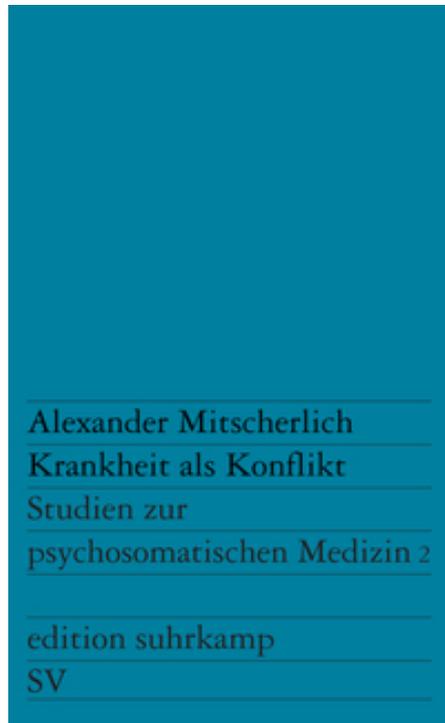


# Suhrkamp Verlag

## Leseprobe



Mitscherlich, Alexander  
**Krankheit als Konflikt**

Studien zur psychosomatischen Medizin 2

© Suhrkamp Verlag  
edition suhrkamp 237  
978-3-518-10237-4

# edition suhrkamp

Redaktion: Günther Busch

Wie der erste, im Jahre 1966 erschienene Band der *Studien* handelt auch dieser zweite von den Grundpositionen der zeitgenössischen Medizin. Ein neuer Begriff von Krankheit wird hier erprobt, in der Auseinandersetzung mit den Lehren der konventionellen Wissenschaft – ein Begriff, der an die Erkenntnisse Freuds anknüpft und der den »psychosomatischen Charakter« der »Krankheitskonflikte« in den Mittelpunkt der ärztlichen Beobachtung und der medizinischen Theorie rückt.

Alexander Mitscherlich  
Krankheit als Konflikt  
Studien zur psychosomatischen  
Medizin 2

Suhrkamp Verlag

9. Auflage 2015

Erste Auflage 1967  
edition suhrkamp 237

© Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main 1967

Suhrkamp Taschenbuch Verlag

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das der Übersetzung,  
des öffentlichen Vortrags sowie der Übertragung  
durch Rundfunk und Fernsehen, auch einzelner Teile.

Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages  
reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme  
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Satz in Linotype Garamond

Printed in Germany

Umschlag gestaltet nach einem Konzept

von Willy Fleckhaus: Rolf Staudt

ISBN 978-3-518-10237-4

# Studien zur psychosomatischen Medizin 2



## Vorwort

An der Schwierigkeit der dargestellten Sachfragen gemessen, verlangt dieser zweite Band psychosomatischer Studien noch mehr als der erste nach wohlwollenden Lesern. Doch es ist fraglich, ob er sie anziehen wird. Der Arzt wird vielleicht enttäuscht sein, weil ihm das Buch nicht pragmatisch genug ist; er muß Übersetzungsarbeit leisten, um die hier entfalteten Gedanken im Umgang mit den Kranken anwenden zu können. Der nicht medizinisch gebildete Leser findet sich wahrscheinlich in manchen der hier angestellten Überlegungen nicht leicht zurecht. Das Wohlwollen beider ist aber unerlässlich, wenn sich im Stil der praktizierten Medizin etwas ändern soll.

Ein Leben unter Ärzten hat den Autor teils in Trauer, teils in Zorn davon überzeugt, daß deren Unkenntnis der Psychologie nahezu vollkommen ist. Diejenigen, die sich Routiniers im Umgang mit ihren Kranken dünken, haben sich meist einige Faustregeln erkoren, mit denen sie ziemlich unterschiedslos wirtschaften. Es muß die an der Leiche beginnende Erziehung des Arztes sein, die das natürliche Problembewußtsein für eine so schwierige zwischenmenschliche Beziehung wie die zwischen Arzt und Kranken ertötet. Die Einstellungen und Vorurteile der ehrwürdigen Institution Heilkunde auch nur um ein wenig zurechtzurücken, ist für den Einzelnen mehr als eine Herkulesaufgabe; jedenfalls ist sie unlösbar. Unter anderem hat auch das Mißverständnis der Leistungen Freuds durch ein dreiviertel Jahrhundert das bewiesen. Anklagen zu äußern ist natürlich sinnlos, aber man möchte sich nicht der Starrheit der Grundannahme beugen, die letztlich auf eine Verfolgung der Krankheit nach dem Modell der Bekämpfung von Erregern hinausläuft.

Der Unwille, der entsteht, wo zur Selbstkritik ärztlichen Verhaltens, zur Reflexion über Macht- und Ohnmachtpositionen aufgefordert wird, wirkt wie ein Schicksal; wer seinem Wirken jahrelang – zur Passivität verurteilt – zuzusehen gezwungen war, wundert sich zum Beispiel kaum noch über das Ausmaß an Fehlinvestition öffentlicher Mittel in »Kuren« und »Heilverfahren«. Längst müssen diese Produktionsstätten für Ge-

sundheit – um das Wort »Sanatorium« zu verdeutlichen – »beschickt« werden wie andere Industrien mit Rohstoffen. Es scheint sich auch niemand daran zu stoßen, daß die vorklinische und klinische Ausbildung die Vorbereitung des Arztes auf seine praktische Tätigkeit erheblich vernachlässigt, etwa im Hinblick auf das Verstehen von Subkulturen seiner Gesellschaft, mit denen er professionell, wenngleich nicht persönlich, in Kontakt steht, und daß man den praktischen Arzt endgültig zuunterst in die Prestigeskala der Profession eingeordnet hat, statt alle Anstrengungen zu unternehmen, die gesamte Heilkunde, einschließlich der Forschung, den Anforderungen *seiner* ärztlichen Bedürfnisse unterzuordnen.

Sicherlich nicht ein Prozent der medizinischen Veröffentlichungen nimmt auf seelische Faktoren im Krankheitsgeschehen Bezug. Von diesem einen Prozent sind es keine zehn Prozent, die eine tatsächliche Kenntnis dieses Gegenstands verraten. Denn nicht jedes beliebige Gerede über die Seele kann, weil es von einem Arzt stammt, aufgerechnet werden. Nachsicht ist da kaum am Platze. Sie wurde im übrigen in wahrer Demutsgebärde Jahrzehnte lang von den ärztlichen Psychotherapeuten ihren Kollegen gegenüber geübt. Das hat weder etwas geändert, noch ihnen Achtung und bessere Arbeitsbedingungen, die sie sich erwarteten, eingetragen.

Also wendet sich der Psychosomatiker an den Kranken oder den, der einer werden könnte; mit anderen Worten: an denkgewohnte Mitmenschen. Vielleicht kann er sie für die Anerkennung der einfachen Prämisse gewinnen, daß Krankheiten etwas mit dem Leben, so wie es geführt und erlebt wird, zu tun haben. Es ist zu hoffen, daß er die gesellschaftsüblichen Vorurteile bei ihnen leichter zur Reflexion bringen kann, da sie nicht die Widerstände einer sorgfältig geplanten Indoktrinierung, welche das medizinische Studium teils gewollt, teils ungewollt mit sich bringt, zu überwinden haben.

Jeder von uns kann krank werden und erwartet dann die für seinen Gesellschaftsausschnitt und die für die Gesamtgesellschaft typische Hilfe. In der unseren ist es so, daß der an Sozialprestige erheblich einbüßt, dessen Krankheit mit seinen persönlichen Konflikten in Zusammenhang gebracht wird. Es legt sich dann eine Aura von Schwächlichkeit, Versagen, mangelndem Willen um ihn: es gilt als deklassierend, Hilfe zu beanspruchen.

Und falls der Kranke solche Zusammenhänge nicht von sich aus kategorisch ablehnt, sobald sie ihm von einem unbefangenen beobachtenden Arzt nahegebracht wurden, so findet sich rasch ein anderer, der die Zumutung wieder gutmacht, den Patienten mit Medikamenten ausstattet und zur Kur »verschickt«. Schlägt er diesen Fluchtweg nicht ein und nimmt er die selbstverständliche Tatsache hin, daß seelisch Belastendes auch als körperliche Krankheit sich kundgeben kann, so tut er nach wie vor gut daran, vor seinen Mitmenschen in Deckung zu gehen und sich womöglich inkognito zum Psychotherapeuten zu schleichen, wie dieser sich durch viele Jahrzehnte (mancherorts noch heute) hinter dem Rücken des Klinik-Chefs zur psychoanalytischen Ausbildung schleichen mußte. Es wäre in der Tat irrig, anzunehmen, der Autor spräche nur von der Vergangenheit.

Ob er will oder nicht, der Kranke muß zunächst die Krankheitstheorien seiner Gesellschaft übernehmen, zum Beispiel die Auffassung, daß er all das, was ihm mißliebig an sich selbst ist und was ihn quält, auf dem Erbwege übernommen habe. Wenn er sich von diesen Theorien freimachen will und nach der Psychoanalyse als einer Methode Ausschau hält, die ihm dabei hilft, kann er nicht soviel verlieren wie der Arzt. Vielleicht erreicht er, was man mit einem robusten Wort als »Heilung« bezeichnen kann; ziemlich sicher wird er mehr Wissen über sich selbst und damit eine größere Sicherheit in seiner Welt erwerben können. Seinem Seelenarzt, der sich seinerseits zur Psychoanalyse bekennt, ergeht es freilich keinesfalls so glimpflich. Unter den Kollegen ist er immer noch der Zauberer, der die Tauben aus dem Zylinder holt, und auf jeder Party traut man ihm Röntgenaugen und die unbändige Neigung zur seelischen Vivisektion zu. Das kann nicht ohne Folgen bleiben. Außenseiterpositionen ziehen nicht nur Helden und Dulder, sondern eben auch Außenseiter an. Und da den ärztlichen Stand vor allem psychologische Unkenntnis auszeichnet, erfährt auch der selbstkritische Psychoanalytiker wenig kollegialen Rückhalt – im Gegenteil, meist hat der psychologische Quacksalber für die naiven Gemüter im Lager der Laien und der Ärzte mehr Appeal als der zögernde Fachmann.

Man befragt den Analytiker nicht, wenn die Machtpositionen in der akademischen Medizin verteilt werden – wieso auch, er hat keine Macht. Die Spezialitäten der Medizin organisieren

sich wie geschlossene Gesellschaften; das überdauert jedes Reformprogramm. Und so fragt man den Psychoanalytiker auch nicht, wenn Reformpläne des Medizinstudiums (die sowieso meist Sandkastenstrategie bleiben) entwickelt werden. Es liegt außerhalb der Vorstellung seiner ärztlichen Kollegen, daß er hier Substantielles beizutragen hätte.

Neben Bäderkunde ist jetzt »Seelenkunde« aller Richtungen gelegentlich als Alibi zugelassen. Wahrscheinlich empfinden das die Bosse der 200-, 300-, 400-Betten-Kliniken als Selbstbeschwichtigung und Beweis ihrer Fortschrittlichkeit. Doch keine ins Gewicht fallende Entscheidung in diesen Großbetrieben wird heute unter psychosomatischen Gesichtspunkten getroffen.

Brechen wir die schockierende Darstellung ab. Die Situation ist nicht besser, warum es beschönigen? Die Skizze diene der Entlastung des Zorns, aber auch der ehrlichen Lokalisation, wo psychosomatische Medizin heute steht. In dieser Situation sind die Gedanken des ersten Bandes dieser Studien fortgesetzt worden. Die klinischen Voraussetzungen, unter denen zu arbeiten war, erwiesen sich als überaus bescheiden. Das entschuldigt keine Fehler und keine unklare Stelle im Konzept des Autors. Aber es mag für den Nachfahren, für den Medizinhistoriker nicht uninteressant sein zu wissen, daß sich seit Freuds Tagen grundsätzlich wenig geändert hat. Ein geniales Talent der Beobachtung und der Strukturierung des Beobachteten zur Theorie erschüttert noch lange nicht das Selbstbewußtsein der konventionellen Medizin, schon deshalb nicht, weil sie selbst am Beginn neuer, gewaltiger Entwicklungen steht. Doch es fehlt ihr der Partner. Ihre Jünger ähneln einer Spezies, die keine natürlichen Feinde mehr besitzt, das heißt keine Gegenspieler in der harten Diskussion um die Grundpositionen. Auch unter diesem Aspekt ist es wenig und unvollkommen genug, was der Autor in diesem zweiten Band der Studien zu einer »anderen« Medizin beizutragen hat.

Die vorliegenden zwei Bände der *Studien zur psychosomatischen Medizin*, denen in absehbarer Zeit noch ein dritter Band folgen soll, gehören in den Zusammenhang einer »Kritik der psychosomatischen Konzepte«. Dieses Thema hat das Interesse und die Unterstützung des *Foundations Fund for Research in Psychiatry* gefunden, dem an dieser Stelle für Ermutigung und materielle Hilfe Dank gesagt sei.

# I. Der psychologische Zugang zur Krankheit

## 1. *Psychosomatik oder somatopsychischer Einfluß?*

Spricht man von einem psychologischen Zugang zur Krankheit, so ist damit der Zugang zu den Sinnzusammenhängen gemeint, in denen Krankheit auftritt. Man kann die Frage auch schärfer stellen: Welchen Sinn verwirklicht eine Krankheit?

Weil dieser Sinn keineswegs offen zutage liegt, wird immer wieder bestritten, daß Sinn-Verstehen wirklich das trifft, was in der Krankheit geschieht. Krankheit, heißt es in solcher Kritik, entstehe aus Mangelerscheinungen, zum Beispiel dem Fehlen lebenswichtiger Nähr- und Wirkstoffe, oder durch das Eindringen von Krankheitserregern, aus angeborenem oder durch die Lebensführung bedingtem Versagen körpereigener Funktionen. Es gebe allenfalls psychologische Reaktionen des Individuums auf Krankheiten, die großen Krankheiten selbst jedoch hätten nichts mit der individuellen Erlebniswelt zu tun. Nach dieser Auffassung läßt sich der psychologische Sinn von Krankheit nur höchst mittelbar, z. B. im frühzeitigen Verschleiß der körperlichen Leistungsfähigkeit durch andauernde Überbeanspruchung, aufdecken – etwa wenn die Überbeanspruchung der Ausdruck von Leistungsehrgeiz und nicht einer unmittelbaren wirtschaftlichen Notlage ist. Als Beispiel dafür wird häufig die »Managerkrankheit« angeboten. Hier ist die Überbeanspruchung deutlich, obwohl sie meist falsch gedeutet wird. Denn es ist nicht die übermäßige Arbeit als solche, die den Infarkt herbeiführt oder den Schlaf stört. Der Bereitwilligkeit, ein Unmaß an Arbeit auf sich zu laden, entspricht eine Omnipotenzphantasie, die in vielen Idolen unserer Gesellschaft genährt wird. Und das unmäßige Verlangen nach Geltung, Genuß, ist seinerseits eine Antwort auf die von erbarmungsloser Konkurrenz geprägte Umwelt: Abwehr von Existenzangst. Doch diese Motivationskette bleibt in der üblichen Streß-Hypothese verdeckt. Die Not und die gesundheitlichen Katastrophen der Überbeanspruchten werden mit der gleichen Selbstverständlichkeit hingenommen wie der Kropf in Gegenden mit jodarmem Wasser.

Dennoch sind Gegenargumente gegen vage Erkrankungs-theorien psychologischer Art (oder allzu unreflektiert behauptete Zusammenhänge psychosomatischer Natur) berechtigt. Es gibt Krankheiten, z. B. die epidemischen Seuchen oder die in bestimmten Landstrichen herrschenden Mangelkrankheiten aus einseitiger Ernährung, bei denen es in der Tat nicht sinnvoll ist, nach einem *individuellen* seelischen Konflikt zu forschen. Andererseits müssen wir uns darüber im klaren sein, daß wir durch die Aufklärung der Natur der Krankheitserreger, der Vitaminmängel oder ähnlicher Faktoren, über eine Vielzahl von Krankheiten und deren Entstehungsgeschichte nur unzulänglich unterrichtet werden. Vegetativen Dystonien, aber auch vielen mit eindeutigen organischen Symptomen auftretenden und zur Chronozität neigenden Krankheiten kommen wir nicht bei, indem wir eine körperliche Erscheinung durch eine dahinter liegende zweite erklären. Eine rein pathophysiologische Analyse trägt nichts zur Erhellung jenes dynamischen Prozesses bei, der sich in bestimmten Krankheiten abspielt. Wir verstehen diese Krankheiten nicht.

In der Praxis heißt das, daß wir in einem solchen Fall nur sehr oberflächlich Symptome beeinflussen; die Motivationen der Krankheit dagegen bleiben dunkel. Viele Ärzte und Kranke scheint das nicht zu beunruhigen. Sie nehmen auch ihre Gesellschaft als ein Stück Natur, von der einzelne Einflüsse in Gestalt von Forderungen, Zwängen oder Vorstellungen pathogene Bedeutungen gewinnen können; diese werden in Analogie zu Viren oder anderen Krankheitserregern gesehen. Doch während wir bei den letzteren spezifische Angriffswaffen besitzen, sind die ärztlichen Anweisungen zum Schutz vor den machtvollen Einflüssen, welche die Gesellschaft auf das Verhalten ihrer Glieder ausübt, nicht selten naiv: ein Rat zu einer Sanatoriums- oder Badekur und ähnliches.

Als die Tuberkulose noch eine Krankheit mit hoher Ansteckungschance war, brach die Krankheit oft nicht deshalb aus, weil ein Individuum dem Ansturm von Tuberkelbazillen von außen ausgesetzt war, indem es mit einem offenen Tuberkulösen zusammenarbeitete. Vielmehr bewältigte der Körper plötzlich jene Minimalinfektion nicht mehr, die fast alle Mitglieder der Population abgekapselt mit sich herumtrugen. Die Abwehrkraft des Organismus verschob sich plötzlich in ihrem Verhält-

nis zu den beherbergten Erregern. Die Beschreibung in solchen Fällen lautete, die Immunitätsschranke sei durchlässig geworden. Gewiß, aber was zur Erklärung des Zusammenbruchs der Abwehrkraft herangezogen wird: Überanstrengung, Abkühlung, mangelhafte Ernährungs- und Wohnverhältnisse usw., ist keineswegs ähnlich überzeugend wie die Tatsache, daß eine Tuberkulose sich nicht entwickeln kann, wenn keine Tuberkelbazillen da sind. Sehr viele Tuberkulöse haben die Kriegsgefangenschaft und deren Nöte ausgezeichnet überstanden, sind dort nicht erkrankt, sondern erst zuhause, als es ihnen, nach materiellen Gesichtspunkten beurteilt, sehr viel besser ging. Allerdings sahen sie sich dann neuen Belastungen ausgesetzt, die jedoch auf dem Gebiet des seelischen Erlebens lagen.

## *2. Erlebnis – eine leib-seelische Gleichzeitigkeit*

Ist das Gleichgewicht der Abwehrlage etwas, das nur von außen gestört werden kann, durch physischen Streß, oder auch von innen? (Wobei »innen« Erleben, Stimmung, Angst, Verzweiflung, Leidenschaft, Konflikt, Beharren auf der Erfüllung von Träumen, Hoffnungen, kurz das gesamte seelische Leben meint.) Die Gegenthese zur rein materiellen und organischen Erklärung der Krankheitsentstehung würde lauten: Krankheiten mit körperlichen Symptomen treten auf einer Endstrecke an Organen oder Organleistungen auf. Die Beeinflussung dieser Organleistungen kommt jedoch nicht allein aus einer Autonomie biochemischer und biophysikalischer Prozesse zustande; vielmehr unterstehen die Organleistungen der Erlebnisbeeinflussung.

Das Wort »Beeinflussung« trifft den hier gemeinten Sachverhalt nicht genau. Ein Beispiel: Viele Menschen, besonders Kinder, haben in ängstlicher Erregung Durchfall. Es ist nun aber nicht so, daß die Angst, die sie empfinden, eine vermehrte Wasserabsonderung im Dickdarm und eine Beschleunigung der Fortbewegung des Darminhalts bewirkte. Von diesem mechanistischen Vorstellungsmodell muß man sich trennen. Vielmehr ist in unserem Falle Angst eine Erfahrung, die in einem körperlichen allgemeinen Mißbehagen und Erregungszustand erlebt wird, der sich im Durchfall besonders kundgibt. Es gibt auch

andere Angstreaktionen, die beispielsweise mit einer plötzlich einsetzenden, unüberwindlichen Müdigkeit einhergehen, oder mit allgemeiner motorischer Unruhe, die zwischen der Tendenz zur Flucht und zum Angriff hin- und herpendeln mag. Was wir mit alledem andeuten wollen, sind »*leibseelische*« *Gleichzeitigkeiten*. Das Erlebnis eines Gefühlsaffektes, einer Stimmung, ist gleichzeitig in untrennbarer Einheit Körpergeschehen: Erlebnis und Körperleistung sind zwei Aspekte – und zwar für unser bewußtes Erleben – ein- und desselben Erregungsvorganges. Unsere Urteilskraft ist aber begrenzt und in ihrer Richtung festgelegt, so daß wir diesen einen Vorgang nur alternierend in zwei Erscheinungsformen wahrnehmen können; jedenfalls hat sich dieses trennende Denken, das auf körperliche oder seelische Vorgänge bezogen ist, in unserer westlichen Kultur so entwickelt. Es ist zu einem Zwangsmodell der Vorstellungen geworden, von dem wir uns nur schrittweise befreien können. Die Träne, die wir weinen, ist für uns, wenn wir selbst weinen, Trauer, Schmerz. Sie *ist* für uns Trauer und Schmerz. Für den, der einen Weinenden anschaut, ist sie *Ausdruck* der Trauer, bedeutet sie Trauer. Wenn er zugleich weiß, daß der Weinende um sein verstorbenes Kind weint, weiß er, warum jener trauert und weint; er versteht eine Vielheit von Körperleistungen: die Tränensekretion, die mimische Veränderung des Gesichts und der gesamten Körperhaltung.

Niemand zweifelt an der Existenz solcher seelisch-körperlicher Gleichzeitigkeiten; sie sind bekannt, man kann sie reproduzieren und erlernen. Durch identifizierende Teilnahme lernen wir bereitliegende Handlungs- und Geschehenseinheiten in ihrem und durch ihren Vollzug verstehen, und zwar nicht nur angeborene Verlaufsgestalten, wie das Lachen oder Weinen, in denen sich mimisches, sekretorisches und affektives Geschehen eigentümlich verbinden, sondern auch andere, einfachere vegetative Leistungen, wie das Erröten und das Erblassen.

### 3. *Konstitutionelle Varianten*

Zwei Schwierigkeiten tauchen nun freilich bei weiterem Nachdenken auf. Die erste: Die Beteiligung von Körperleistung im Moment seelischer Erregung ist von Mensch zu Mensch sehr

verschieden. Beispielsweise bringt ein bewußt sorgenvoller Konflikt, wie man sagt, »Kopferbrechen«, d. h. Kopfschmerzen mit sich. Das Kopferbrechen kann sich jedoch auch in Verlegenheitsunruhe oder in besonders körpervergessener Abwesenheit anzeigen, oder in Schlaflosigkeit. Andere Menschen haben in solcher Situation ihre Migräne, ihre Magenkrise, ihren Gallenschmerz. Soweit wir bisher gesehen haben, handelt es sich hierbei nicht nur um Punkte geringeren Widerstandes, als ob das Gefäß-System oder der Magen bei diesem oder jenem aus Schwäche gegenüber der Erregung zu versagen begänne. Derlei Funktionsbereitschaften (etwa eine hohe Sekretionsrate des Magens, Neigung zu Schweißbildung, Zirkulationsstörungen in Händen und Füßen etc.) spielen häufig als Konstitutionsmitgift eine Rolle in einem insgesamt sehr komplexen Geschehen.

In vielen Fällen ist es wichtig, nach weiteren Zusammenhängen beim Zustandekommen eines störenden Körpersymptoms zu suchen. Im Selbsterleben herrschen meist Gestimmtheiten vor, »gute Laune«, Arbeitslust, Niedergeschlagenheit usw. Sie können stabil oder schwankend sein, in jedem Fall sind sie Teil eines psychischen Gesamtgeschehens, das nur bruchstückhaft bewußt erfahren wird. Ein Triebimpuls, der sich als innere Erfahrung, etwa in einem Affekt, dem Erleben repräsentiert, möchte zum Zug kommen. Wenn er intensiv genug ist, stimmt er uns ein, übernimmt er die Themengestaltung unseres Verhaltens. Doch diese vorherrschende Motivation bleibt auf eine Vielfalt, ein Gewebe von seelischen Vorgängen bezogen, die als Ganzes in einer dauernden biologischen Eigenunruhe sich befinden. Es müssen also nicht nur variable Außen-, sondern auch ebensolche Innenreize beantwortet, »integriert« werden.

Wir wissen heute zwischen primärer und sekundärer Zuckerkrankheit zu unterscheiden, wobei die erstere an einen multifaktoriellen Erbgang gebunden ist. Es geht nicht um einen absoluten Insulinmangel, sondern um Verschiebungen innersekretorischer Leistungsgleichgewichte zwischen Insulin produzierenden und Insulin abbauenden Systemen zugunsten der letzteren. Seit Banting und Bests Entdeckung des Insulins (1921) hat es viele Forscher viel Mühe gekostet, in diese pathophysiologischen Prozesse einzudringen. Was letztlich zur relativen Insulininsuffizienz, zum Zusammenbruch des Gleichgewichts-

systems führt, ist immer noch unbekannt. Sind es ausschließlich, gleichsam hereditär vorprogrammierte Leistungskurven oder spielen auch autonom sich konstellierende psychische Einstellungen (Verarbeitung von traumatisch wirksamen Erlebnissen) eine mitbestimmende Rolle? Um diese Frage beantworten zu können, müßte man bei Reihenuntersuchungen, wie sie unlängst zur Feststellung der Gesamtmorbidität bei Zuckerkrankheiten in der Bundesrepublik durchgeführt wurden, auch nach einer möglicherweise relevanten psychopathologischen Entwicklung fahnden. Nichts davon ist bisher geschehen.<sup>1</sup> So bleiben denn Pathophysiologie und Erblehre weiterhin unverbunden mit den Konzepten psychosomatischer Pathogenese.

#### 4. *Schwierige Verständigung – simple Experimente*

Zum Teil dürfte die mangelhafte Aufmerksamkeit der erfolgssaturierten konventionellen Medizin für mitbestimmende psychische Faktoren darin begründet sein, daß die auf biochemische Untersuchungsmethoden spezialisierten Internisten gänzlich ununterrichtet sind über die Fortschritte der Psychologie. Zwar erwartet man, daß der psychologisch forschende Arzt die Literatur etwa der inneren Medizin verfolgt, aber das Umgekehrte soll nicht gelten. Die meisten Verständigungsversuche – auch wenn sie von wohlwollenden Internisten oder Psychiatern ausgehen – sind wegen der nahezu absoluten Unerfahrenheit des herkömmlich ausgebildeten Arztes in psychologischen, psychosomatischen und psychosozialen Fragen zum Scheitern verurteilt.

Trotz der häufigen Verwendung des Wortes »Psychosomatik« hat sich in den letzten zwanzig oder dreißig Jahren an dieser Misere kaum etwas geändert. Meist werden als psychosomatische Forschung Meßergebnisse in experimenteller psychischer »Streß«-Situation angeboten. Die Psychologie derartiger Untersuchungen ist meistens von geradezu archaischer Primitivität. Ein Beispiel: Zwei Gruppen von Versuchspersonen wird jeweils ein Film vorgeführt; einmal eine medizinische Operation, zum andern der Bericht über das Leben auf einer Farm. Dabei wer-

<sup>1</sup> Vgl. E. S. Pfeiffer, G. Jörgensen in dem Sonderheft *Diabetes*, in: *Dt. med. Journal* Nr. 17, 1966, S. 601.

den jeweils die Pulsfrequenz und Veränderungen in der elektrischen Leitfähigkeit der Haut der Probanden gemessen und miteinander verglichen.<sup>2</sup>

Daß mit solchen Untersuchungsmethoden die Grundlage unseres psychosomatischen Wissens nicht wesentlich erweitert werden kann, scheint klar, denn der Untersuchungsgegenstand – das Verhalten des Individuums in Konflikten, sei es mit der Umwelt, sei es im innerseelisch erlebten Widerstreit – setzt die *Anerkennung der Komplexität, nicht die willkürliche Reduktion dieser verwickelten Zustände* voraus.

Die psychosomatische Medizin ist in ihren Versuchen, den psychologischen Zugang zur Krankheit zu verbreitern, zweifach behindert: die Partner des Psychosomatikers verweilen bezüglich einer dynamisch, genetisch, strukturell orientierten Psychologie im Vorfeld des Wissens; infolgedessen kommt es nur ausnahmsweise zu Untersuchungen, die differenzierte psychologische mit differenzierten physiologischen Modellvorstellungen verknüpfen. Nehmen wir an, »Angst« spiele in der Entwicklung des Diabetes eine beachtenswerte Rolle. Der im Alltagsgebrauch verwendete Begriff »Angst« besagt für die psychosomatische Forschung nur wenig. Welche spezifische Konstellation erweckt eine jeweils vorliegende Angst? Die Angst vor dem Versagen in einer Liebesbeziehung kann den Charakter einer Verlustangst haben. Sie unterscheidet sich jedoch inhaltlich sehr von der Strafangst nach einem vorangegangenen Verstoß oder von der Angst, sich lächerlich zu machen. Es ist daher wahrscheinlich, daß auch die leib-seelischen Erregungsgestalten solcher Ängste sich deutlich voneinander unterscheiden.

Um ein von uns beobachtetes und als krankhaft verstandenes Körpersymptom verstehen, also auf einen Sinnzusammenhang beziehen zu können, müssen wir die inneren Erlebnisse der betreffenden Person, ihre affekterregenden, konfliktschaffenden Probleme kennen. Wenn wir bei einer Lüge ertappt werden oder bei einem Blick durchs Schlüsselloch, erröten wir schamvoll. Scham *ist* auch Erröten, das physische Moment dieser Erregung. Wenn aber jemand in Gesellschaft, bei jeder harmlosen

<sup>2</sup> Dieses willkürlich herausgegriffene Beispiel bezieht sich auf eine Untersuchung von E. J. Malmstrom, E. Opton, R. S. Lazarus, *Psychosomatic Medicine* Nr. XXVII, 1965, S. 546.

Redewendung, oder schon bei einem Gang durch ein Restaurant errötet, oder es gar aus Angst vor dem Erröten zu solchen Situationen möglichst gar nicht kommen läßt, müssen wir uns fragen, woher diese Empfindlichkeit rührt. Die normalen Erlebnishorizonte, in denen wir uns bewegen, lassen uns ein solches krankhaftes Erröten oder eine solche Angst vor dem Erröten nicht verstehen. Wenn wir den betreffenden Kranken fragen, was ihn so reagieren läßt, kann er uns keine Antwort geben. Das Geschehen geschieht. Er kann es nicht beherrschen, es ist ihm selber fremd.

Eine Patientin berichtet, sie habe schon immer demonstrieren können, wie Schweiß an ihren Handflächen austritt. Sie hält die Hand vor sich hin, schaut konzentriert auf sie, und alsbald bilden sich Schweißperlen an den Fingern und im Handteller. Sie hat also einen beeinflussenden Zugang zu einer Körperleistung. Bei der Patientin geschieht auf Befehl oder auf eine Konzentration hin, was üblicherweise in einer besonders unangenehmen Lage wie von selbst geschieht. Jetzt kommt diese Kranke zum Arzt, weil ungerufen immer dann Handschweiß sich einstellt, wenn sie gezwungen ist, unter anderen Menschen zu sein und also die Gefahr besteht, daß sie jemandem die Hand geben muß. Sie kann dieses Symptom nicht durch Gegenbeeinflussung abstellen. Das, was sie vorher willkürlich hervorrufen konnte, hat sich verfremdet, es geschieht ungerufen und vor allem ohne ersichtlichen Zusammenhang mit der jeweiligen Situation. Vielmehr scheint es von einer Situation abzulenken, die als noch peiniger als der Handschweiß vorweg gefürchtet wird. Doch gerade diese Situation ist nicht vom Bewußtsein aus zugänglich.

##### *5. Das Symptom ist autonom*

Das bringt uns zu der zweiten, wohl zentralen Schwierigkeit des Verstehens körperlicher Vorgänge. Mit den Inhalten, die unserem Bewußtsein mittelbar und unmittelbar zugänglich sind, können wir derartiges Krankheitsgeschehen nicht in Einklang bringen. Weder wir als Betrachter noch der Betroffene. Er fühlt sich wirklich betroffen, es stößt ihm zu, er ist wehr- und ratlos. Unsere These nun ist, daß wir es hier mit unbe-

kannten inneren Erregungszuständen und dem sie verwirklichenden seelisch-leiblichen Simultangeschehen zu tun haben. Der Konflikt selbst liegt nicht offen zutage, weil er mit dem Kodex der Gesellschaft und mit dem Gewissen zusammenhängt. So werden die Erregung und der Triebanspruch, den sie anzeigt, aus dem Bewußtsein verdrängt, was nicht bedeutet, daß beide deshalb erlöschen. Lange klinische Beobachtungen haben uns vielmehr gelehrt, daß das körperliche Moment der Erregung im Symptom ins Bewußtsein zurückkehrt; freilich auf eine entstellte, verschlüsselte Weise.

Gerade die Annahme jedoch, daß wir hier unbekanntes, also zwischenmenschlich nicht sofort verstehbaren Zusammenhängen gegenüberstünden, scheint dem unvorbereiteten Betrachter gekünstelt. Hier setzt seine Kritik an. Hier ist er nicht überzeugt. Da er selbst nicht gelernt hat, auf unbewußt sich vollziehende Tendenzen in seinem Verhalten zu reflektieren, nimmt er deren Ausdruck auch nicht an anderen wahr.<sup>3</sup> Kann er in einem Gespräch keinen Konflikt entdecken – eben weil der Betroffene diesen Konflikt selbst nicht kennt – schließt er, es bestehe hier kein Konflikt, sondern es geschähe »objektiv«, rein körperlich etwas, z. B. ein Asthma-Anfall. Die eigene Selbstverborgenheit, d. h. die Abwehr unbewußter Konflikte, wird zu einem entscheidenden Hemmnis im Verständnis gleicher Dynamik bei einem anderen.

Es ist jetzt an der Zeit zuzugeben, daß es uns häufig, trotz großen Bemühungen, nicht gelingt, einen verstehenden Zugang zu

<sup>3</sup> Das Ich kann nur so lange verdrängen, überhaupt konfliktträchtige Inhalte abwehren, als das allgemeine Bewußtsein einer Gesellschaft diese Selbstverteidigung deckt. Die bizarren Lähmungen und Gehstörungen der Konversionshysterischen, die im Ausgang des vorigen Jahrhunderts die Spekulation der Ärzte anregten, sind selten geworden, seit sich die Kenntnis dieser auffälligen Symptomatologie verbreitet hat. Die hysterische Lähmung ist im allgemeinen, wenn sie einmal diagnostiziert ist, keine Krankheit mehr, welche Prestige verleiht, das Prestige »Krankheit«. Ist man als Hysteriker diagnostiziert, verliert man in unserer Gesellschaft an Ansehen. Entsprechend unauffälliger gestalten sich die Konversions Symptome; sie verwandeln sich in Kreislaufstörungen, Schlaflosigkeit u. ä. Woraus zu schließen ist, daß der unbewußte Ich-Anteil, von dem die Verdrängung ausgeht, auch an der Symptombildung mitwirkt. Nur »unverdächtige« Krankheitszeichen dürfen den abgewehrten Wunsch, ersatzweise, partiell vertreten und ebenso unvollständig erfüllen. Die wichtigste Einsicht ist aber, daß die Symptombildung in Rücksicht auf den Bewußtseinszustand der Gesellschaft, in welcher der Kranke lebt, geschieht; sie ist ein *historisches* Gebilde.

oft sehr quälenden Symptomen zu gewinnen. Das liegt daran, daß wir den Kranken nicht zur Selbstbeobachtung bewegen, gar zwingen können. Er vermag deshalb den Umkreis seiner bewußten Wahrnehmungen nicht erfolgreich zu erweitern und wird nicht auf verborgene, in ihm wirkende Affekte aufmerksam. Ihre körperliche Äußerung wird nach wie vor als fremd und »sinnlos« erfahren; etwa die Angst, die einen kranken Menschen überfällt, wenn er in Gegenwart Dritter essen soll, oder ein Asthma-Anfall, der immer dann wiederkehrt, wenn der Ehemann mit seiner Frau allein ist.

Diese Fälle einer mißlungenen Aufhellung sprechen nicht gegen die Theorie insgesamt; sie signalisieren nur bestimmte Verteilungen der Machtpotenzen im »psychischen Apparat« der dem Ich verfügbaren Selbsteinsicht. Wo die Aufhellung gelingt, ist sie ein wesentliches Mittel der Therapie; umgekehrt wirkt die Therapie darauf hin, die Selbsteinsicht zu erweitern. Denn das bewußte Verarbeiten eines Affektes (und des ihm zugrunde liegenden Triebimpulses), der Konflikte schafft, ist die Voraussetzung für seine angemessene und realitätsgerechte Überwindung.

## 6. *Unbewußte Gleichzeitigkeit*

Um das Phänomen solcher Selbstverborgenheit zu verstehen, müssen wir eine weitere Tatsache bedenken. Die bewußten seelischen Prozesse sind nur ein Teil jener Lebensvorgänge, die wir als seelische bezeichnen. Daß seelisches Geschehen bewußt wird, ist eher die Ausnahme als die Regel. Unser Bewußtsein ist als Organisationsprinzip zweifellos nicht für den gesamten seelischen Bereich richtunggebend. Unbewußte seelische Prozesse, etwa affektive Erregungen, haben aber – ebenso wie bewußte – Gleichzeitigkeitsentsprechungen in den körperlichen Leistungen. Mehr noch: alle Gleichzeitigkeit des Körperlichen und des Seelischen ist unwillkürlich und unbewußt.

Symptome, die auf einer Leistungsstörung beruhen (es ist hier zunächst nicht an eine angeborene gedacht), können sich in psychosomatischer Betrachtung als Abkömmlinge eines leibseelischen Erregungsvorganges erweisen, dessen Repräsentanz im Bewußtsein verlorengegangen ist, so daß nur noch ein