

Grieser, Jürgen

Der Körper als Dritter – Psychosomatische Triangulierungsprozesse am Beispiel der Adoleszenz

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 2, S. 140-158

urn:nbn:de:bsz-psydok-49716

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ÜBERSICHTSARBEITEN

Der Körper als Dritter – Psychosomatische Triangulierungsprozesse am Beispiel der Adoleszenz

Jürgen Grieser

Summary

The Body as a Third – Processes of Psychosomatic Triangulation Using the Example of Adolescence

One of the earliest developmental tasks of childhood is the child's possession of its own body, which it formerly had shared with its mother, and which it more and more can experience as belonging to himself. What is called the "psychosomatic triangulation" requires the mother's internal handing over of the responsibility for its body increasingly to the child. For a while the body can play the role of a third between mother and child until in the adolescence the young person completely takes responsibility for his body. There are three ways which can lead to the development of psychosomatic symptoms: Firstly the body can remain the bearer of all emotions, if no empathic relationship with a primary object is available, in which the symbolization of emotions can be learned. Secondly psychosomatic symptoms can emerge from the symbiotic islands of the body regions which are still shared phantasmatically by mother and child. There is a third way of developing psychosomatic symptoms in which the subject falls back upon the body as a third object either if no other third – characteristically the father – takes in a firm place in the relation between child and mother or if the family's development is blocked for other reasons. With regard to the medical and therapeutic treatment of psychosomatic symptoms it will finally be discussed the communicative function of psychosomatic symptoms as a sign in the relation to important persons and how the factors, which contribute to biosemiotic regression or progression can be identified.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 140-158

Keywords

psychosomatics – body – triangulation – adolescence – biosemiotics

Zusammenfassung

Eine der frühesten Entwicklungsaufgaben der Kindheit besteht darin, dass sich das Kind seinen Körper, den es zunächst mit der Mutter geteilt hat, aneignet und als zu sich selber

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 140 – 158 (2010), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

gehörend erleben kann. Diese „psychosomatische Triangulierung“ erfordert, dass die Mutter in ihrer Vorstellungswelt dem Kind die Zuständigkeit für seinen Körper zunehmend selber überlassen kann. Eine Zeit lang kann der Körper die Rolle eines Dritten zwischen Mutter und Kind spielen, bis dann in der Adoleszenz der Jugendliche die Zuständigkeit für seinen Körper ganz übernimmt. Zu psychosomatischen Symptombildungen kann es dabei auf drei Wegen kommen: Erstens kann der Körper der Träger aller Affekte bleiben, wenn keine empathische Beziehung zu einer Bezugsperson zur Verfügung steht, in der die Symbolisierung der Affekte gelernt werden kann. Zweitens können psychosomatische Symptome auf den symbiotischen Inseln der phantasmatisch weiterhin von Mutter und Kind geteilten Körperregionen entstehen. Drittens kann auf den Körper als Dritten zurückgegriffen werden, wenn kein anderer Dritter – typischerweise der Vater – in der Beziehung zwischen Kind und Mutter einen festen Platz einnimmt, aber auch wenn die Familienentwicklung aus anderen Gründen blockiert ist. Abschließend wird mit Blick auf den ärztlichen und therapeutischen Umgang mit der psychosomatischen Symptomatik auf die kommunikative Funktion des psychosomatischen Symptoms als Zeichen in der Beziehung zu den wichtigen Bezugspersonen und auf die Umstände, die zu biosemiotischer Regression oder Progression führen, eingegangen.

Schlagwörter

Psychosomatik – Körper – Triangulierung – Adoleszenz – Biosemiotik

1 Triangulierung

Ganz allgemein kann man immer dann von Triangulierung sprechen, wenn es darum geht, dass die Beziehung zwischen zwei Polen durch die Bezugnahme auf etwas Drittes reguliert wird. Dies kann mal mehr personal gemeint sein, wenn es zum Beispiel wie in der „frühen Triangulierung“ darum geht, dass das Verhältnis zwischen Kind und Mutter durch die Verfügbarkeit der realen Person des Vaters ausbalanciert werden kann. Von Triangulierung kann aber auch in einem mehr strukturbezogenen Sinn gesprochen werden, wenn es etwa um die inneren Triangulierungen eines Individuums geht oder um triadische Kompetenzen wie die Symbolisierungsfähigkeit, die auf dem Dreieck Individuum – Symbol – Symbolisiertes basiert.

Triangulierungen sind Kompetenzen, die das Individuum in seiner Entwicklung in der Interaktion mit seinen Bezugspersonen erwirbt. Dies setzt voraus, dass diese Bezugspersonen ebenfalls über trianguläre Kompetenzen verfügen. Man kann die ganze Lebensgeschichte als eine Abfolge von Triangulierungssituationen betrachten, wobei immer auf einen Schritt von dyadisch-zentripetalen Abschießung und Verschmelzung ein Schritt hin zu triangulierender zentrifugaler Öffnung erfolgt (Für die Ebene der familiären Lebenszyklen beschreiben Frevert, Cierpka, Joraschky, 1996, diese zentripetalen und zentrifugalen Bewegungen.) Diese dialektische Abfolge von Verschmelzung und Ablösung, von Nähe und Distanz ist nötig, um Wachstum zu ermöglichen und um Neuem Raum zu geben. Die Geburt, die Differenzierung von kindlichem

und mütterlichem Selbst, die Ablösung des Kindes in der Adoleszenz sind solche Triangulierungsschritte. Im Erwachsenenleben setzt sich dies fort mit der Öffnung der Paarbeziehung der Eltern hin zum ersten Kind, den verschiedenen Entwicklungs- und Ablösungsschritten, in denen sich das Kind verselbständigt bis hin zur Trennung vom Leben im Tod. Diese Entwicklungsschritte gehen immer damit einher, dass etwas Neues, Drittes auftaucht, das sowohl als störend oder bedrohlich als auch als hilfreich und befreiend erlebt werden kann.

Der Prototyp eines solchen Dritten, der zugleich störend und hilfreich die Beziehung zwischen Mutter und Kind zu regulieren hilft und damit die Ablösung und Entwicklung des Kindes fördert, ist der Vater der frühen Triangulierung (vgl. Abelin, 1971). Gelingt diese Beziehungsgestaltung im Dreieck Kind-Mutter-Vater und kann dieses Beziehungsdreieck vom Kind verinnerlicht werden, so verfügt es ab der Mitte des zweiten Lebensjahrs über eine dreidimensionale Sicht von sich und seiner Position in der Welt. Bei diesem Aufbau des psychischen Raums spielt die Fähigkeit, über Symbole und Sprache zu verfügen, eine zentrale Rolle (vgl. Grieser, 2003, 2007).

2 Die psychosomatische Triangulierung

Parallel zur Entwicklung der personalen Triade Kind-Mutter-Vater findet ein anderes triadisches Geschehen zwischen Mutter und Kind statt, in der das Dritte nicht der Vater, sondern der Körper des Kindes ist. Mit der Geburt werden Mutter und Kind zwar physisch getrennt, doch auch nach der Durchtrennung der Nabelschnur bleibt der Körper des Kindes noch ganz im Bereich der Zuständigkeit der Mutter (oder Mutterersatzperson), die für ihn sorgt, ihn ernährt und pflegt. Deshalb beginnt das Seelenleben des Kindes „mit einem Erlebnis des Verschmolzenenseins, welches zu dem Phantasma führt, dass es für zwei Personen nur einen Körper und eine Psyche gibt, dass sie also eine untrennbare Einheit bilden“ (McDougall, 1991, S. 34). Die Entwicklung erfordert nun aber, „dass sich das Baby den Körper in wachsender Selbstbestimmung zunehmend aneignet und als ihm gehörend in Besitz nimmt“ (Kutter, 2001, S. 153). Damit dies möglich ist, muss die Mutter den Körper ihres Kindes Schritt für Schritt dem Kind selber überlassen und ihre Kontrolle und Fremdbestimmung über den Körper des Kindes zurücknehmen. Vorübergehend beziehen sich also sowohl die Mutter als auch das sich entwickelnde Selbst des Kindes auf den Körper des Kindes, der damit zu etwas Drittem in der Beziehung zwischen Mutter und Kind wird. Diesen Vorgang in der frühen Kindheit bezeichnet Kutter als „psychosomatische Triangulierung“ (1981, 1988, 2001).

Die Mutter kann natürlich dann dem Kind besser die Kontrolle über seinen eigenen Körper zugestehen, wenn sie selber andere Dritte, andere wichtige Personen und Inhalte im Leben neben dem Kind hat. Wie in der frühen Triangulierung spielt auch hier wieder der Vater eine prominente Rolle. Darüber, wie sich dieses Geschehen im Säuglingsalter anfühlen mag, kann man nur spekulieren. Wie diese Dynamik der psy-

chosomatischen Triangulierung aber auch in späteren Lebensphasen immer wieder zu Tage tritt, möchte ich mit folgendem Beispiel aus der Adoleszenz illustrieren:

Vignette 1: Eine 15-Jährige erzählt in der Therapie, dass sie sich ein neues Tattoo machen lassen werde. Sie hat schon eins, das stellt den Buchstaben dar, mit dem der Name der meisten Männer in ihrer Familie beginnt, so auch der ihres Vaters. Im Motiv des neuen Tattoos geht es um sie selber. Die Mutter will sie davon abbringen, die Tochter versucht ihr klarzumachen, dass sie sich das Tattoo machen müsse, weil das Tattoo machen heiße, dass sie ihren Körper habe, dass sie mit ihrem Körper machen könne, was sie will. Als ich sage, deshalb sei auch ausgeschlossen, sich die Initialen des Namens der Mutter zu tätowieren, denn damit würde ihr Körper ja wieder ihrer Mutter gehören, meint sie, sich den Namen der Mutter zu tätowieren sei sowieso überflüssig, denn die Liebe zur Mutter sei ja immer klar. Die Verbindung zur Mutter braucht also deshalb nicht nachträglich durch das Brandzeichen des Tattoos in den Körper eingeschrieben werden, weil sie im einstmaligen gemeinsamen Körper immer schon enthalten ist. Diese Jugendliche kämpft im übrigen schon lange und in ihrem Erleben vergeblich darum, von ihrem getrennt lebenden Vater wirklich anerkannt zu werden.

Dort, wo diese Ausdifferenzierung des Körpers als eines Dritten, der aus dem Zuständigkeitsbereich der Mutter Schritt für Schritt in den des Kindes übergeht, misslingt oder unvollständig bleibt, können psychosomatische Symptome entstehen. Diese Inbesitznahme des eigenen Körpers und seine Ablösung aus der Sphäre der Mutter vollzieht sich in Etappen über das ganze Kindes- und Jugendalter hinweg; die endgültige Ablösung geschieht, wie die Fallvignette zeigt, erst in der Adoleszenz.

An anderer Stelle (Grieser, 2008) habe ich diese Theorie der psychosomatischen Triangulierung ausführlich dargestellt und um Bezüge zu anderen Konzepten wie der frühen Triangulierung, der Symbolisierung und Mentalisierung und der Biosemiotik erweitert. Hier werde ich einige dieser Gedanken in verkürzter Form aufgreifen und sie anhand von Fallbeispielen auf psychosomatische Symptombildungen im Jugendalter anwenden.

3 Misslingen der psychosomatischen Triangulierung

Vignette 2: Ein 15-jähriger, sportlich erfolgreicher Jugendlicher leidet an einer primären Enuresis. „Leidet“ ist jedoch zu viel gesagt, das Bettnässen scheint ihm weitgehend egal zu sein, die Anstrengung, die das Trockenwerden erfordert, mag er sich nicht wirklich zumuten, dementsprechend ist er auch für eine apparative Konditionierungsbehandlung nicht motiviert. Auch der geschiedene, getrennt lebende Vater blendet das Bettnässen aus, nur die Mutter leidet darunter. Ob der Jugendliche mit oder ohne Mutter zu mir kommt, er scheint keine Gedanken zu haben, von sich aus hat er nie etwas zu reden. Der Jugendliche hat seit Jahren seinen eigenen Psychiater, gab es dort früher noch Gespräche, so beschränkt sich der Kontakt heute auf die Rezepte für das Ritalin, mit dem er sich in der Schule über Wasser hält.

Wir haben hier also eine wenig spektakuläre psychosomatische Symptomatik, die sofort somatoforme Hypothesen evoziert: Entwicklungsverzögerung, familiäre Häufung bei der primären Enuresis, ADHS. Dementsprechend hat die Mutter, eine beruflich erfolgreiche Frau, immer versucht, ihren Sohn vor dem Leiden an seiner Symptomatik zu schützen. Sie hält es für richtig, ihn nicht ständig mit dem Bettnässen zu konfrontieren und ihm möglichst nicht ihre Enttäuschung oder ihren Ärger zu zeigen. Sie stört sich aber an dem Uringestank, den ihr Sohn angeblich nicht wahrnimmt, sie entfernt jeweils für ihn die stinkende Wäsche und bezieht sein Bett neu. Wenn der Sohn in seinem nassen Bett erwacht, so ist nicht er derjenige, der dies wirklich erlebt, sondern die Mutter. Hier könnte man also davon sprechen, dass dort, wo der Sohn sein körperliches Funktionieren und Erleben nicht zu seiner eigenen Sache machen kann, dieses statt dessen eine Sache der Mutter bleibt, somit die psychosomatische Triangulierung nicht vollzogen wird. Konsequenterweise übernimmt die Mutter für ihn nicht nur die Behebung des materiellen Schadens, sondern auch das Leiden.

Weil der Sohn kein eigenes Leiden hat, ist er auch nicht zu behandeln. Doch die Mutter hat das Leiden, und indem sie zu verstehen beginnt, dass es an ihr ist, ihr Leiden zu bekämpfen und dafür zu sorgen, dass es ihr besser geht, beginnt sie mit Unterstützung des Therapeuten, sich von der Symptomatik des Sohnes zu distanzieren, Forderungen an ihn zu stellen und auch Sanktionen in ihr erzieherisches Repertoire aufzunehmen. Er muss nun sein Bett selber frisch beziehen und damit die Verantwortung für seinen Körper übernehmen, während es die Mutter aushalten muss, dass dieser Körper nicht so ist, wie sie es gerne hätte. Solche Distanznahmen zwischen der Mutter und ihrem Sohn mit Hilfe des Therapeuten als Drittem erleichtern den Umgang zwischen den beiden im allgemeinen und führen auch dazu, dass sich die Enuresis sehr stark bessert.

Die psychosomatische Triangulierung kann in zwei Richtungen scheitern:

1. Dem Kind steht keine empathische, seine Bedürfnisse regulierende mütterliche Bezugsperson zur Verfügung, die Mutter kann auf die Affektäußerungen des Kindes nicht angemessen eingehen, die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist vorwiegend unlustbetont. Das Kind zieht sich aus der Beziehung zur Mutter in seinen Körper zurück, es „nimmt seinen Körper selbst zum Objekt und geht mit diesem eine pathologische symbiotische Beziehung ein“ (Kutter, 2001, S. 148). Die Affekte bleiben „im Körper gestaut und können allenfalls in Form einer Art Ur-Wut motorisch durch Schreien, Weinen und Strampeln“ oder in Form von psychosomatischen Symptomen abreagiert werden. So entsteht kein Dreiecksverhältnis Kind-Körper des Kindes-Mutter, aus dem sich dann ein Verhältnis des Kindes zu seinem Körper entwickeln könnte, sondern das Kind ist sein Körper und sein Schmerz ist ein körperlicher Schmerz, der nicht als ein seelischer Schmerz erlebt werden kann.

2. In der zweiten Variante ist nicht ein Zuwenig an emotionaler mütterlicher Präsenz das Problem, sondern ein Zuviel an mütterlicher Kontrolle über den Körper des Kindes. Die Mutter meint über die körperlichen Bedürfnisse des Kindes besser Bescheid zu wissen als das Kind selber, sie weiß, wann es Hunger hat, friert oder müde ist. In der Regel umfasst diese übertriebene mütterliche Sorge und Kontrolle nur bestimmte Kör-

perbereiche des Kindes, die dann abgespalten bleiben und nicht in das Körper-Selbst des Kindes integriert werden. Die Mutter wird dem oder den Organsystemen, die für sie selber problembehaftet sind, bei ihrem Kind zu viel oder zu wenig Aufmerksamkeit widmen, sie über- oder unterstimulieren. Beides führt beim Kind selber zu einer Fixierung auf diesen Organsystemen; sie sind nicht einfach Teile seines eigenen Körper-Selbst, sondern bleiben mit der Mutter verwoben. Hat die Mutter z. B. das Bedürfnis, die Nahrungsaufnahme des Kindes stark zu kontrollieren, so kann dies zum Ansatzpunkt für eine Essstörung des Kindes werden; beobachtet sie die Atmung des Kindes mit ständiger Sorge, kann das Kind vielleicht Asthma entwickeln. Solche mit der Mutter geteilten Organsysteme können später Verwendung in psychosomatischen Symptombildungen finden. Zu diesem Typus lässt sich auch das Beispiel unseres jugendlichen Bettnässers zählen, wobei zu ergänzen ist, dass es auch aufgrund einer somatischen Krankheit oder eines somatischen Entgegenkommens zu dieser Blockierung der psychosomatischen Triangulierung kommen kann; dies sieht man regelmäßig bei chronisch kranken Kindern oder Jugendlichen, zum Beispiel Diabetikern.

„In der normalen Entwicklung lernt das Ich, alle Wahrnehmungen aus dem Körper in die Vorstellung eines Körperselbst zu integrieren. Dieses bildet zusammen mit dem psychischen Selbst das Gesamtself der Persönlichkeit“ (Platzmann, 1989, S. 150). Wird die Aneignung des eigenen Körpers gestört, so werden die von dieser Störung betroffenen „Körper-Affekt-Kerne“ nicht in die Körper-Selbst-Repräsentanz integriert; die unvollständige Trennung des Körpers des Kindes von der Mutter hinterlässt symbiotische Bereiche oder „Organwelten“ (Platzmann, 1989). Diese scheinen nicht zum Körper des Kindes allein zu gehören, sondern werden als teilweise oder ganz dem Körper der Mutter zugehörig erlebt.

4 Rückgriff auf den Körper als Dritten bei späteren Entwicklungsblockaden

Auf die frühe Erfahrung, dass der Körper zunächst ein Körper für zwei war und die Funktion eines Dritten in der Beziehung zu den frühen Bezugspersonen hatte, kann später immer wieder zurückgegriffen werden, insbesondere wenn andere Triangulierungsmöglichkeiten fehlen. Über die körperliche Krankheit kann die Beziehung zu einem realen Anderen hergestellt werden, in einem dyadischen Sinn zur Mutter, die sich dem kranken Kind zuwendet, in einem triadischen Sinn zu einem väterlichen Dritten, der die Beziehung zwischen Kind und Mutter triangulieren könnte. Manchmal steht das Körpersymptom auch direkt für den väterlichen Dritten.

Vignette 3: Eine 18-jährige Frau mit Panikattacken leidet unter der Angst, sie könnte plötzlich tot zusammenbrechen. Ihr Vater, ein begeisterter Sportler, war auf dem Spielfeld tot zusammengebrochen, als die Patientin im Kindergartenalter war. Wegen des Todes des Vaters musste die Familie umziehen, was zu einer Entwurzelung der Familie führte. In der Adoleszenz der Patientin kommt es zu heftigen Konflikten mit ihrer Mutter, derentwegen sie starke

Schuldgefühle empfindet. Da es der Mutter nicht gelang, eine neue Partnerschaft aufzubauen und eine neue Vaterfigur ins Leben ihrer Kinder einzuführen, bezieht sich die Patientin innerlich immer ausschließlich auf ihre Phantasien über ihren verstorbenen Vater als triangulierenden Dritten. Dabei identifiziert sie sich in zweierlei Hinsicht mit dem Körper des Vaters: Einerseits ist sie wie er eine begeisterte Sportlerin, andererseits leidet sie aber immer wieder an „Verletzungspech“ und wähnt darüber hinaus, den gleichen Tod wie dieser erleiden zu müssen. Damit bestraft sie sich zugleich auch für ihre mit der Ablösung verbundenen Aggressionen ihrer Mutter gegenüber.

Wenn der Platz des realen Vater leer bleibt, kann das Kind auf seinen eigenen Körper als Drittes zurückgreifen (vgl. Ermann, 1985, 1989). Entwickeln sich klassische neurotische Störungen im Dreieck Kind-Mutter-Vater, so steht in den psychosomatischen Störungen das Dreieck Selbst-Objekt-Körper im Zentrum. Entlastet das Kind in der frühen Triangulierung die Beziehung zur Mutter, indem es einen Teil seiner Aggressionen und Ängste von der Mutter weg in die Beziehung zum Vater verschiebt, so wird, wenn der Vater nicht verfügbar ist, an dessen Stelle der kranke oder von Krankheit bedrohte Körper des Kindes zum Träger dieser Affekte.

Dieses wie auch das folgende Beispiel benutzen den Mechanismus der Einschreibung des Namens des Vaters in den eigenen Körper, den wir schon bei der Jugendlichen mit dem Tattoo als Entwicklungsphänomen kennengelernt hatten. Auch im folgendem Fallbeispiel benutzt die Patientin den Modus des „Körpers zu zweit“, den man wie beschrieben eigentlich in der frühen Beziehung zur Mutter erwarten würde, um eine enge, präverbale und unbewusste Beziehung zum Vater herzustellen. Über die Gleichung: dasselbe Symptom = derselbe Körper vergewissern sich diese Töchter der Nähe des Vaters.

Vignette 4: Eine Jugendliche leidet an heftigen, stechenden Unterleibsbeschwerden; nach verschiedenen invasiven Abklärungen und der Entfernung des Blinddarms bleibt außer einer Obstipation kein körperlicher Befund. Beiläufig erwähnte Konzentrations- und Gleichgewichtsstörungen lassen an eine Angstthematik denken. Die Patientin war als Baby adoptiert worden. Der ältere, leibliche Sohn der Eltern hatte viele Scherereien verursacht und die Mutter an den Rand des Nervenzusammenbruchs gebracht. Die Patientin erlebt sich immer als fröhlich und gut gelaunt, dabei ist sie auffällig schüchtern und fühlt sich außerhalb der familiären Umgebung schnell desorientiert. In einem Gespräch mit Tochter und Vater, zu dem die Mutter nicht mitgekommen war, äußert die Tochter ihre Sorge um den seit einiger Zeit an einer chronischen Krankheit mit oft progredientem Verlauf leidenden Vater; er hat eine betont enge und gute Beziehung zu seiner Tochter und sie hat Angst, ihn zu verlieren. Als ich mich im Sog der allgemeinen Besorgnis dafür interessiere, wie genau die Behandlung der Krankheit des Vaters aussieht, stellt sich heraus, dass er sich regelmäßig Injektionen in die Bauchdecke verabreichen muss; von einer mir in diesem Moment nicht erklärbaren Neugier getrieben, lasse ich mir vom Vater genau zeigen, wo er die Injektionen macht. Als ich später die Tochter frage, wo sie ihre Unterleibsschmerzen lokalisiert, zeigt sie auf die gleiche Stelle wie der Vater.

Eine weitere psychotherapeutische Arbeit kommt nicht zustande, weil der Vater seine Tochter nicht aus seinem somatischen Konzept von Krankheit entlassen kann und weitere somatische Abklärungen in einer anderen Institution durchsetzt.

Diese Familienkonstellation lässt natürlich auch daran denken, welche Delegationen und Rollenzuschreibungen von den Eltern auf die Patientin ausgehen können. Ist hier nicht vielleicht auch der Vater daran interessiert, die Tochter so nahe bei sich zu behalten als Ersatz für eine problematisch gewordene Beziehung zu seiner Frau? Ohne hier weiter auf die Familiendynamik eingehen zu können, möchte ich doch darauf hinweisen, dass in der Familienpsychosomatik das psychosomatische Symptom als Hinweis auf eine blockierte Entwicklung der ganzen Familie gelesen werden kann; das Symptom stellt einen untauglichen Lösungsversuch dar für die Krise, in die die Familie geraten ist, weil sie den anstehenden Entwicklungsschritt, zum Beispiel die Ablösung des ältesten oder jüngsten Kindes, nicht bewältigen kann.

Typisch für psychosomatische Familien ist, so Wirsching (1990), 1. dass der Zusammenhalt groß und die inneren Grenzen verwischt sind, 2. dass Veränderungen in der Familie vermieden werden, indem sich die Familienmitglieder gegenseitig stützen und stabilisieren, was natürlich spätestens dann in die Krise führt, wenn eines der Kinder sich ablösen müsste, und 3. dass Konflikte und belastende Gefühle durch harmonisierende und versachlichende Kommunikation unterdrückt werden. Dies alles sind Beschreibungen für Interaktionsphänomene, die Differenzierung und Unterscheidung erschweren und dementsprechend auch dem psychosomatischen Triangulierungsprozess nicht förderlich sind. Dazu passt, dass bei keinem der hier vorgestellten Patienten über eine Trotzphase berichtet wurde, jene konflikthafte Zeit, in der das Kind das „Nein“ als Grenze zwischen dem Ich und dem Anderen entdeckt und den elterlichen Wünschen und Vorgaben entgegensetzt.

5 Die zweite psychosomatische Triangulierung in der Adoleszenz

Die Ablösung in der Adoleszenz stellt für den Jugendlichen eine neue Triangulierungsbewegung dar, anstelle des Dreiecks Kind-Mutter-Vater wird nun das Dreieck Jugendlicher-Familie-außerfamiliäre Kultur dynamisch bedeutungsvoll. Im Übergang von der Familie zum außerfamiliären Raum verlieren die vertrauten Spiegelungen und Triangulierungen mit den Eltern innerhalb der Familie an Kraft, während die neuen Bindungen an die Peergruppe diese tragende Funktion noch nicht übernehmen können. In dieser Situation greifen die Jugendlichen auf ihren Körper zurück. Sie müssen sich ihren durch die Pubertät veränderten und ihnen teilweise fremd gewordenen Körper erneut aneignen, wobei nun an die Stelle der Mutter als Gegenüber in der psychosomatischen Triangulierung die Orientierung an der außerfamiliären Welt der Jugendkultur tritt. Das Referenzsystem für das Erleben des eigenen Körpers sind nicht mehr die primären Bezugspersonen in der Familie,

sondern die Gleichaltrigen außerhalb der Familie. Erst in diesem Ablösungsschritt der Adoleszenz wird der Körper ganz in Besitz genommen.

Hier findet ein zweiter Durchgang durch die psychosomatische Triangulierung statt, wobei die letzten Bastionen der elterlichen Zuständigkeiten für den Körper der Jugendlichen aufgeben werden müssen. Aber auch die neuen Kolonisatoren in Form der Ansprüche aus der Welt der Jugendkultur in Bezug auf die Formung des Körpers der Jugendlichen müssen soweit auf Distanz gebracht werden, dass der Körper als ein individueller, eigener Körper vom Körper der Anderen differenziert und abgegrenzt erlebt werden kann. Dieser doppelte Ablösungsschritt in der Adoleszenz kann umso eher gelingen, je besser die psychosomatische Triangulierung der Kindheit vollzogen werden konnte. Aus dieser Dynamik resultieren die typischen, meist passageren psychosomatischen Symptombildungen des Jugendalters. Andererseits bietet die Adoleszenz so auch in Hinsicht auf die psychosomatische Triangulierung eine „zweite Chance“ (Eissler, 1958), nämlich die Möglichkeit, insuffiziente Entwicklungsverläufe der Kindheit wieder aufzugreifen und besser zu lösen.

Bei Störungen dieser Triangulierungsschritte in der Adoleszenz scheinen sich die Jugendlichen manchmal geradezu zielstrebig des eigenen Körpers zu bedienen, um den blockierten Ablösungsschritt zu erzwingen. Dann können aus normalen passageren Resomatisierungen lebensbedrohliche somatische Symptome werden.

Vignette 5: Die bulimische Symptomatik einer jugendlichen Patientin verschwindet nach wenigen Abklärungsgesprächen, nachdem sie in Gegenwart der Eltern heftige Vorwürfe an den Vater geäußert hatte. Früher war sie ein völlig problemloses Kind und der Sonnenschein ihres Vaters gewesen, bis sie mit Beginn der Adoleszenz begann, auch unbequemere Affekte zu zeigen und schwieriger wurde. Von da an habe sich der Vater von ihr abgewandt. Nach diesem Gespräch hat die Patientin in der gerade erst begonnen Einzeltherapie kaum noch etwas zu besprechen; sie behauptet, es gehe ihr gut, es gefällt ihr, dass sie ihre Fressimpulse und ihre Affekte unter Kontrolle haben kann, und wird anorektisch. Dadurch alarmiert rückt ihr ihre Mutter auf den Leib und es kommt zu heftigen Auseinandersetzungen. Dies ermöglicht die Überweisung der Familie in eine Familientherapie, wo sich dasselbe Muster wie in der Einzeltherapie wiederholt: die Patientin und ihre Familie fühlen sich auch bei diesem Therapeuten sofort wieder wohl, sie richten sich wieder nach der von Wirsching beschriebenen Tendenz zur Harmonisierung und Konfliktverleugnung in der Therapie ein.

Abgespalten bleibt der Impuls der Ablösung. Zwar hat die Patientin einen Freund, doch enthalten ihre Schilderungen über ihn wenig Neues, Vitales. Mit Macht taucht die Idee der Ablösung nur in der Gegenübertragung des Einzeltherapeuten auf, der aus Sorge wegen der zunehmenden Einengung der inneren Welt der Patientin mit dieser nicht nur über die Klinik als Ausweg, sondern auch über andere Fluchtwege aus der Familie spricht. Doch auf alle diese sprachlich formulierten Angebote kann die Jugendliche nicht eingehen.

Da sie mit den sprachlichen Angeboten der beiden Therapien nicht weiterkommt, sucht sie weiter eine Lösung über ihren Körper: Sie hat keinen Durst mehr, trinkt kaum noch und meldet sich an den Eltern und den Therapeuten vorbei via Internet in einer Klinik, was dann auch schnell zur stationären Aufnahme und damit zur Trennung von der Familie führt. Nicht

über den sprachlichen Austausch mit ihren Eltern oder den Therapeuten, sondern nur über ihren Körper konnte sie sich ermöglichen, was sie brauchte: eine eindeutige äußere Abgrenzung von der Mutter oder der Familie durch eine stationäre Behandlung.

Die Patientin war nicht nur der Sonnenschein des Vaters gewesen, sondern auch die Erfüllung des lebenslangen Wunsches der Mutter nach einer Schwester. Als sie mit Beginn der Pubertät die ungetrübte sichere Beziehung zum Vater verlor, geriet sie in eine größere Nähe zur Mutter. Dies um so mehr, als die Mutter zunehmend auch zur besten Freundin der Patientin wurde, als diese nach einem Schulwechsel den Kontakt zu ihren Freundinnen verlor.

Diese Jugendliche war bis zum Auftreten der bulimischen Symptomatik klinisch unauffällig gewesen. Doch im Nachhinein lässt sich sagen, dass die frühe Triangulierung nur solange gewährleistet war, wie der Vater als Realperson in einer ganz positiv gefärbten Beziehung äußerlich verfügbar war, der Vater der frühen Triangulierung konnte also nicht mit ambivalenten Affekten ausgestattet und verinnerlicht werden. Aus Sicht der Mutter war ihre Tochter jedoch immer schon auffällig gewesen, weil sie nie Salat essen wollte – ein Hinweis darauf, dass solche Differenzen in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter keinen Platz hatten, sondern bekämpft werden mussten.

6 Körper, Affekt, Symbol

Der klassische psychosomatische Patient ist sich nicht bewusst, dass sein Körper etwas somatisch darstellt, was eigentlich psychisch zum Ausdruck gebracht werden könnte. Es scheint vielmehr so zu sein, „dass die vom Körper zur Psyche oder umgekehrt verlaufenden Botschaften sich wie in der frühen Kindheit ohne eine Präsentation über Worte ausdrücken“ (McDougall, 1991, S. 28). Diese symbolische Repräsentation, die in der Kindheit gelernt wird und zunehmend an die Stelle rein somatischen Erlebens tritt, scheint aufgehoben, das Erleben wird resomatisiert. In der Entwicklung geht es nicht nur darum, dass das Kind die Kontrolle über seinen Körper in Abgrenzung von der Mutter erwirbt, sondern auch darum, dass eine Desomatisierung des Erlebens möglich wird, eine Entwicklung vom Somatischen hin zum Symbolisierten. Es geht dabei nicht um den Körper als solchen, sondern um den Körper als Quelle von Lust- und Unlusterleben, als Ort des affektiven Erlebens. In dem Maße, wie das Kind in der Beziehung zu den primären Bezugspersonen die Affekte zu symbolisieren, d. h. sprachlich zu repräsentieren lernt, werden sie desomatisiert, müssen nicht mehr nur als körperliche Innervationen abgeführt werden, sondern können psychisch erlebt und weiterverarbeitet werden.

Zum Vorgang des Affektlernens gehört also auch die Einführung der Symbole durch die erwachsene Bezugsperson. Die Einführung des Symbolischen in die Welt zwischen Mutter und Kind geht von der Mutter aus, auch damit öffnet sie die Mutter-Kind-Dyade hin zu etwas Drittem. Nicht nur der Vater ist also ein Drittes, das Aufregung, Distanz und Ablösung in die Beziehung zwischen Mutter und Kind bringen kann, sondern auch die Symbole eröffnen einen triadischen Spielraum im Dreieck Ich-Symbol-Symbolisiertes.

Die Affekte wie die Symbole sind Teile eines Zeichensystems, über das die Kommunikation zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen stattfindet. Zuerst teilt sich der Säugling durch die Äußerung seiner Affekte seinen Pflegepersonen unmittelbar mit und wie in der Zeit der intrauterinen somatischen Symbiose reguliert die Pflegeperson von außen die Befindlichkeit des Kindes und reagiert unmittelbar auf dessen Affektäußerungen mit immer gleichen beruhigenden Reaktionen wie ein auf Homöostase eingestelltes Regelsystem. Ab dem dritten Lebensmonat ist das Kind dann vermehrt an neuen, ungewohnten Reizen interessiert und die Mutter beginnt, die Affekte, die sie ihrem Kind spiegelt, in einer bestimmten Weise zu verfremden, sie gibt den widergespiegelten Affekt mimisch und vokal deutlich übertrieben wieder, so dass er eine „Als-ob“-Qualität bekommt und sich deutlich vom eigenen Affekt der Mutter unterscheidet. Anhand dieser „Markierung“ (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002) des Affekts des Kindes kann das Kind unterscheiden, ob der Affekt zu ihm oder zur Mutter gehört. Fehlt diese Markierung, so kann der Affekt nicht von der Mutter abgekoppelt und als zum Kind gehörend verankert werden, was unter anderem zur Folge haben kann, dass das Kind vom Affekt der Mutter überschwemmt werden kann, weil es diesen als seinen eigenen erlebt.

Ab dem 9. Lebensmonat erweitert die Mutter dieses Imitieren und Spiegeln des Kindes und führt etwas Neues ein, sie gibt nun eigene lautliche Kommentare zu den Affekten des Kindes ab. Mit diesem Neuen, Dritten, das die Mutter nun in die Affektregulation mit dem Kind einführt, wird dem bisher körperbezogenen Affekterleben des Kindes ein Zeichen hinzugefügt, das sich zu einem Symbol weiterentwickeln und dann nicht nur in der Kommunikation mit der Mutter, sondern mit allen Menschen verwendbar sein wird: „aus der zweidimensionalen Bezogenheit ist durch das Tertium des Andersartigen ein Dreieck geworden“ (Böhme-Bloem, 2002, S. 380). Die „Lust der Mutter zum transmodalen Verändern“ ist der Motor für diese Bewegung, in der die Mutter Symbole in die Beziehung zum Kind einführt und damit einen Raum für Bedeutungen und Gedanken in der präverbalen Welt zu zweit eröffnet.

Beim psychosomatisch Kranken sind nun interessanterweise oft alle drei hier abgehandelten Dimensionen des Dritten beeinträchtigt: Erstens bestehen von Kind und Mutter geteilte Organbereiche, die psychosomatische Triangulierung ist nicht genug entwickelt; zweitens sind die Väter oft blass oder nicht verfügbar und drittens ist die Fähigkeit der Patienten zu symbolisieren und zu phantasieren stark beeinträchtigt – die bekannte Alexithymie oder Faktenbezogenheit dieser Patienten. Damit die Entwicklung vom Somatischen zum Symbolischen – die Desomatisierung –, die psychosomatische und die frühe Triangulierung möglich werden, braucht das Kind Objekte, die in der Lage sind, es erstens zu halten, zweitens zu spiegeln, und drittens zu triangulieren und zu symbolisieren.

7 Biosemiotische Progression und Regression

Immer wieder stoßen wir in der Beschäftigung mit unserem Thema auf dreipolige, dreistufige oder triadische Verhältnisse oder Abfolgen: Symbiose, Dyade, Triade;

das haltende, das spiegelnde und das symbolisierende Objekt; Subjekt, Symbol und Symbolisiertes. Von Uexküll und Wesiak haben in ihrer „Theorie der Humanmedizin“ (1988) zur Begründung eines bio-psycho-sozialen Modells (auch wieder ein dreigliedriges Verhältnis!) von Gesundheit und Krankheit die ebenfalls dreistufige Zeichentheorie des Semiotikers Peirce herangezogen. Peirce unterscheidet drei Zeichenarten, Ikon, Index und Symbol, denen er unterschiedliche Dimensionalitäten zuordnet, die er als „Erstheit“, „Zweitheit“ und „Drittheit“ bezeichnet.

Von Uexküll (1996) bringt diese drei Dimensionen mit verschiedenen Entwicklungsstadien des kindlichen Selbst in Zusammenhang: Auf der Ebene des Ikons oder der „Erstheit“ sind die relevanten Zeichen, die die Kommunikation zwischen dem Individuum und seiner Umwelt bestimmen, die Sinneseindrücke selber: Hunger, Durst, Müdigkeit, Schmerz, Angst etc. sind primäre Wahrnehmungen. Fühlen, Schmecken und Riechen sind wichtige „Modi der Orientierung und Kontaktherstellung“. Reagiert die Umwelt entsprechend dem aktuellen Bedürfnis des Individuums, so wird das als „Stimmigkeit“ erlebt. „Zweitheit“ taucht nach von Uexküll zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat in Zusammenhang mit der Fähigkeit, sich im Raum zu bewegen, auf. Damit entstehen „Hier“ und „Dort“, „Jetzt“ und „Dann“ als Grundphänomene indexalischer Zeichenprozesse. Die Abgrenzung zwischen Subjekt und Objekt beginnt. „Drittheit“ schließlich entsteht mit der Fähigkeit der Symbolisierung und der sprachlichen Verständigung.

Johnen (1995) veranschaulicht die Unterschiede zwischen Ikon, Index und Symbol anhand des Wetterhahns auf einem Kirchturm: Ist der Wetterhahn für den Betrachter ein Hahn, weil er aussieht wie ein Hahn und weiter nichts, so handelt es sich um ein Ikon (ikon = Bild) und wir sind in der Dimension der Erstheit. Nimmt der Beobachter den Wetterhahn aber als Zeichen für etwas anderes, auf das er wie ein Zeigefinger verweist (index = Zeigefinger), nämlich die Windrichtung, die er anzeigt, so bewegen wir uns in der Dimension der Zweitheit. Versteht der Beobachter den Wetterhahn jedoch als Symbol für eine Kirche, so befinden wir uns in der Dimension der Drittheit.

In diese Entwicklung von der Erstheit über die Zweitheit zur Drittheit, vom ikonischen über den indexalischen zum symbolischen Zeichengebrauch lässt sich natürlich auch die Entwicklung vom somatoformen Erleben hin zum desomatisierten symbolischen Denken einordnen: „Kurzum, wo immer es Denken gibt, gibt es Drittheit“, schreibt Peirce (1983, S. 58). Symbolisierung setzt die Verfügbarkeit triangulärer Strukturen voraus, Desymbolisierung und Somatisierung hingegen sind Ausdruck eines Prozesses der semiotischen Regression auf eine tiefere Komplexitätsebene. An die Stelle von sprachlicher Mitteilung über innerpsychische Phantasien und Affekte treten körperliche Hinweise oder reines affektives Erleben auf der Ebene der primären Wahrnehmungen mit den entsprechenden basalen Gefühlen von Bedrohtheit und Angst vor Vernichtung (vgl. Tab. 1).

Gesundheit setzt voraus, dass ein „semiotisch integriertes“ Sprechen (Fischer et al., 2008, S. 15) möglich ist, in dem sowohl die ikonischen, die lexikalischen wie auch die symbolischen Anteile der Kommunikation Platz haben. Bei traumatisierten Men-

schen ist das Gegenteil der Fall, die Erinnerungen an das Trauma brechen plötzlich in Form von rein ikonischen oder indexalischen Flashbacks und Intrusionen in das Bewusstsein ein, als rein somatisches oder körperlich-agierte Erinnerung bzw. Wiederholen des Geschehenen. Ziel der therapeutischen Arbeit ist dann, diese Erfahrungen zu integrieren, indem eine „Verknüpfung von Repräsentationen, die der ikonischen und indexalischen Ebene angehören, mit dem symbolischen Zeichensystem“ (Fischer et al., 2008, S. 17) hergestellt wird.

Tabelle 1: Wertigkeit und Dimensionalität in einem biosemiotischen Modell

Wertigkeit	Zeichenart	Verhältnis Zeichen - Bezeichnetes	Soma/ Psyche	Modus	Beziehung	Beziehungs- qualität
Drittheit	Symbol	Beliebig	Psychisch	Denken	Triade	Symbolisieren
Zweitheit	Index	Verweisend	Körperlich	Handeln	Dyade	Spiegeln
Erstheit	Ikon	Gleich	Somatisch	Erleben	Symbiose	Halten

Psychosomatische Krankheit entsteht dort, wo die Ebene des triangulierten Symbolisierens nicht hergestellt werden kann oder aufgegeben wird, was zu einer biosemiotischen Regression mit den entsprechenden körperlichen oder somatischen Symptombildungen führt. Pläßmann meint, dass für die Pathogenität solcher „Organwelten“ weder der psychische Inhalt noch das Interaktionsmuster entscheidend sind, sondern allein das semiotische Niveau, auf dem sich der Patient bewegt: „Es ist nicht die Existenz archaischer Phantasiesysteme (...), sondern die Zerstörung der Symbolisierungsfähigkeit, die das subjektive und klinisch beobachtbare Leiden auslöst“ (Pläßmann, 1993, S. 277).

Heilend wirkt deshalb alles, was biosemiotische Progression und die Integration der verschiedenen Zeichen- und Erlebensebenen ermöglicht. Die therapeutische Beziehung bietet dem Patienten haltende, spiegelnde und triangulierende Erfahrungen, die zusammen zur biosemiotischen Progression und Symbolisierung führen, ohne dass deshalb die pathogenen psychischen Inhalte schon wesentlich verändert sein müssten; diese sind oft „unverändert nachweisbar, nachdem sie schon lange aufgehört haben, krank zu machen. Sie erscheinen aber auf anderem semiotischen Niveau, sie werden *durchphantasiert* statt *durchagiert*, was für den Patienten ohne Zweifel den wesentlichen Unterschied zwischen Gesundheit und Krankheit ausmacht“ (Pläßmann, S. 277, kursiv i. O.).

Das Prinzip der biosemiotischen Regression und Progression erklärt, warum Patienten manchmal unmittelbar nach Beginn einer Psychotherapie plötzlich symptomfrei sein können: Durch das Hinzutreten eines hilfreichen und triangulierenden Dritten wird in der Therapie das biosemiotische Niveau erhöht. Trotzdem kann es dann eine sehr lange Zeit beanspruchen, bis in der Therapie die symptomauslösenden Umstände, innere wie äußere, verändert werden können und der Patient ohne Behandlung nicht wieder auf die alten Symptome zurückgreifen muss. Dieses Phänomen einer schnellen biosemiotischen Progression erlebt man häufiger in der Behandlung von

zuvor immer aus unklaren Gründen körperlich kranken Kindern und Jugendlichen, wenn es diesen gelingt, sich die Therapie zu ihrer eigenen Sache zu machen und zur äußeren Triangulierung mit der Familie zu nützen.

Vignette 6: Eine 13-jährige Schülerin versäumt seit zwei Jahren ein Drittel der Unterrichtszeit wegen Krankheiten, meist rezidivierende Infekte, Bauchschmerzen oder ähnliches. Sie ist im untersten schulischen Leistungsniveau eingestuft und fühlt sich dort wohl, ihre Eltern würden sie hingegen gerne im Gymnasium sehen. Im Erstgespräch, zu dem sie auf eigenen Wunsch alleine kommt, fällt eine Schwierigkeit auf, ihre Innenwelt wahrzunehmen und zu beschreiben, aber mit Hilfe des Therapeuten findet sie dann doch einen Zugang. Beispielsweise kann sie zunächst keine Ängste benennen, nach längerem Überlegen bringt sie dann aber eine Spritzenphobie zur Sprache. Sie sagt, sie sei in der ungewohnten Gesprächssituation mit mir gar nicht aufgeregt, gleichzeitig leidet sie aber an einem Tremor, für den es keine organische Erklärung gibt, und der sie nervös erscheinen lässt.

Das zweite Gespräch in Anwesenheit der Mutter nutzt sie, um sich mutig von den hochgesteckten beruflichen Ambitionen und Lebenszielen ihrer Eltern zu distanzieren: Sie könnte sich durchaus auch vorstellen, ihr Lebensglück darin zu finden, sich von einem reichen Mann heiraten und aushalten zu lassen – was das genaue Gegenteil der Lebenshaltung ihrer Eltern wäre. In einem dritten Gespräch, zu dem sie wieder alleine kommt, berichtet sie auf meine Deutung der von ihr in einem projektiven Test (TAT) formulierten Phantasien hin über eine schwierige, sie und die Familie belastende Problematik des Vaters, die alle hinnehmen müssen und über die nicht gesprochen werden darf. Darüber zu sprechen hatte sie ziemliche Überwindung gekostet. Seither geht sie wieder regelmäßig in die Schule und das frühere Kranksein kommt nicht mehr vor.

Was war geschehen? Die Patientin hatte die Erweiterung des familiären Rahmens durch den Therapeuten nutzen können, um sich einerseits am Beispiel der Lebensziele gegenüber den Eltern abzugrenzen, und andererseits um etwas in Sprache zu fassen, zu symbolisieren, worunter – nicht nur – sie seit längerem litt, jedoch ohne es so richtig zu merken und zu wissen.

In der sich nun anschließenden Therapie, in die der Vater natürlich auch mit einbezogen ist, geht es um zwei Themen. Einerseits entwickelt die Patientin langsam ein differenzierteres Bild vom Vater, ebenso verändert der Vater in den Elterngesprächen zögernd sein Bild von der Tochter. Das andere Thema, das die Patientin in der Therapie ausführlich erörtert, ist eine Fortsetzungsgeschichte, eine Art Soap Opera, in der es um amouröse Verstrickungen mit ständiger Aufregung im Freundinnenkreis geht, die ihr selber ihr Leben wie einen aufregenden Film erscheinen lassen. Dabei geht es nicht nur um erotische Wünsche und Einübung in weibliche Beziehungsmechanismen, sondern immer auch um das Thema Trennung einerseits und Einbettung in ihre Peergruppe andererseits, also um die Triangulierung zwischen innerfamiliärem und außerfamiliärem Raum im Dienste der Ablösung von den Eltern.

Die scheinbare Unendlichkeit und Zeitlosigkeit, die die Soap Opera kennzeichnet (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Seifenoper> [Stand 4.3.2009]), macht sich über längere Zeit auch in der Übertragung in der Therapiestunde breit und schafft einen psychischen Entwicklungsraum, der dem äußeren Druck entzogen scheint, ein Gegengewicht zu der forcierten Autonomie, die die Patientin in mancherlei Hinsicht an den Tag legt. Zum Beispiel, indem sie

den Weg in die Therapiestunde von Beginn an alleine auf sich nimmt, trotz eines weiten Anfahrtsweges. Beim physischen Weg von zuhause zum Ort der Therapie handelt es sich ja auch um ein psychosomatisches Handeln, das eine triangulierende Bewegung zwischen dem familiären und einem außerfamiliären Raum ermöglicht. Ein weiterer Weg in die Therapie kann also durchaus attraktiv sein, weil er das Dreieck vergrößert und mehr Freiheit eröffnet.

8 Therapie

In der Behandlung von psychosomatischen Patienten geht es also darum, ihnen auf den drei verschiedenen Zeichenebenen angemessene kommunikative Angebote zu machen und damit die Entwicklung von Triangulierungen und die biosemiotische Progression zu ermöglichen. Die Beziehungsangebote der Ärzte und Therapeuten, die körperlichen, sozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen haben alle das gleiche Ziel: die Dimensionalität zu erhöhen, Triangulierung und Symbolisierung zu fördern. Aus heutiger Sicht geht es in der therapeutischen Arbeit „nicht mehr primär darum, den latenten Sinn des Symptoms bzw. der Krankheit zu entschlüsseln“ (Overbeck, Grabhorn, Stirn, Jordan, 1999, S. 8), sondern zu verstehen, was sich „zwischen der Person, ihrem Körper und ihrer Umwelt“ abspielt. Indem sich der Arzt oder Therapeut als ein neuer Dritter in der Beziehungsumwelt des psychosomatisch Kranken versteht, kann er die Voraussetzungen dafür schaffen, dass der Körper aus der Rolle des Ersatzes für einen fehlenden Dritten entlassen werden kann.

In der Therapie psychosomatischer Patienten funktioniert nicht das Denken als ein Probehandeln, sondern die Interaktion mit dem Therapeuten selber ist das Probehandeln, das durch das nachfolgende Verstehen symbolisiert werden kann „im Sinne einer Neukonstruktion als sekundärer Symbolisierung auf einem höheren semiotischen Niveau“ (Overbeck et al., S. 10.). Was Overbeck et al. hier für die therapeutische Arbeit mit psychosomatischen Patienten im Speziellen ausführen, trifft für die Lebensphase des Jugendalters im Allgemeinen zu. Hier ist regelmäßig das handelnde Agieren vor dem reflektierenden Denken zur Hand. Und wegen der Ablösungsthematik kommt man bei Jugendlichen auch nie umhin, eine reale „Umgestaltung des sozialen Umfeldes“ (Bürgin, 1993, S. 89) im Laufe der Behandlung zu erwarten.

Will man dabei Versuche des Patienten, Triangulierungsprozesse zu inszenieren, in den Blick bekommen und unterstützen, so muss man nicht nur wie die Mutter mit ihrer Lust am transmodalen Verändern Raum für Symbolisierungen für bisher körpernah erlebte Affekte und Vorstellungen in der therapeutischen Dyade schaffen, sondern man muss über den Rand der therapeutischen Zweierbeziehung hinaus in die Familie und ins weitere soziale Feld des Patienten schauen und dort nach möglichen Dreieckskonstellationen Ausschau halten. Da man in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen die Familie und die außerfamiliäre Lebensrealität gar nicht auf der Seite lassen kann, sollte es nicht schwer fallen, auch dort nach bisher nicht wahrgenommenen Dreiecken und Triangulierungsmöglichkeiten zu suchen.

Vignette 7: Der 15-jährige Jugendliche wird von der Jugendanwaltschaft in die Psychotherapie geschickt, nachdem er etliche Gewaltdelikte begangen hatte. Über diese spricht er genauso empathielos wie über seine lange somatische Anamnese von Brüchen, Infekten, Hundebissen bis hin zu einer Lähmung der Beine. Mit diesen Symptomen landete er immer wieder im Kinderspital, wo er sich sehr wohl und heimisch fühlte. Der letzte Aufenthalt wegen der Lähmungserscheinungen hatte allerdings damit geendet, dass seine Mutter die Nerven verlor und ihn anschrie, er solle nun endlich aufhören mit diesem Theater - worauf er sofort wieder gehen und die Klinik verlassen konnte.

Der Patient lebt mit seiner Mutter, einer tüchtigen Handwerkerin, und einem jüngeren Halbbruder. Über seinen Vater weiß er nichts, er sei vor seiner Geburt an unbekannter Ursache verstorben; auch der Stiefvater hatte die Familie wieder verlassen, anscheinend ohne irgendeine Spur im Leben des Patienten zu hinterlassen (abgesehen von seinem Halbbruder). Der Patient begegnet manchmal „zufällig“ dem Vater der Mutter, wobei aber kein Wort gesprochen wird. Dies hat wohl damit zu tun, dass die Mutter mit ihrem Vater völlig gebrochen hatte, so wie sie auch zu ihren anderen Männern keinen Kontakt aufrechterhalten konnte. Sprechende Männer treten dann ins Leben des Patienten, wenn er es aufgrund seiner Delikte oder Symptome mit Ärzten, Polizisten oder anderen Amtspersonen zu tun bekommt.

Zur Therapie erscheint der Patient unregelmäßig und meistens gibt es kaum etwas zu reden. Dafür kommen besorgte Briefe der Mutter oder Telefonate von der Jugendanwaltschaft. Nach einem halben Jahr Therapie kommt der Patient dann plötzlich mit der Neuigkeit, dass er herausgefunden hat, dass sein Vater gar nicht gestorben war, sondern dass er wegen seines aggressiven Verhaltens von der Mutter verstoßen und für tot erklärt worden war. Es ist nun nicht so, dass dieses neue Wissen greifbare neue Vorstellungen beim Patienten nach sich ziehen würde, jedoch verändert sich sein Handeln: Er hat plötzlich eine Freundin und bemüht sich erfolgreich um eine Lehrstelle. Mit Beginn der Lehre musste die Behandlung vorzeitig aus äußeren Gründen beendet werden.

Im Rückblick kann gesagt werden, dass in dem Jahr, in dem die Therapie trotz vieler versäumter Stunden mehr oder weniger regelmäßig stattfand, zwar noch keine greifbare Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit beim Patienten zu erkennen war, er jedoch deutlich weniger somatisch und antisozial agierte. Gleichzeitig wurde im Sinne eines gutartigen, progressiven Agierens eine Bewegung möglich, wie die Forschung, die zu der Erkenntnis führte, dass der leibliche Vater nicht tot war, sondern lebte; eine Freundin tauchte auf, er entschied sich für einen Beruf und fand eine Lehrstelle. Vom Zeichenniveau her, auf dem der Patient funktionierte, musste der Therapeut wohl ganz konkret somatisch ein Mann sein, damit er so etwas wie eine väterliche Position einnehmen konnte. Der Therapeut war der einzige Mann, den der Patient einigermaßen akzeptierte und der auch von der Mutter autorisiert war, wodurch für die Dauer der Therapie eine äußere Triangulierung im Sinne der frühen Triangulierung eingerichtet war, die die Regression auf die psychosomatische Triangulierung in diesem Zeitraum weniger nötig machte. Unvermeidlich war jedoch für diese Triangulierung, dass der Therapeut auch immer in Kontakt mit der Mutter stehen und deren Kontrollversuche aushalten und ausbalancieren musste, was nicht einfach war, weil die Mutter doch immer klarstellen wollte, dass sie über das wahre Wissen und den direkten Zugang zum Patienten verfügte.

Die äußeren Gründe, aus denen die Therapie beendet wurde, wären nicht unüberwindbar gewesen, doch es fehlte die Motivation. Das Ende selber fiel mit der ersten neuen Verletzung des Patienten seit langem zusammen, er fügte sich eine tiefe Fleischwunde zu und erschien mit einem Gips zum Abschied; er kommunizierte also wieder, wenn man dies spekulativ auf die Beendigungssituation beziehen will, auf der ikonischen Ebene, auf der die Verletzung nur als körperliche Wunde und körperlicher Schmerz erlebt und ausgedrückt werden kann.

9 Die psychosomatische Kränkung

In der Regel will der psychosomatische Patient nichts davon hören, dass seine Krankheit eine psychische Ursache hat. Er erlebt dies nicht als Entlastung, sondern als Kränkung und setzt den auf Einsicht abzielenden therapeutischen Bemühungen Widerstand entgegen. Bestenfalls versteht er uns einfach nicht und kann uns auch nicht verstehen, wenn wir uns ihm nur auf der Ebene der sprachlichen Symbolisierung annähern. Nicht nur das erkrankte Individuum, sondern die ganze Familie kann um die somatische Genese der Symptomatik wie um die Rettung ihrer Ehre kämpfen; die Anerkennung psychogener Faktoren wäre nicht nur ein Angriff auf ihre Abwehrstruktur und damit eine Gefahr, dass die abgewehrten Konflikte aufbrechen und Differenzierungen und damit Trennungen nötig werden könnten, sondern darüber hinaus missversteht der Psychosomatiker die Psychosomatik als Anklage und Vorwurf an ihn, er sei schuld.

Aus diesem Grund ist zunächst einmal anstelle eines konfrontativen ein akzeptierender und haltender Zugang nötig, der anerkennt, dass zu diesem Zeitpunkt in dieser Familie keine bessere Lösung für die zugrundeliegenden Konflikte zu finden war. So kann es sogar angezeigt sein, zunächst einmal das Gegenteil von dem zu tun, was man als Arzt oder Therapeut zu Recht als die anstehende Entwicklungsaufgabe erkennt: Obwohl es um die Autonomie und Ablösung des jugendlichen Patienten geht, kann es zunächst nötig, hilfreich und befreiend sein, die Bindungen und Abhängigkeiten in der Familie zu klären und zu anerkennen, damit sich aus der Familie heraus eine triangulierende Bewegung hin zu etwas Neuem ergeben kann, statt dass die Familie den Arzt oder Therapeuten als einen Dritten erlebt, der von außen in die Familie einzudringen und ihren Zusammenhalt zu sprengen versucht.

Dieses Vorgehen lässt sich anhand des paradoxen Therapieansatzes, den Buddeberg-Fischer (1990) für Anorexiefamilien vorschlägt, illustrieren: Die Therapeutin unterstützt zunächst nicht, wie eigentlich von der Entwicklungsnotwendigkeit her zu erwarten wäre, die Autonomie der Patientin in Bezug auf ihr Essverhalten, sondern stößt sie in die Abhängigkeit von den Eltern zurück, indem sie diese als verantwortlich dafür erklärt, dass die Tochter genug isst. Gleichzeitig sagt sie der Familie aber, dass es bei diesem Vorgehen wohl zu großen familiären Spannungen kommen werde und dass die Tochter gegen die Therapeutin rebellieren werde, die sie so bevormundet und „klein“ macht. Die Therapeutin provoziert damit bewusst eine negative Elternübertragung der Tochter auf sich, „um diese Anteile zunächst aus dem familiären System

abzuziehen. Die Jugendliche wird sich aber auch gegen die Eltern auflehnen, weil sich diese nicht gegen einen so ‚unmöglichen‘ Therapeuten wehren und ihre Tochter so autoritär behandeln. Damit entstehen erste Möglichkeiten zu einer offenen aggressiven Abgrenzung zwischen Eltern und Kind“ (S. 118).

Auf der Folie der Theorie der psychosomatischen Triangulierung kann das strategische Vorgehen dieser Therapeutin so verstanden werden: Mit der Essstörung ist die Familie auf dem Niveau der psychosomatischen Triangulierung fixiert, die Tochter und ihre Eltern kämpfen um die Zuständigkeit für den Körper der Tochter. Die aggressiven Energien sind in der Sorge um das Symptom blockiert und stehen nicht der Entwicklung, Ablösung und Öffnung der Familie nach außen zur Verfügung. Anstelle der Angst vor Trennung durch Ablösung wird höchstens Angst vor Trennung durch den Hungertod der Tochter erlebt. Das Symptom der Tochter erzwingt nun aber die Öffnung der Familie nach außen, und mit dem Eintreten der Therapeutin in das System kann an die Stelle der psychosomatischen Triade Tochter-Eltern-Körper(symptom) der Tochter die personale Triade Tochter-Eltern-Therapeutin treten. Weil sich die Therapeutin nicht auf die Seite der Tochter gegen die Eltern schlägt, wird sie nicht als Bedrohung für die Familie erlebt. Indem die Therapeutin die Aggressionen ankündigt, holt sie sie aus dem psychosomatischen Dreieck heraus und führt sie in das personale Dreieck ein. Weil sie nicht mit gutgemeinten Deutungen die Familie kritisiert, sondern sich selber als Ziel der angekündigten Aggressionen deklariert, fühlt sich die Familie nicht von ihren eigenen Aggressionen bedroht. So kann die aggressive Bewegung und die neue Beziehungsstruktur mit der Therapeutin als triangulierender Dritten zur weiteren Öffnung und Umstrukturierung der Familie genutzt werden.

Literatur

- Abelin, E. L. (1971). The role of the father in the separation-individuation process. In J. McDewitt, C. Settlage (Hrsg.), *Separation-Individuation: Essays in Honor of Margaret S. Mahler* (S. 229-252). New York: Int. Univ. Press.
- Böhme-Bloem, C. (2002). Das Ergriffene im Begriff – Gedanken zum Symbolisierungsprozeß. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, XVII, 371-392.
- Buddeberg-Fischer, B. (1990). Systemisch-psychodynamische Familientherapie mit Anorexia-Patientinnen. In J. Wiese (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz* (S. 112-124). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bürgin, D. (1993). *Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Fischer.
- Eissler, K. R. (1958). Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversionen. *Psyche*, 20, 837-872.
- Ermann, M. (1985). Die Fixierung in der frühen Triangulierung. *Forum der Psychoanalyse*, 1, 93-110.
- Ermann, M. (1989). Die Bedeutung des Vaters bei Patienten mit psychovegetativen Störungen. In A. T. Teichmann, W. Dmoch, M. Stauber (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1988* (S. 76-79). Berlin: Springer.

- Fischer, G., Barwinski, R., Eichenberg, C., Fischer, A., Mosetter, K., Mosetter, R. (2008). Zur Biosemiotik unterbrochener kommunikativer Handlungen – auf dem Weg zu einer psychotraumatologisch fundierten Psychosomatik. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 6, 9-24.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frevert, G., Cierpka, M., Joraschky, P. (1996). Familiäre Lebenszyklen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 163-193). Berlin: Springer.
- Grieser, J. (2003). Von der Triade zum triangulären Raum. *Forum der Psychoanalyse*, 19, 99-115.
- Grieser, J. (2007). Freiheit und Entwicklung im triangulären Raum. *Psyche*, 61, 560-589.
- Grieser, J. (2008). Die psychosomatische Triangulierung. *Forum der Psychoanalyse*, 24, 125-146.
- Johnen, R. (1995). Ersttheit – Zweitheit – Drittheit. In P. Buchheim, M. Cierpka, T. Seifert (Hrsg.), *Lindauer Texte* (S. 59-77). Berlin: Springer.
- Kutter, P. (1981). Sein oder Nichtsein, die Basisstörung der Psychosomatose. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 26, 47-60.
- Kutter, P. (1988). Phantasie und Realität bei psychosomatischen Störungen. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 33, 225-232.
- Kutter, P. (2001). *Affekt und Körper*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- McDougall, J. (1991). *Theater des Körpers*. Weinheim: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Overbeck, G., Grabhorn, R., Stirn, A., Jordan, J. (1999). Neuere Entwicklungen in der Psychosomatischen Medizin. *Psychotherapeut*, 44, 1-12.
- Peirce, C. S. (1983). *Phänomen und Logik der Zeichen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Platzmann, R. (1989). Artificielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome. In Hirsch, M. (Hrsg.), *Der eigene Körper als Objekt* (2. Aufl., S. 118-154). Gießen, Psychosozial-Verlag.
- Platzmann, R. (1993). *Organwelten: Grundriß einer analytischen Körperpsychologie*. *Psyche*, 47, 261-282.
- Uexküll, T. v. (1996). Das Placebo-Phänomen. In T. v. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. Aufl., S. 363-369). München: Urban & Schwarzenberg.
- Uexküll, T. v., Wesiak, W. (1988). *Theorie der Humanmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Wirsching, M. (1990). Familienpsychosomatik. In J. Wiese (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz* (S. 170-178). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Korrespondenzanschrift: Dr. phil. Jürgen Grieser, Pädiatrisch-Endokrinologisches Zentrum Zürich, Möhrlistr. 69, CH-8006 Zürich; E-Mail: jgrieser@bluewin.ch