog sich auf den Zugang zu sich selbst und die Erweiterung des Selbstbildes (3. GM), wodurch mehr Abgrenzung möglich wurde. Es verhalf auch zur Schaffung eines besseren Verständnisses ihres Befindens. – Mit der Zunahme des Fühlens (2. GM) entdeckte sie einen jahrzehntelangen kognitiven Irrtum, der vor allem aus dem Mangel an Fühlen entstand: der Glaube, die Arbeit gefiele ihr. Die Überaktivität der 4. GM läßt sie weiterhin angepaßt

⁶Mit Einverständnis der Patientin und geänderten äußeren Daten.

sich verhalten. – Den Traum brachte sie mit einer nicht verarbeiteten Erfahrung mit der Mutter in Zusammenhang. Durch die pragmatische Konfrontation mit der Realität – Besuch bei der Mutter – glaubte sie das Problem überwunden zu haben.

Die zweite Phase der Therapie – Schwerpunkt 2. GM

Ein Jahr später kam sie wieder in Therapie. Sie sei immer verkühlt, hatte sogar eine Lungenentzündung, ständig Husten, Schwitzen, viel Streß, jeden Tag *Alpträume* über die Arbeit, Widerwillen gegen alle Arten von *Autoritäten*, wie z.B. ihr Chef, weil immer sofort eine *Schuldangst* aufkommt. Besonders leide sie nun unter einer *Vergessensangst*, weil sie auch wirklich auffallend viel vergesse. Dies hängt offensichtlich vorwiegend damit zusammen, daß sie Unangenehmem aus dem Weg geht (während sie es früher überschwenglich umdeutete). Neu ist, daß sie erstmals mit zwei Kolleginnen über ihre Angst vor der Arbeit sprach, die vorwiegend in der Selbst-Unsicherheit beruht, nicht gut genug zu sein, nicht genug zu können (obwohl sie eine langjährige, erfahrene Sekretärin ist). Es wächst ihr nun alles über den Kopf, und sie reagiert depressiv. Auch früher hatte sie schon *Depressionen*. Sie sei wiederholt von Ängsten geplagt worden, keine Freunde zu haben. War immer auf der Suche nach Menschen, die zu ihr stehen und ihr Zuneigung geben. Nun verfiel sie in eine tiefsitzende Versagensangst bzw. fühlt sich als Versagerin. Immer wieder taucht das *Problem Mutter* dazwischen auf. Es beschäftigt sie, als ihr Mann anlässlich ihrer regelmäßigen Besuche bei der Mutter einmal meinte, er würde sie nicht aushalten. Sie empfindet selbst, wie „grauselig“ sie zu ihr ist. Aber sie schaffe es aus ihrer *Verpflichtung* nicht, den Kontakt zurückzuschrauben. Auf einen zusammenfassenden Eindruck des Therapeuten, daß diese Frau „Seelengift“ für sie sei, bekommt sie erstmals Gefühle wie in der Kindheit, fühlt sich verlassen, in Stich gelassen, „die Luft geht mir aus, ich kann nichts mehr sagen!“ Der Mutter gegenüber wurde ein sanftes Programm der Abgrenzung begonnen.

Kommentar: Es dominiert das Leiden an der 2. GM mit Depression und das Thema Beziehung, vor allem mit der Mutter. Dabei wird die Unfähigkeit zur Abgrenzung deutlich, die der Th durch eine klare Beschreibung der Mutter und der Massivität ihres Einflusses anzuregen versuchte.

Doch die Selbstunsicherheit, das sich Genieren, der Kampf um Anerkennung und Ehre, das Angepaßtsein und die Schuldangst beschäftigten uns vorwiegend in den Gesprächen zu dem Zeitpunkt. Die Autoritätsangst und das Bedürfnis nach Lob, für das sie bereit ist, sich anzupassen, führte unweigerlich wieder zur Mutter zurück. Autorität oder gar Kritik waren in ihr mit dem Gefühl verbunden: „Du warst nicht brav – dafür wirst du bestraft, d.h. bloßgestellt und bekommst keine Liebe!“ Langsam begriff sie, daß die Mutter sie nie geliebt hat. Und daß der *Kopfschmerz* etwas mit dem Stress des *Nicht-geliebt-Seins* zu tun haben könnte. Nun begann eine *Trauerphase* darüber, wie arm sie eigentlich als Kind war, weil sie eigentlich keine Liebe von der Mutter erfahren hatte.

Wir deckten auf, daß sie sich *selbst* nur mag, wenn sie *leistet*. Wir machten Übungen zum Körper-Fühlen, sich mögen. Wir mußten gegen ihre Angst antreten, daß es Egoismus sei,

sich gefühlsmäßig auf sich zu beziehen und ein Gefühl zu haben, leben zu mögen. – Dies entlastete sie sehr. Das Antidepressivum wurde langsam weggelassen, und sie fühlte ihren Wert und den Wert des Lebens. Aufgrund ihres erleichterten Befindens und des gewonnen Erlebenshorizontes will sie nun die Therapie beenden, da sie nicht mehr nötig sei.

Kommentar: Es dominierte die Arbeit an der 2. GM, auch wenn die dritte dazwischen aufkam. Das aufkommende Gefühl für sich selbst mußte gegen die eingefleischten Haltungen geschützt und geübt werden. Die spürbare Erleichterung veranlaßte sie in ihrem noch immer weitgehend zweckorientierten Denken, die Therapie zu beenden.

Der Durchbruch

Zwei Jahre später kam sie wieder. Es wurden zwei Sitzungen. Frau F. hatte im letzten Jahr extreme Kopfschmerzen, viele Krankenstände. Die neurologischen Untersuchungen seien alle in Ordnung, doch Beruhigungs- und Depressionsmittel helfen nicht mehr. Ihr Chef will sie nun in *Frühpension* schicken, aber sie könne mit dem Gedanken nicht umgehen. „Muß das so enden bei mir?!“, sage sie sich ununterbrochen. Denn sie sei immer gerne arbeiten gegangen, aber jetzt fühle sie sich „total unnützlich und als Versagerin“, wenn sie in die Frühpension gehen müsse. „Es ist ein Scheitern, wenn ich jetzt aufhöre. Ich würde mir unnützlich vorkommen.“

Diese Reaktion auf den Pensionierungsvorschlag des Chefs war unverständlich, wo sie doch schon vor zwei Jahren deutlich Widerstand und Ablehnung gegen die Arbeit und sogar gegen Mitarbeiter empfand, und sich vor dem Chef immer unsicher fühlte. War das alles vergessen? –

In der Zwischenzeit gab es eine große Veränderung: die *Mutter* war *verstorben*, in beziehungsloser Art hatte sie ihr die Verabschiedung verweigert. Frau F. fühlte sich aber dennoch erleichtert.

Doch stand sie weiterhin unter *Druck*, der wegen der Pensionierung noch verstärkt war. Woher kam dieser Druck?

Sie spürt den Druck nur in der Arbeit. Sie hat nicht mehr die Nerven dafür, ist immer „hundemüde“, hält das ständige Telefon nicht mehr aus. Aber dieses – seit zwei Jahren bewußt gefühlte: „ich mag nicht mehr“ – empfand sie als Versagen.

Kommentar: Der Zusammenhang der Arbeit mit dem Selbstwert und rigiden Überzeugungen brach auf. Gleichzeitig war unter dem Stress der drohenden Frühpensionierung ein Rückschritt erfolgt in der emotionalen Wahrnehmung der Situation. – Diesen Zusammenhang des Selbstwertes mit der Arbeit bzw. den Überzeugungen galt es nun zu erhellen. – Hier wird weitgehend nun der wörtliche Dialog wiedergegeben, weil in der Beschreibung des Erlebens durch die Patientin ihre Struktur besser zum Vorschein kommt.

Nun kann sie zum ersten Mal sagen und sich eingestehen (vielleicht auch erinnern), daß sie vom *ersten Arbeitstag* an Druck spürte, Angst hatte, sogar Durchfall bekommen hatte. „Eigentlich hätte ich sagen müssen: das ist nichts für mich, als Sekretärin zu arbeiten! Denn eigentlich wollte ich Schneiderin werden, aber die Mutter ließ mich nicht.“ Die Macht der Mutter über sie war unvorstellbar. Sie hatte ihr z.B. auch Beziehungen ausgedreht. Dasselbe tat sie mit dem Berufs-

wunsch: „Sie hat selbst als Sekretärin gearbeitet, und sie hat ganz dafür gelebt, nicht für uns. Und so sagte sie: bei uns wird die Handelsschule gemacht, und nicht eine Lehre! Da habe ich die Handelsschule gemacht und als Sekretärin gearbeitet.“ Nun hatte sie jahrzehntelang darin gearbeitet, stets mit dem Gefühl: „Das ist meine Pflicht!“ Und sie war stolz darauf, denn sie verglich sich mit den vielen Menschen, die etwas beginnen, aber wieder aufgeben. Sie hingegen konnte erleben, daß sie die begonnene Arbeit „entschieden weitermache – das war mir immer schon ein wichtiger Grundsatz. Auf ein solches *Pflichtbewußtsein* war ich *stolz*. Man hat sich auf mich verlassen können. Das ist mir bis heute wichtig, daß man sich auf mich verlassen kann.“

Th: „Das ist der Knopf, da sitzt die *Falle*.“

Pat: „Das war der Grund, warum ich meine Mutter immer besucht habe und jedesmal heulend heimgekommen bin. Da kam kein Gedanke auf wie: Geh doch nicht mehr hin! Oder: das schaffe ich nicht. – Das war meine Aufgabe, sie nicht allein zu lassen. Und sie hat sich gefreut auf mich, daß sie ein Ventil hatte, ihren Frust loszulassen. Aber ich habe immer Kopfschmerz bekommen.“

Th: „Sind Sie nie aus Interesse, Liebe, Freude zu ihr gegangen?“

Pat: „Nein, das kann ich mit Sicherheit sagen. Wenn ich heute noch die Stufen raufgeh im Altersheim, hab ich noch das Gefühl, als ob ein schwarzer Schleier auf mich fällt, oder so etwas Ähnliches.“

Th: „Wie haben Sie denn gelebt?!“

Pat: „Mit *Kopfschmerz* eben.“

Th: „Wissen Sie, wann sich Kopfschmerz einstellt? – Wenn sich *Kopf und Gefühl querstellen*. Vom Gefühl her wollten Sie nicht zu ihrer Mutter, aber vom Kopf her sind Sie gegangen. Sie haben nie gelernt, Ihre Pflicht und Aufgabe für sich selbst wahrzunehmen, sondern nur für andere.“

Pat: „Das habe ich noch nie bedacht.“

Th: „Man hat ja auch eine Pflicht und Aufgabe für die Eigenverantwortung...“

Pat: „Ich mache schon auch Dinge, die mir Spaß machen.“

Th: „Solange sie der Pflicht nicht in die Quere kommen.“

Pat: „Das ist richtig. Sonst steht das hinten an.“

Th: „Das ist auch die Ursache ihrer *Vergeßlichkeit* und *Schußligkeit*, weil Sie den Kopf über das Gefühl setzen. Da rächt sich das Gefühl.“

Pat: „Ach so ist das?! Und darum sind auch meine Gedanken manchmal so weg.“

Th: „Das ist die einzige Form, wie sich ihr Gefühl gegen ihren Kopf wehren kann, indem es manchmal den *Kopfleer macht* und die Gedanken –,“

Pat (unterbricht): „Richtig! Den Ausdruck habe ich schon für mich gebraucht: ‚Mein Kopf ist leer!‘ (*Sie lacht*) Sehen Sie, ich habe mich nicht einmal getraut, das zu denken! Aber es stimmt! (*Lacht ganz erleichtert*)“

Th: „Jetzt verstehen Sie den Kopfschmerz, die Bedeutung für das Leben, und merken, daß Sie es im Grunde schon immer gewußt haben. Wenn Sie das so hören, müssen Sie richtig auflachen vor Erleichterung; und weil Sie spüren: das trifft das genau, was ich in mir unterdrückt hatte.“

Pat: „Ganz genau! Super!“

Th: „Vor zwei Jahren schon hatten wir festgestellt, und das hat Sie damals sehr erleichtert, daß der Kopfschmerz auch mit dem Gefühl zu tun hat, *nicht geliebt* zu sein. Vielleicht haben wir heute die Brücke geschlagen zwischen dem und der Pflicht, die Ihnen über alles geht. Und auf die Sie stolz sind, weil es Sie so verläßlich macht... Aber laßt uns an der Stelle fragen: Was kriegen Sie denn für die Verläßlichkeit?“

Pat: „Genau, das habe ich mir jetzt auch gerade gedacht. Warum mache ich das eigentlich? Da geht es mir doch eigentlich auch nur darum, daß man mich vielleicht lieb hat...?!“

Th: „Und wenn Sie die Pflicht nicht einhielten, was wäre dann?“

Pat: „Dann würden mich die anderen nicht mögen oder vergessen... jedenfalls wäre es was Negatives für mich. – Aber das klingt schon so, als ob es Vergangenheit wäre. Denn wenn ich mich jetzt dafür entscheide, was ich wirklich tun möchte, dann tue ich mir selbst so diesen Liebes- - wie soll ich sagen? – Das ist einfach so schön, daß ich vielleicht auf das Lieb-gehabt-Werden nicht angewiesen bin.“

Th: „Genau. Wunderbar. Das ist es. Das ist das *Ende vom Kopfschmerz*.“

Pat: „Das glaube ich Ihnen. Ich spür das schon in mir.“

Th: „Nur kann es sein, daß Sie noch etwas üben müssen, um das durchzusetzen, was Sie jetzt erkannt haben.“

Pat: „Das glaube ich auch. Das ist eine neue Sache für mich. Und es gibt Bereiche, wo ich es nicht kann. Z.B. bei meiner Mutter, oder bei der Arbeit. *Die Arbeit hängt mit meiner Mutter zusammen. Wenn ich die Arbeit aufgebe, dann ist das, wie wenn ich meine Mutter aufgebe*. Mir kommt das jetzt so gerade zu Bewußtsein.“

Th: „Das wäre die Loslösung von dieser vergiftenden Mutter – Sie erinnern sich, daß ich dieses Wort vor zwei Jahren gebraucht habe? Das ist eine toxische Mutter. Das ist schon schlimm, wie sie sich verhalten hat. Und das Gefährliche ist: an solchen Müttern hängt man paradoxerweise besonders. Weil man von ihnen wenigstens ein Bißchen Liebe herauspressen will.“

Pat: „Genau, das wollte ich jetzt genau auch sagen. Irgendwo wollte ich das. Ich habe das die ganzen Jahre unterdrückt, aber bei ihrem Tod habe ich es mir von ganzem Herzen gewünscht, daß sie mich liebt. Und zwar wie ich bin, einfach wie ich bin...“

Th: „Und das haben Sie nie bekommen?“

Pat: „Nein.“

Th: „Und darum sind Sie ein Leben lang brav in die Arbeit gegangen und haben *getan, was die Mutter wollte, um dadurch ein bißchen in der Nähe der Mutter verweilen zu können*. – ? Um in ihrem Geiste zu leben, und ihr so nahe sein zu können. – ?“

Pat: „Es stimmt. Es erschreckt mich ein bißchen, aber es stimmt.“

Th: „Warum Erschrecken?“

Pat: „Daß ich *so abhängig* war, vielleicht gar noch bin, aber vielleicht schon eher war.“

Th: „Wir sollten langsam zum Ende kommen. – Was sagen Sie jetzt zu Ihrer Situation?“

Pat: „Ich werde noch ein bißchen weinen, wenn ich es genau nehm. Aber das kann ich mir gut vorstellen. – Das muß sich erst setzen bei mir. Aber es ist ganz klar. Es ist glasklar. Es ist so.“

Th: „An der Stelle lasse ich Sie jetzt besser mit sich allein. Und im Gespräch mit Ihrem Mann. Und dann vielleicht noch mal mit mir.“

Pat: „Herzlichen Dank, das war super, das war wirklich super.“

Th: „Ich habe auch das Gefühl, wir haben den Nagel auf den Kopf getroffen: das Pflichtgefühl verstanden.“

Pat: „Ja, und wie Sie sagten: Endlich mal das tun, was nicht Pflicht ist, was Freude ist, was Leben ist. Das ist wie ein Geschenk!“

Th: „Ja, das ist das Geschenk des Lebens, das Ihnen gegen den Widerstand der Mutter wieder geschenkt wurde.“

Kommentar: In dieser bewegenden Sitzung entstand im Dialog eine Zusammenschau der Ursachen, die zu diesem stressreichen Leben und in der Folge zu den Migräneattacken geführt hatten. Unter der Haltung des Pflichtbewußtseins und seiner Rigidität wurde der leidvolle Mangel an Mutter-Liebe emotional zugänglich. Es wurde die erschreckende Dimension deutlich, die diese Suche nach ein wenig Liebe in ihrem Leben hatte. Es wurde deutlich, daß sie der Mutterliebe gegen die Wahrheit opferte und sich in Täuschung und emotionaler Leugnung aufhielt.

Die Befreiung

Nach drei Wochen kam sie zur 18. und letzten Stunde. Sie war *entschieden*, in *Frühpension* zu gehen. Und seither geht es ihr viel besser. Sie ist entspannter, ohne Stress und Druck, und die Migräne „unvergleichlich leichter“. Es ist, als ob der Körper ihre Entscheidung bestätigt.

Da ist noch ein wenig *Angst*: daß die *Leute* meinen könnten, „die richtet es sich“. Sie selbst glaubte es lange, hielt es für ein Davonrennen.

Pat: „Aber es ist mehr als ein Flüchten, es ist wirklich notwendig!“

Th: „Es ist überhaupt kein Flüchten! Da müssen Sie schon sehr klar sein!“ ...

Und nochmals kam die Rede auf Ihre *Lebenshaltung*, auf ihren *Stolz*, „die ganzen Jahrzehnte sich nicht gedrückt zu haben, nie davongelaufen zu sein.“ Es war verständlich, daß ein solcher Paradigmenwechsel in ihrem Leben sie immer wieder unsicher machen kann, ob es nicht doch ein Davonlaufen sei. Aber vor allem *entwertet* die neue Haltung ihren bisherigen großen Aufwand, ihr jahrzehntelanges Leiden. Das soll jetzt auf einmal nicht mehr gut und wertvoll sein?

In diesem abschließenden Gespräch wurde nochmals verstärkt deutlich, daß sie für ihren Selbstwert unbedingt die Überzeugung haben wollte, daß sie für ihre Arbeit lebe. „Das war ein Bild, das ich von mir haben wollte. ... Aber es war ein *Scheinbild*, das Ganze... Und ich sehe jetzt: das war die ganz große Ursache für meine Probleme.“ Der Tod der Mutter hat diese Entwicklung beschleunigt, vielleicht erst möglich gemacht. Sie erkennt nun, wo die Ausstiegsmöglichkeit gewesen wäre und wann sie die Arbeit hätte verlassen sollen: nach

der Geburt des Sohnes, das wäre das natürlich Ende gewesen, da nicht mehr zurückzugehen. Denn von da ab hatte sie Schlafstörungen. Die hat sie übergangen. Doch war es kein Thema, zu arbeiten aufzuhören, auch für ihren Mann nicht, und auch aus ökonomischen Gründen nicht. Vieles hielt sie noch dazu im Glauben, daß es so gut sei: sie wurde gelobt in der Arbeit, sie durfte sich die Urlaubszeiten aussuchen, sie war erfolgreich – uns so dachte sie auch: „Es paßt eh so! Es liegt nur an mir, an meiner Schwäche und Unfähigkeit.“ Nun aber kann sie es gut abschließen und die Arbeit lassen. Sie weiß schon, womit sie sich danach beschäftigen wird, und freut sich darauf.

Pat: „Daß Sie das auch so sagen, daß ich mit der Arbeit jetzt gut abschließen kann, das ist mir wichtig – daß so eine Sicht auch von außen kommt.“

Th: „Ich glaube, jetzt sind Sie aus dem Schraubstock der Mutter endlich entlassen. Und so ein Schraubstock kann ordentlich Kopfschmerz machen...!“

Literatur

- Antonovsky A, Franke A (1997) Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – 1. Item selection and cross-validation of the actor structure. *J Psychosom Res* 38, 23-32
- Balon R (2005) Reflections on Relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2004. In: *Psychother Psychosom* 74, 3-9; 6-7
- Bauer E (2009) Ich und mein Leib – Versuch der Neuinterpretation der Leib-Seele-Einheit. In: *Existenzanalyse* 26, 2, 4-12
- Beck M (2003) Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie. Paderborn: Schöningh, 3. Aufl.
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* Band 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Biebl W (2004) Psychosomatische Medizin – aktuelle Entwicklungen. *ÖÄZ* 3, 40-45
- Bräutigam W, Christian P, von Rad M (1997) Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme, 6°
- Csikszentmihalyi M (2000) Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen. (Übers., Beyond Boredom and Anxiety - The Experience of Play in Work and Games, 1975), Stuttgart: Klett, 8., unv. Aufl.
- Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD (2003) Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science* 302: 290-292
- Engel GL, Schmale AH (1987) Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. *Psyche* 23, 241-261
- Epstein S (1993) Cognitive-experimental self-theory for personality and developmental psychology. In: Funder DC, Parker RD, Tomlinson-Keasey C, Widaman K (Hrsg) *Studying lives through time. Personality and development.* American Psychological Association, Washington DC, 399-438
- Fava GA, Mangelli I, Ruini C (2001) Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychother Psychosom* 70, 171-175
- Felliti VI, Fink PI, Fishkin RE, Anda RF (2007) Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE)-Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. *Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte.* *Trauma und Gewalt* 2(2), 18-32
- Frankl V (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V, v Gebattel V, Schultz JH (Hg) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.* München/Wien: Urban & Schwarzenberg, Bd. III, 663-736
- Frankl V (1975) *Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie.* Bern:

- Huber
- Frankl V (1979) Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion. München: Kösel
- Frankl V (1982) Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt
- Freud S ([1894] 1952) Die Abwehr-Neuropsychose. In: Bibring E, Hoffer W, Kris E, Isakower O (Hrsg) Freud S, Gesammelte Werke, Bd 1, Frankfurt/Mensch: Fischer, 57-74
- Frischenschlager (2008) Das Affektgeschehen als Schaltstelle zwischen psychischer und psychosomatischer Symptomatik. In: Psychotherapie-Forum 16, 31-38
- Gathmann P (1985) Der psychosomatische Erkrankte in der Praxis. Diagnostische Probleme, medikamentöse Therapie. Wien: Roche Edition
- Gathmann P (2000) Psychosomatische Erkrankungen. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 566f
- Grabe HJ, Rufer M (2009) (Hg) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber
- Grabe HJ, Scheidt CE (2009) Einführung: das Alexithymiekonstrukt und seine psychometrische Erfassung. In: Grabe HJ, Rufer M (2009) (Hrsg) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber 19-39
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen.
- Halász A (1993) Psychosomatik und Existenzanalyse. Über die Bedeutung der Sinnorientierung bei psychosomatischen Erkrankungen. Wien: Unveröff. Diplomarbeit Grund- und Integrativwiss. Fak. der Univ.
- Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Tanskanen A, Haatainen K et al. (2004) Alexithymia and suicidal ideation: Angst 12-month follow-up study in a general population. Compr Psychiatry 45, 340-345
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer
- Kielholz P, Pöldinger W, Adams C (1981) Die larvierte Depression. Köln: Dt. Ärzteverlag
- Köhler Thomas (1995) Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die allgemeine und spezielle psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 3^o
- Kutter P (1981) Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen. Jahrbuch Psychoanalyse 13, 93-114
- Längle A (1999) Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 18-29
- Längle A (2000) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16,1, 1-8
- Längle A (2004) Existenzanalyse der Depression. Entstehung, Verständnis und phänomenologische Behandlungszugänge. In: Existenzanalyse 21, 2, 4-17
- Längle A (2006) Hysterie – Psychopathologie, Psychopathogenese und Dynamik. Versuch zur Rehabilitation des Konzeptes auf der Grundlage psychodynamischer und existentieller Dynamik. In: Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 5, 4, 187-203
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas)
- Längle A, Orgler C, Kundi M (2000) Existenzskala (ESK). Göttingen: Hogrefe
- Lazarus RS, Folkman S (1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer
- Leweke F, Benesch S (2009) Alexithymie und Krankheit. – Zusammenhänge mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten. In: Grabe HJ, Rufer M (2009) (Hrsg) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber, 127-148
- Loeb P (2008) Psychosomatik – Integration oder Polarisierung. In: Psychotherapie-Forum 16, 3-7
- Maddi S, Khoshaba D (1994). Hardiness and Mental Health. In: Journal of Personality Assessment, 63, 265-274.
- Marchesi C, Fontó S, Balista C, Cimmino C, Maggini C (2005) Relationship between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question. In: Psychother Psychosom 74, 56-60, 56
- Marty P, de M'Uzan M (1978) Das operative Denken. Psyche 32, Heft 10, 974-984
- Minuchin S, Baker L, Rosman BL (1978) Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard Univ. Press. Deutsch: Psychosomatische Familie. Stuttgart, Klett, 1982
- de M'Uzan M (1978) Die psychosomatische Struktur. In: Overbeck A, Overbeck Gefühl (Hrsg) Seelischer Konflikt – körperliches Leiden. Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik. Reinbeck: Rowohlt, 170-184
- Nemiah JC, Sifneos PE (1970) Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW: Modern Trends in Psychosomatic Medicine. London: Butterworth, 26-34
- Ozsahin A, Uzun O, Cansever A, Gulcat Z (2003) The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression. Depress Anxiety 18, 62-66
- Papciak AS, Feuerstein M, Spiegel JA (1985) Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of physiological and cognitive responses. J Hum Stress 11, 135-142
- Picardi A, Toni A, Caroppo E (2005) Stability of Alexithymia and Its Relationships with the 'Big Five' Factors, Temperament, Character, and Attachment Style. In: Psychother Psychosom 74, 371-378
- Rothe HM (1991) Vorbemerkungen einer existenzanalytischen Psychosomatik. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Med. Psychologie 42, 6, 191-220
- Rudolf G (2008) Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte. In: Psychotherapie-Forum 16, 8-14
- Ruesch J (1948) The infantile personality. Z psychosom Med 10, 134-144
- Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS (2003) Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. Gen Hosp Psychiatry 25, 108-114
- Schur M (1955) Comments on the metapsychology of somatisation. In: Psychoanal. Stud. 10; *Deutsch*: (1978) De- und Resomatisierung. Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: Overbeck A, Overbeck G (Hrsg) Seelischer Konflikt – körperliches Leiden. Reinbeck: Rowohlt, 82-142
- Sifneos PE (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. In: Psychother Psychosom 22, 233-262
- Stern D (2005) Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt: Brandes & Apel
- Taylor GJ (2000) Recent developments in alexithymia theory and research. Can J Psychiatry 45, 134-142
- v. Uexküll T (2008) Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Elsevier, Urban & Fischer, 6^o
- Vanheule S (2007) Alexithymic depression: Evidence for a depression subtype? Psychother Psychosom 76, 315f
- Waldenfels B (2000) Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Wilke E (1996) Psychotherapie bei psychosomatisch Kranken. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E: Psychotherapie. Berlin: Springer, 341-390
- Wirsching M (1996): Psychosomatische Medizin. Konzepte, Krankheitsbilder, Therapien. München: Beck

Anschrift des Verfassers:
Univ.-Doz. DDr. Alfried Längle
Ed. Sueß-Gasse 10
1150 Wien
alfried.laengle@existenzanalyse.org