

8. VORLESUNG: PSYCHOANALYTISCHE KONZEPTE DER PSYCHOSOMATIK

WAS HEIßT PSYCHOSOMATIK? VERSUCH EINER DEFINITION

Psychische Prozesse lösen **körperlich manifeste Störungen** aus, die in weiterer Folge **zu körperlichen Erkrankungen** führen können.

Psychosomatische Erkrankungen im klassischen Sinn:

- * **Körperliche Erkrankungen lassen keinen Zusammenhang mehr mit den auslösenden psychischen Prozessen erkennen.**
- * Dies ist aber **mißverständlich**, denn es impliziert, daß zuerst eine psychische Störung da war, der dann eine körperliche Erkrankung folgte (zeitliches Hintereinander);
= **monokausale und undirektionale Erklärung**, die komplexes **Geschehen aber nur unvollständig beschreibt**.

Heute:

- * Man spricht von einem **Feedback-Loop** (= Rückkoppelungskreislauf);
- * **verschiedene Aspekte des Seelenlebens** (Triebansprüche, Affekte, Phantasieinhalte) **können sich körperlich auswirken**.
- * Im **Normalfall** kommt es dabei zu Blutdruckveränderungen, Pulsfrequenzveränderungen, und dergleichen, die manchmal in den pathologischen Bereich hineinreichen können.
- * **Organische Veränderungen** werden **wahrgenommen** -> führt im Verlauf ihrer **Be- oder Verarbeitung zu Belastung**. Belastungen, die von außen kommen, können so potenziert werden.
- * **Körperliche Ereignisse + psychische Bearbeitung; psychische Ereignisse + körperliche Verarbeitung**
=> **bei Fehlsteuerung** kommt es zur **Entstehung von psychosomatischen Störungen / Erkrankungen**.

Forschung konzentriert sich auf die

- * **Schnittstellen zwischen psychischen Prozessen** (z.B. Emotionen) und **somatische Strukturen** (z.B. Neurotransmitterausschüttung).
- * An diesen Schnittstellen **wirken auch Stressoren, kritische Lebenssituationen, usw.**, die **psychosomatische Krankheiten auslösen** können.

=> Psychosomatische Erkrankungen entstehen durch **multifaktorielles Geschehen**,

=> **intrapsychische Prozesse** sind **nur ein dabei beteiligter Faktor**.

SIGMUND FREUD

Bei ihm gibt es **zwei Neuroseformen**, bei denen er **körperliche Symptome** beschreibt:

- a) Konversionsneurose
- b) Aktualneurose

ad a) KONVERSIONSNEUROSE:

- * **Psychischer Hintergrund der hysterischen Anfälle** (Freud studierte dies während seines Aufenthalts bei Charcot in Paris) = **vom Bewußtsein abgespaltene Vorstellungsinhalte**.
- * Diese Vorstellungsinhalte haben **sexuellen Charakter**. Es sind **infantile sexuelle Phantasien**, die das **Überich nicht zuließ**, sind sehr **angstbesetzt**, mußten daher **verdrängt** (d.h. vom Bewußtsein ferngehalten) werden.
- * **Erregung wird ins Körperliche umgesetzt = Symbolisierung** (Unterschied zu Phobien und Zwangsneurosen). Diese Umsetzung heißt **Konversion**.

- * Konversion ist ein **Abwehrmechanismus** (Körper wird in Lösung des psychischen Konflikts einbezogen).
- * **Konversionssymptome sind unmittelbarer Ausdruck von Phantasietätigkeit.**

ab b) AKTUALNEUROSE:

- * Freud zählt dazu:
Neurasthenie, Angstneurose, Hypochondrie [Hysterie, Zwangsneurose, Phobie = Psychoneurosen]
- * Bezeichnung Aktualneurose, wegen **zeitlicher Aktualität** der Beschwerden.
- * **Ursprung der Aktualneurose = Störung des aktuellen Sexuallebens;**
Ätiologie = eher somatisch als psychisch.
- * **Psychosexuelle Entwicklung** spielt führt Aktualneurose **keine Rolle;**
Symptome entstehen eher **durch toxische Schädigung.** (Toxische Stoffe entstehen **durch** unbefriedigende Abfuhr von Sexualspannung; **Störung des Sexualstoffwechsels**
-> heute überholte Ansicht)
- * **Erscheinungsbild der Neurasthenie** (= ähnlich unserem heutigen „Zustand der nervösen Erschöpfung“): Kopfschmerz, Müdigkeit, Dyspepsie, Nachlassen der sexuellen Aktivität.
- * **Vegetative Symptome** treten dann auf, wenn **Ich keine andere Möglichkeit mehr** hat, seine **Spannungen psychisch zu verarbeiten.**
- * Dabei gibt es **keine Abwehrmechanismen mehr**, die symptomgestaltend wirken
-> **Symptome der Aktualneurose bieten deshalb der Psychoanalyse keine Angriffsfläche.**
Im Unterschied dazu = Konversionssymptome!

HEUTE:

- Für **Entstehung einer Angstneurose** werden
- > **rein psychologische Mechanismen** verantwortlich gemacht;
 - > **Katastrophen der Kindheit** aber auch
 - > **Fixierung von spezifischen Ängsten auf jeder Entwicklungsphase.**

FREUDS ANSICHTEN ÜBER DIE PSYCHOGENESE KÖRPERLICHER BESCHWERDEN (ZUSAMMENFASSUNG)

- * **Körperliche Symptome** bei **Hysterie** haben **symbolische / szenische Bedeutung.**
Sie sind **deutbar;**
sind **Kompromiß** zwischen **Triebwunsch** und sich diesem **entgegenstellenden psychischen Kräften.**
- * **Körperliche Symptome** bei **Aktualneurosen** (z.B. Angstneurosen) sind **Äquivalente eines Angstanfalls.**
somatische Erregung wird direkt in körperliches Symptom abgeführt.
Körperliches Symptom hat keinen Sinn, keine psychische Bedeutung, kann daher **nicht symbolisch gedeutet** werden.

GEORG GRODDECK

Niedergelassener Arzt, nicht ausgebildeter Analytiker; korrespondierte mit Freud.

- * Weitete **symbolische Bedeutung** von **konversionsneurotischen Symptomen** auf **ALLE körperlichen Erkrankungen** aus.
- * Vorläufer für Versuche, **psychoanalytische Verfahren mit anderen Behandlungsmethoden** (z.B. Diät, Physiotherapie) zu **kombinieren.**

Sein Verdienst: trug **psychosomatische Modelle** an **praktizierende Ärzte** heran

SANDOR FERENCZI

Ungarischer Psychoanalytiker

- * **Sexuelle Traumata in früher Kindheit wirken sich auf spätere psychosomatische Erkrankungen** aus (z.B. chronische Schmerzzustände, chronic-pelvic-pain-Syndrom)
- * **Schlägt für chronische Schmerzpatienten** Änderung der Technik vor:
Kurzpsychotherapie (Aktivität des Therapeuten, keine Abstinenz)

War **Lehrer von Michael BALINT** („Balintgruppen“; machte psychoanalytische Erkenntnisse unmittelbar nutzbar für praktische Ärzte)

FRANZ ALEXANDER

Bemühte sich um **Brückenschlag zwischen Organmedizin und psychoanalytischem Ansatz**. Psychoanalytiker (Leiter des Instituts in Chicago); Zusammenarbeit mit Fachärzten.

- * **Psychische und physiologische Prozesse** vollziehen sich **simultan**, ohne daß eine Seite dominiert.
Jede Krankheit hat psychosomatischen Charakter, weil emotionale Faktoren alle körperlichen Vorgänge auf nervösen und humoralen Bahnen beeinflussen (z.B. Abhängigkeit des Immunsystems von emotionalen Faktoren).
- * Somatische, emotionale und soziale Faktoren spielen eine Rolle bei der Entstehung von Krankheiten
= **Ausweitung des psychosomatischen Ansatzes** (von Freud abgelehnt)
- * **Vegetative Neurose:**
 - => nach außen gerichtete **Handlungen werden unterlassen** -> **nicht abgeführte emotionale Spannung ruft chronische innere vegetative Veränderungen** hervor.
 - => **Blockade der Handlungsabläufe** wird **durch Überich** hervorgerufen (Überich zwingt zur Niederhaltung der Triebimpulse -> Spannung. Dadurch kommt es zu Gewebsveränderungen und irreversibler organisches Erkrankung (wie das genau geht, sagt er nicht).
 - => Ist die **Gewebsveränderung** vollzogen -> **Organneurose** (= vegetative Neurose).
 - => **Symptom** = Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltenden, periodisch wiederkehrenden emotionalen Zustand (z.B. Wut -> Blutdruckerhöhung, dadurch aber keine Abfuhr der Wut; sondern erhöhter Blutdruck als Ausdruck der Wut)
- * Für die **Erklärung der Entstehung der Organneurosen** zieht er nur das **Triebkonzept** heran; vor allem **prägenitale Triebkonflikte** führen zu **psychosomatischen Erkrankungen** (sexuell genitale Triebinhalte -> Psychoneurosen)

BEISPIELE FÜR ZUORDNUNG EINES SPEZIFISCHEN KONFLIKTS ZU EINEM KRANKHEITSBILD NACH F. ALEXANDER:

- a) **Störungen der Atmungsfunktion** (z.B. Asthma bronchiale)
spezifischer Konflikt: exzessive, nicht gelöste Mutterbindung; infantile Fixierung. Konflikt zwischen sexuellen Wünschen und Anlehnungsbedürfnis
- b) **Magengeschwür:**
Wunsch, in der abhängigen infantilen Situation zu verbleiben gerät in Konflikt mit erwachsenem Ich (Streben nach Unabhängigkeit, Leistung)
- c) **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (z.B. arterieller Hochdruck)
chronische, gehemmte Wut, mit Angst verbunden, und Unfähigkeit, diese aggressiven Antriebe frei zum Ausdruck zu bringen

d) *Neurodermitis*
somasochistische, exhibitionistische Züge -> Hautsymptome.

e) *chronische Stuhlverstopfung*:
Ursache = Vorliegen von paranoiden Einstellungen

Psychosomatisches Konzept von Franz Alexander:

- * Es besteht **Vulnerabilität eines Organs** (vgl. A. Adlers „Organminderwertigkeit“ / Freuds „Somatisches Entgegenkommen“)
- * spezifische **psychodynamische Konfiguration** und entsprechende **Abwehr in der Kindheit**
- * **aktuelle Lebenssituation** läßt diesen **ubw. Konflikt wieder dynamisch** wirksam werden.

Zusammenfassung des psychosomatischen Konzepts von Franz Alexander:

NEGATIVES:

- * Vorstellung eines spezifischen Konflikts -> **Einengung des diagnostischen Blicks**
- * Vorstellung von **Organspezifität** ist **nicht haltbar**
- * Bestimmter **emotionaler Konstellation** kann **keine bestimmte Pathophysiologie** zugewiesen werden
- * **Übergang von funktionellen Beschwerden in Organschädigung** ist empirisch **nicht haltbar**.

POSITIVES:

- * Bahnbrechende Untersuchungen über **Zusammenhang zwischen Psyche und Menstruationszyklus** (1942 durch **BENEDECK** und **RUBENSTEIN**)
- * Annahme der **Multikausalität, Einbeziehen des somatischen Wissens**
- * **Modifikation der Standardtechnik** für die Behandlung von psychosomatischen Patienten

GEORG L. ENGEL

* *Grundlegende Hypothese:*

Prädisponierende Faktoren sind schon **von Geburt an vorhanden**, sind auch direkt oder **indirekt an Entwicklung des psychischen Apparats beteiligt**: somatopsychisch-psychosomatisch als Kreisprozeß

* *„Giving up - given up“ - Komplex:*

nachgewiesen **bei Patienten vor Ausbruch einer Krankheit** (va. bei Karzinom)
Infolge eines **realen oder phantasierten Objektverlusts** kommt es zu einem **Versagen der Abwehrmechanismen**:

- > **Hilflosigkeit**: Gefühl von Entbehrung entsteht durch Verlust von Befriedigung, die von einem Objekt außerhalb vom eigenen Selbst ersehnt wird.
- > **Hoffnungslosigkeit**: Gefühl der Verzweiflung wegen der Unfähigkeit des Selbsts, sich die gewünschte Befriedigung zu verschaffen.

Diese Konstellation tritt auch auf, wenn prädisponierende Faktoren vorhanden sind, die eine Trägerfunktion ausüben.

MAX SCHUR

Hypothesen zur De- und Resomatisierung basieren auf Annahme von **Zusammenhang zwischen körperlicher Entwicklung und Etablierung des Ichs.**

- * Vorgänge bei **psychobiologischer Reifung** gehen einher mit **zunehmender Desomatisierung der Reaktionen auf bestimmte Reize**. Reaktionen auf als bedrohlich empfundene Reize sind von der Phantasietätigkeit geprägt.
- * Im **Laufe der Entwicklung** gewinnen **psychische Verarbeitungsmöglichkeiten Oberhand, somatisch-vegetative Verarbeitungsmöglichkeiten treten in den Hintergrund**.
(Beispiel: Säugling bei Hunger Schreien, Bewegungen = physiologische Reaktion)
- * **Physiologische Reaktionsmuster = Vorläufer von Ich-Funktionen**, aus ihnen entwickeln sich zuerst primitive, dann immer differenzierterer Angstreaktionen.
- * **Angst:**
 - > phylogenetisch **aus biologischer Reaktionsform** hervorgegangen,
 - > Ergebnis einer **langen, komplizierten Entwicklung**;
 - > **anfällig für regressiven Funktionswandel**.
- * **Individuum** wird fähig zur **Trieb- und Affektkontrolle**, zur **Reflexionsfähigkeit** -> regiert auf Niveau des **Sekundärprozesses**; dadurch wird **verhindert**, daß **primärprozeßhafte Funktionsweisen** (= triebabhängig) die Oberhand gewinnen.
Funktionieren / Versagen dieser Funktion bestimmt Charakter der Angstreaktion.
- * **Psychosomatische Patienten:**
 - => defekte Ich-Entwicklung -> **labiles, narzißtisches Gleichgewicht**;
 - => Ich = sehr **anfällig für regressive Reaktionsweisen**.

In **belastenden Situationen** werden unbewußte Konflikte aktiviert, die der Kontrolle des Ichs entzogen sind
-> **Ich** ist verunsichert, **regrediert**
-> **infantile Formen der Angstreaktion** gewinnen die Oberhand
-> **Gefahr** wird neurotisch **verzerrt** und mit **inadäquaten (regressiven) Reaktion** beantwortet.
- * Je nach Ausmaß der Ich-Schädigung -> **neurotische Verhaltensweisen** oder
-> **somatischen Symptombildungen**,
wenn Verarbeitungskapazität überschritten wird.
- * Wenn **bedrohliche Reize psychisch keine Angstreaktion** hervorrufen -> es liegt noch ausgeprägter Ausfall von Ich-Funktionen vor.
Hier: **noch tiefere Regression in präverbales Stadium** (Reaktion auf Reize sind da noch global somatisch)

Schur hat sein Konzept an Patienten mit Hautkrankheiten beschrieben.

Zusammenfassung:

- * DESOMATISIERUNG:
 - = normale Entwicklung des Säuglings; **von körperlich unkoordinierter, unbewußt primärprozeßhafter Reaktion zur Fähigkeit, körperliche Triebenergien zu neutralisieren**.
 - Diese neutralisierte **Energie** wird **genützt für bewußte sekundärprozeßhafte Denk- und Handlungsreaktionen** im Dienste des Ichs.

* **RESOMATISIERUNG:**

= physiologische Regression bei Ich-Schwäche. Bei **Gefahr und Angstsituationen** reagiert Ich nicht mit psychischen Mitteln, sondern mit einer **physiologischen Regression auf Primärprozeßebene** und mit **somatischer Reaktion**.

ALEXANDER MITSCHERLICH

DIE ZWEIPHASIGE VERDRÄNGUNG:

setzt an an **Freuds Konzept der zweiphasigen Abwehr und Nachverdrängung**

1. PHASE:

- * **Störung der psychobiologischen Reifung durch versagende oder verwöhnende Fixierungen**
- * **Gesellschaft fordert Triebverzicht -> permanenter Verdrängungsaufwand -> Zerreißung des psychosomatischen Simultangeschehens.**

2. PHASE:

- * Reichen **psychische Mittel der Konfliktbewältigung nicht aus** (z.B. Symptombildung) oder **entsprechen sie nicht den gesellschaftlichen Erwartungen**
-> **Verschiebung / Verdrängung in körperliche Abwehrvorgänge.**

KRITIK:

- > Warum kommt es nicht zu Verstärkung der ursprünglichen psychoneurotischen Störung?
- > Warum entsteht nicht eine psychotische Erkrankung?

PIERRE MARTY

DIE PSYCHOSOMATISCHE STRUKTUR:

seit 60er Jahren neue Impulse aus Frankreich. **Versuch, spezielle Persönlichkeitsstruktur des psychosomatisch Kranken zu beschreiben.**

- * Alle **psychosomatischen Patienten** haben unabhängig von ihrer jeweiligen **Erkrankung bestimmte Persönlichkeitszüge gemeinsam = psychosomatische Struktur.**

* **Merkmale der psychosomatischen Struktur:**

1. **operatives Denken (pensée opératoire)**
Personen und Ereignisse werden ohne Beziehung zum Subjekt gleichsam wie abfotografiert geschildert.
= qualitative Armut des Beziehungssystems des Patienten, den eigenen seelischen Objekten gegenüber.
2. **mangelhafte Symbolisierungsfähigkeit:**
Patienten tun so als hätten sie **keine Phantasien, Träume, Tagträume**
3. **projektive Verdopplung:**
Subjekt verneint seine eigene Originalität und die des anderen, indem es sich projiziert. **Nahestehende Personen werden als Art Doppelgänger** erlebt.

4. psychosomatische Regression:

Vorherrschen eines **primitiven Abwehrsystems** -> aggressive und autodestruktive Tendenzen werden somatisiert.

- * **Ursache:** -> defekte Strukturierung des psychischen Apparates,
-> Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung

- * **Freudsches Konzept des Todestriebs** wird *einbezogen*
(einmalig in den psychoanalytisch theoretischen Konzepten!)

PETER SIFNEOS

DAS ALEXITHYMIE-KONZEPT (1970):

- * **Alexithymie** = Unfähigkeit der Patienten, Gefühle wahrzunehmen und eigene Gefühle angemessen zu beschreiben.

- * **Merkmale der Alexithymie:**

- > eingeschränktes Einsichtsvermögen,
- > Unfähigkeit zum Erlernen eines neuen emotionalen Verhaltens,
- > Störungen im affektiven Erleben (ähnlich wie bei schizoider Kontaktunfähigkeit)