

Reinhard Plassmann
Körper sein und Körper haben

Therapie & Beratung

Reinhard Plassmann

Körper sein und Körper haben

**Zum Verhältnis von Körper, Leib und Psyche
am Beispiel von Kopfschmerzen,
selbstverletzendem Verhalten und
artifiziellen Krankheiten**

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2016 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. 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.

Umschlagabbildung: Paul Klee, »Brustbild der Gaia«, 1939

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von

Hanspeter Ludwig, Wetzlar

www.imaginary-world.de

Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin

ISBN 978-3-8379-2583-8

Inhalt

Vorwort 7

Teil I: Körperpsychologie

**Organwelten:
Grundriss einer analytischen Körperpsychologie** 13

**Grundriss einer analytischen Körperpsychologie
am Beispiel der Artefaktkrankheit** 35

Von der Psychosomatik zur Körperpsychologie 57

Der schwierige Patient 63
Ein medizinthoretischer Ansatz

**Verletzungen der körperlichen und seelischen Integrität
im Rahmen von Krebserkrankungen** 77

Schwierigkeiten stationärer Asthmabehandlung 85

Borderline-Struktur und schmerzhafte Hautblutungen 93
Ein Fall von Gardner-Diamond-Syndrom

Teil II: Kopfschmerzkrankheit

Kopfschmerz und Wahrnehmung 107

Psychoanalyse des Kopfschmerzes 121

Der psychische Sinn der Kopfschmerzkrankheit 131

**Allgemeine und spezielle Perspektiven
der Kopfschmerzentstehung** 137

Teil III: Artefaktkrankheit

Die heimliche Selbstmisshandlung 147
Eine psychosomatische Krankheit

Psychoanalyse des Mimikry-Phänomens 171

Psychoanalyse der Selbstbeschädigung 189

Artifizielle Krankheiten 209

Über die Behandlung einer Artefaktpatientin 239

Die Biografie des Artefaktpatienten 261

Psychotherapie mit Artefaktpatienten 265

**Selbstbeschädigung:
Psychoanalyse artifizieller Krankheiten** 299

Textnachweis 315

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser¹,

die in diesem Buch versammelten Arbeiten waren bisher weit verstreut in Zeitschriften und Büchern und für diejenigen, die damit arbeiten wollten, häufig nicht leicht zu beschaffen.

Wir haben diese Arbeiten deshalb in einem Band zusammengefasst und bei dieser Gelegenheit an aktuelle Gepflogenheiten in Bezug auf Zitierweise und Rechtschreibung angepasst. Da es sich bei diesem Band um eine Aufsatzsammlung handelt, wurden kleinere Wiederholungen der besseren Lesbarkeit zuliebe belassen, in den Literaturverzeichnissen wurden lediglich Fehler korrigiert.

Die Anregung, diesen Sammelband herauszubringen, verdanke ich, wie so viele andere Inspirationen auch, meiner Frau Heidede Plassmann.

Der Titel des Buches lehnt sich an ein Zitat von Helmuth Plessner (2003 [1928]) an.²

Prof. Hans-Jürgen Wirth, Christian Flierl und Eleonore Asmuth vom Psychosozial-Verlag haben dabei äußerst kompetent mitgewirkt.

Thematisch gruppieren sich die Kapitel um drei Hauptthemen: Körperpsychologie, Kopfschmerzkrankheit und Artefaktkrankheit. Mit einer Ausnahme betrachten alle Arbeiten diese Krankheitsbilder und ihre Behandlung aus psychoanalytischer Perspektive. Die Ausnahme ist das Kapitel »Über die Behandlung

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

2 Plessner, H. (2003 [1928]). Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. *Gesammelte Schriften in zehn Bänden, Bd. IV* (S. 34). Frankfurt/Main: Suhrkamp.

einer Artefaktpatientin«, ihm liegen die Modelle der Integrierten Medizin und der Reflektierten Kasuistik zugrunde. Meine Vertrautheit und Wertschätzung für dieses Modell verdanke ich der langjährigen Zusammenarbeit mit Thure von Uexküll und seiner Arbeitsgruppe.

Die Körperpsychologie, also das Verständnis für das Zusammenspiel zwischen körperlichen und mentalen Vorgängen, bildet den ersten Teil des Buches und ist das basale Thema jeder Psychosomatik und Psychotherapie. Gerade auf diesem Gebiet wachsen die einstmals getrennten Modelle vom Psychologischen und vom Körperlichen zunehmend zusammen. Das Psychische ist in all seinen Ausprägungsformen bis hin zum Bewusstsein eine Fähigkeit des Körpers – und zwar nicht nur des Gehirns. Mittlerweile werden auch Fähigkeiten von einzelnen Zellen und Zellverbänden untersucht, die man eigentlich nur als Denkvorgänge bezeichnen kann.

Die in diesem Band zu findenden frühen psychoanalytischen Arbeiten über Körperpsychologie werden deshalb nicht überflüssig. Die moderne Neurobiologie wird die Psychotherapie und Psychoanalyse nicht ersetzen, sondern beide werden sich gegenseitig bereichern. Die Intensität, mit der Neurobiologen über psychologische Themen nachdenken, zum Beispiel über die Entwicklung des Selbst und über die Entstehung von Bewusstsein, beruht ganz offenbar darauf, dass auch die Neurobiologen die psychoanalytischen Arbeiten lesen und mit ihrem Wissen verknüpfen.

Die Kopfschmerzkrankheit, Thema im zweiten Teil dieses Buches, hat nach meinem Dafürhalten wissenschaftliches und klinisches Interesse verdient, nicht nur wegen ihrer Häufigkeit, sondern auch wegen des ausgeprägten Leidens der Patienten unter diesem Problem. Die modernen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gerade der Migräne haben sehr viel Hilfe gebracht. Gleichwohl ist der oder die Migränekranke ein Mensch mit einer besonderen Vulnerabilität für Reizüberflutung, die der Patient, solange er seine Vulnerabilität nicht kennt, mit allen negativen Folgen selbst erzeugt. Alle chronischen Kopfschmerzformen bedürfen deshalb der psychosomatischen Betrachtungsweise und Behandlung. Die in diesem Buch zu findenden Arbeiten über die Kopfschmerzkrankheit betonen insbesondere diese Vulnerabilität des Patienten für Reizüberflutung, die auch in neueren psychophysiologischen Arbeiten herausgehoben und nachgewiesen wird, sodass diese frühen Arbeiten auch heute noch von Nutzen sein können.

Die Artefaktkrankheit konfrontiert jeden Behandler in jedem einzelnen Fall aufs Neue mit der ungeheuren Wucht der Autodestruktivität und ihrer Verleugnung. Sie verstrickt den Behandler wie keine andere Krankheit in ein emotionales Dickicht, in dem der Behandler sehr schnell selbst zum Täter werden kann. Dies

geschieht dem Verlangen des Patienten folgend und indem sowohl der psychotherapeutische wie der medizinische Behandler einer Intensität negativer Emotionen ausgesetzt ist, die alle seelischen Fähigkeiten des Behandlers fordert. Gerade aus diesen Gründen bildet die Artefaktkrankheit aber auch eine kreative Herausforderung, den Patienten, seine Geschichte und die aktuellen interpersonellen Verstrickungen zu verstehen.

Der dritte Teil fasst deshalb mehrere Arbeiten über die Artefaktkrankheit und die damit verwandten Krankheitsbilder zusammen und bildet einen Schwerpunkt dieses Buches.

Für das Buch als Ganzes gilt, dass jedes Kapitel für sich gelesen werden kann, dem eigenen Interesse und Informationsbedürfnis folgend.

Mögen die Texte Sie bereichern und anregen.

Reinhard Plassmann, im Juni 2016

Teil I: Körperpsychologie

Organwelten: Grundriss einer analytischen Körperpsychologie

1. Einleitung

In der klinischen Arbeit mit Borderline-Patienten fallen in großer Anzahl Phänomene auf, die mit Körpererleben zu tun haben und die mit den bislang vorliegenden Theorien nur teilweise und unbefriedigend erfasst werden können. Solche Patienten geraten durch Körpermanipulationen in abnorme subjektive Erlebniswirklichkeiten, aus denen sie manchmal spontan und manchmal nur mit psychotherapeutischer Hilfe wieder herauskommen können.

Durch den im Krankheitsverlauf sehr häufigen Wechsel zwischen normalen und pathologischen Erlebniswirklichkeiten tritt der Unterschied zwischen beiden relativ klar hervor. Läge dieser Unterschied allein in abnormen Fantasien, so würde es genügen, die körpergebundenen Organfantasien zu beschreiben. Sie sind jedoch nur Teil des Geschehens und nicht einmal der wichtigste. Dasselbe gilt für die nachweisbaren pathologischen Beziehungsfantasien. Sie gehören ebenfalls zu den Inhalten der pathologischen Erlebniswirklichkeiten, sie erklären aber nicht das Hineingeraten, den Absturz der Patienten, den Distanzverlust zu jenen abnormen Erlebniswirklichkeiten. Hierfür sind nicht die Inhalte verantwortlich, sondern etwas Übergeordnetes, und zwar die Kapazität zur Symbolbildung, von deren Ausmaß es abhängt, ob und wie weit die Patienten in eine der abnormen Erlebniswirklichkeiten hineingeraten, das heißt krank werden. Der Unterschied zwischen gesund und krank liegt in der intakten oder beschädigten Symbolisierungsfähigkeit, im semiotischen Niveau.

Die subjektiven körpergebundenen Erlebniswirklichkeiten der Patienten sind komplette, an den Körper gebundene Realitätskonzepte, also Organwelten. Sie sind beschreibbar durch:

- a) psychische Inhalte (Selbst- und Objektvorstellungen, Affekte)
- b) Interaktionsmuster von zum Beispiel autistischer, fusionärer, spaltender Art
- c) Denkprozesse (Niveau der Symbolisierungsfähigkeit, semiotisches Niveau)

Aus der Beschäftigung mit solchen Organwelten, sei es bei Borderline-Patienten oder bei psychosomatisch Kranken, ergibt sich der Ansatz zu einer analytischen Körperpsychologie (Plassmann, 1989b). Ihre Aufgabe ist es, hinter bestimmten klinischen Phänomenen (psychosomatischen Symptomen, Autodestruktivität, somato-psychischen Effekten) komplette, archaische Realitätskonzepte zu suchen und nicht nur deren Teilelemente wie Affekte oder Fantasien. Die Begrifflichkeiten der Körperpsychologie sind Metabegriffe auf dem Weg zu einem prozessbezogenen, biosemiotischen Krankheitsverständnis (T. v. Uexküll & Weisack, 1991), in welchem der Unterschied zwischen krank und gesund nicht von körperlichen Vorgängen oder psychischen Inhalten herrührt, sondern vom Ausmaß der Symbolisierung, also vom Prozess der Realitätsbildung durch Biosemiose.

2. Zum Stand der Diskussion

In der anthropologischen Psychiatrie (z.B. Blankenburg, 1989; du Bois, 1990) und in der Philosophie (z.B. Schmitz, 1985) gibt es eine ausgiebige Beschäftigung mit dem sogenannten Leiberleben. Diesen Ansätzen fehlt aber sowohl die entwicklungspsychologische Kategorie als auch die Dimension des Unbewussten. Sie können deshalb eine analytische Körperpsychologie nicht ersetzen. Die Kenntnis der unbewussten Pathologie des Körperselbst scheint sehr viel mehr zum Verständnis bestimmter früherer Störungen beizutragen als bislang angenommen. Dies gilt besonders für Untersuchungen an Borderline-Patienten (Plassmann, 1987, 1989a, 1991; Hirsch, 1989 Sachsse, 1987), psychosomatisch Kranken (Kutter, 1981; Selvini-Palazzoli, 1982), an Schizophrenen (Pankow, 1982; du Bois, 1990; Blankenburg, 1989) und auch autistischen Kindern (Lazar, 1988), während systematische Untersuchungen des Körperselbst bei leichteren neurotischen Erkrankungen fast vollständig fehlen.

Obwohl die frühe Sexualtheorie der Psychoanalyse (Freud, 1905d) die unbewussten Fantasien noch direkt aus der körperlichen Erfahrung der Geschlechtlichkeit ableitet, wird Körperliches gegenwärtig in psychoanalytischen Diskussionen allenfalls als symbolische, metaphorische Form der Darstellung verstanden. Wenn klassische körperbezogene Begriffe der Psychoanalyse wie Kastration oder anale

Penetration benutzt werden, scheinen sie stets in unsichtbare Anführungszeichen eingekleidet zu sein. Das Unbewusste wird eher in Aussagen über »die Mutter« (das unbewusste Mutterbild) oder »den Vater« (das unbewusste Vaterbild) untergebracht. Es wird auf diese Weise vom Analytiker in Projektion auf Objekte konkretisiert aufgrund einer verbreiteten, fast zur Selbstverständlichkeit gewordenen Grundannahme, dass sich die Ich-Entwicklung ausschließlich in der Begegnung mit den äußeren Primärobjecten vollziehe, deren Bezeichnung eine solche Annahme ja auch suggeriert. Es mehren sich nun aber die Hinweise auf einen Primat der Körpererfahrung, das heißt auf die Funktion des Körpers als Primärobject. Möglicherweise sind elementare, aus dem Körper stammende Wahrnehmungen wie das Phänomen des Lebendigeins oder des Körperseins allererste Inhalte (Introjekte) des psychischen Apparates, die den innersten Kern eines später weit ausdifferenzierten Selbstkonzeptes bilden (Plassmann, 1989b). Das Selbst wäre nach dieser Annahme vom Ursprung her eine Internalisierung der Körpererfahrung und erst später eine Internalisierung von Objekterfahrungen. Letztere wären fast so etwas wie eine Anwendung der Körpererfahrung. Sie kultivieren, katalysieren und differenzieren die Körpererfahrung. Sie wären, mit Winnicott gesprochen, ein Spiel (Winnicott, 1987 [1971]). Diese Vermutung steht insbesondere in Einklang mit den Ergebnissen der neueren Säuglingsforschung (Köhler, 1990). Der aus körperlicher Not (Hunger, Müdigkeit, Schmerz) erlöste Säugling beginnt sein Spiel mit den Objekten schon in den ersten Lebenswochen mit einer solchen Feinheit und Differenziertheit, dass der Ablauf erst mit modernen Untersuchungsmethoden objektivierbar wurde. Wann immer dieser kreative Mikrodialog entgleist (*mismatching*), treten intensive, negative Affekte auf, und die psychische Entwicklung der Realitätskonzepte steht je nach Intensität der Störung zeitweise oder dauerhaft still.

3. Begriffe und Konzepte für eine Körperpsychologie

Die von A. Freud (1975 [1936]) begründete und von H. Hartmann (1964 [1950]) formulierte Ich-Psychologie hat grundlegende Begriffe der Ich- und Selbstpsychologie eingeführt oder neu definiert.

Das Ich wird als eine Instanz betrachtet, die durch seine Funktionen definiert ist. Das Ich ist die Summe aller Ich-Funktionen, von denen zwar viele, jedoch nicht alle bekannt sind. Es gibt primär autonome Ich-Funktionen, die einen angeborenen Ich-Apparat bilden, und sekundäre Ich-Funktionen, die durch Neutralisierung von Triebenergie entstehen. Das Ich als Instanz entwickelt sich

im Verlauf des Lebens von primitiven Ich-Strukturen zu reiferen. Der Entwicklungsgang ist dabei nicht linear-kontinuierlich, sondern erfolgt in Stadien, die besonders von Mahler (1979) differenziert und beschrieben worden sind. Das Selbst ist im Gegensatz zum Ich keine psychische Instanz, sondern eine psychische Dimension von dialektischem Charakter. Die Eigenschaft Selbst ist nur durch die Eigenschaft Nicht-Selbst definierbar. Zum Begriffspaar des Selbst und Nicht-Selbst gehört auch das Begriffspaar Selbstvorstellung (Selbstrepräsentanz) und Objektvorstellung (Objektrepräsentanz) (Kernberg, 1981 [1976]; Jacobson, 1973 [1964]). Damit sind die subjektiven Symbole von Selbst oder Nicht-Selbst bezeichnet, in deren Kern jeweils körperbezogene Vorstellungen stehen.

Die Selbstentwicklung verläuft ebenso wie die Ich-Entwicklung in einem Prozess von Beginn des Lebens an. Über die Subphasen herrscht allerdings nur teilweise Klarheit. Insbesondere die direkte Kinderbeobachtung (Spitz, 1983 [1965]; Winnicott, 1987 [1971]; Stern, 1985; Lichtenberg, 1983) trägt zahlreiche neue klinische, metapsychologische und auch behandlungstechnische Aspekte bei.

Mit dem Begriff des Körperselbst hat sich zunächst die Gruppe um Heinz Hartmann (Hartmann & Schilder, 1927; Schilder, 1950 [1938]; Hoffer, 1978 [1950]) vor dem Hintergrund der neu formulierten Ich-Psychologie beschäftigt. Vorläufer war die psychoanalytische Sexualtheorie (Freud, 1905d). In der Sexualtheorie wird die libidinöse Besetzung von Körperregionen (erogenen Zonen) als Organisator der psychosexuellen Entwicklung angesehen. Obwohl wissenschaftlich früher beschrieben, handelt es sich dabei zweifellos um ein entwicklungspsychologisch spätes Stadium der Persönlichkeitsentwicklung.

Ansätze zu einer psychoanalytischen Körperpsychologie stammen aus Untersuchungen mit Schizophrenen (Pankow, 1962, 1976, 1982), autistischen Kindern (Lazar, 1988; Meltzer, 1975), Patienten mit *delicate self-cutting* (Kafka, 1969), psychosomatisch Kranken (Kutter, 1980, 1981; Arnim, 1991), Anorexie-Patienten (Selvini-Palazzoli, 1967, 1969, 1982) und Artefaktpatienten (Plassmann, 1987, 1989b). Die Entwürfe von J. von Uexküll (1920), T. von Uexküll (1986) und V. von Weizsäcker (1940) haben entscheidende medizinisch-philosophische Vorarbeit geleistet.

Die Terminologie der Autoren unterscheidet sich zwar erheblich voneinander, ihnen allen gemeinsam ist aber die Suche nach einem entwicklungspsychologischen Phasenmodell, dessen Subphasen aneinandergereiht die Zeit nach der Geburt, eventuell einschließlich der pränatalen Zeit, beschreiben. Die meisten Autoren sind auch darin einig, dass es zwischen den einzelnen Phasen qualitative Unterschiede gibt, die als »Qualitätssprünge des Denkens« (Plassmann, 1989b)

oder »Emergenzsprünge« (T.v. Uexküll, 1986; Popper, 1977) oder »Dimensionen« (Meltzer, 1975; Lazar, 1988) bezeichnet werden.

Eine analytische Körperpsychologie (Plassmann, 1989a, 1989b) hat als klinische Wissenschaft die Beschreibung und Klassifikation pathologischer körperbezogener Realitätskonzepte zum Gegenstand, als Metapsychologie beschäftigt sie sich mit der Entwicklung, Einordnung und Abgrenzung von Begriffen, die für die Beschreibung und Klassifikation dieser pathologischen Fantasien erforderlich sind. Als therapeutische Wissenschaft konzipiert sie behandlungstechnische Besonderheiten im Umgang mit Patienten, die klinisch betrachtet an einem gestörten Körperselbst leiden. Mit dieser Reservierung eines eigenen Wissenschaftsgebietes und Namens für die Körperpsychologie ist der Tatsache Rechnung getragen, dass die psychische Entwicklung des Menschen ganz offenbar maßgeblich von einem pränatalen und postnatalen Dialog mit dem Körper abhängt und nicht nur von einem Dialog mit Primärobjekten. Die analytische Körperpsychologie ist eine Fortentwicklung der Objektbeziehungstheorie und steht in der Tradition einiger im Kern dialektischer Ansätze der deutschen Psychosomatik.

Entwürfe eines Phasenmodells für die Körperpsychologie – Konzepte der deutschen Psychosomatik

Der erste Entwurf eines körperpsychologischen Phasenmodells – wenn auch noch nicht unter diesem Namen – stammt von T. von Uexküll (1986) in Weiterführung der Arbeiten seines Vaters J. von Uexküll (1920). Uexküll benutzt der Biologie entnommene Metaphern, indem er von den Ebenen des Vegetativen, Animalischen und Humanen spricht. Auf diesen Ebenen haben das Denken, das Bewusstsein und infolgedessen die Beziehungen zur Umwelt jeweils eine eigene charakteristische Beschaffenheit. Das Modell des Funktions- und Situationskreises definiert diese qualitativ verschiedenen Arten des Denkens in einem Interaktionsmodell. Auf der vegetativen Ebene kann die Interaktion mit der Umgebung, das sogenannte Merken und Wirken, ganz ohne Bewusstsein, ohne Geschichtlichkeit und ohne Finalität als Regelkreis ablaufen. Auf der Ebene des Funktionskreises besteht bereits ein Bewusstsein, ein »Merken« des Geschehens, es gibt jedoch noch keine Symbole, Bilder oder Repräsentanzen, keine Selbst- und Objektvorstellungen. Erst deren Auftauchen definiert den Situationskreis. Je nach betrachtetem Zeitpunkt lässt sich deshalb nach Uexküll zum Beispiel ein »Atemfunktionskreis« unmittelbar nach der Geburt (Arnim, 1991) oder ein »symbiotischer« Funktionskreis in der Säuglingsphase beschreiben (T.v. Uexküll, 1986).