

Nur zum persönlichen Gebrauch; bitte gegebenenfalls aus meinen publizierten Arbeiten zitieren!

Der eigene Körper als Objekt

Mathias Hirsch, Berlin und Düsseldorf

Dissoziation bedeutet natürlich Spaltung, Abspaltung. Aber heute wird Dissoziation eher im Sinne von *Zustand* der Dissoziation verwendet, auch dissoziierter Zustand (des Ich), und zwar als nicht besonders gelingender Bewältigungsversuch traumatischer Erfahrung bzw. ihrer Entsprechung in späteren, die Dissoziation auslösenden Situationen. Der Begriff der Dissoziation trifft also eher die veränderten Bewusstseinszustände wie Amnesie, Trance bis hin zur Spaltung von Persönlichkeitsteilen, dabei wird der Körper zum Teil mit einbezogen, z.B. sind Depersonalisationserfahrungen meist ein Erleben einer Deformation des Körpers oder seiner Teile. Zu den Dissoziationsformen, die den Körper direkt betreffen, gehören Konversion und Somatisierung. Hoffmann und Mitarbeiter (2004, S. 127) stellen zur Diskussion, ob dissoziative Störungen, Konversion und Somatisierung entweder parallel im Sinne der Co-Morbidität verstanden werden können, oder aber, und dieser Sicht würde ich mich anschließen, ob nicht heute „das Bündel der über diese Dissoziation integrierbaren *Störungsbilder* (Konversionssymptome, dissoziative Symptome bis hin zur dissoziativen Identitätsstörung) ... durch die Einbeziehung einer einheitlichen Genese im Sinne einer Trauma-Ätiologie um eine Reihe weiterer Störungen zu erweitern [ist]. Dabei handelt es sich ... vor allem um die posttraumatischen Belastungsstörungen, die komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Somatisierungsstörung. Die unterschiedlichen Störungsbilder ... stellen dabei so etwas wie eine *phänomenologisch differente Endstrecke* unterschiedlicher, über eine gemeinsame Ätiologie entstandener nosologischer Untereinheiten dar, bei denen das Ausmaß des traumatischen Anteils allerdings variiert.“

Hoffmann und Mitarbeiter sehen eine „Hierarchie, die von der Dissoziation als einer Störung der Bewusstseinsfunktionen über die Konversion (Störung von Bewusstseinsfunktionen und körperlichen Funktionen) bis zur Somatisierung als einer Störung ausschließlich körperlicher Funktionen reicht.“ (Hoffmann et al. 2004, S. 126).

Für die Traumatisierung hat früh Shengold (1979) den Begriff der vertikalen Spaltung aufgenommen; er spricht von Compartmentierung als Bewältigungsversuch des Traumas. Das abgespaltene Körper-Selbst würde ich als ein solches Compartment bzw. ein Subsystem verstehen, dem das Trauma zugeschoben wird, *damit das psychische Selbst von ihm verschont bleibt und überleben kann*. So ist der Körper auch als *Container*, als Not-Container sozusagen, bezeichnet worden (Gutwinski-Jeggler 1995). Der Körper kann aber auch als *Objektsurrogat* erhalten: *Der eigene Körper als Objekt* im Rahmen einer psychoanalytischen Traumalogie hat mich seit langem (Hirsch 1989a) beschäftigt; dabei ist zu unterscheiden, ob er als ein begleitendes, sozusagen gutes Mutterobjekt dient, das die traumatische Leere füllen soll, auch wenn er schmerzt oder beschädigt ist; das ist mein zentraler Gedanke bei der Selbstbeschädigung und beim psychogenen Schmerzsyndrom. Oder ob er das misshandelte, missbrauchte Kind repräsentiert, das vom übrigen Selbst abgespalten ist und dieses vom Opfer-Sein entlastet; das ist eher Plassmanns (1989) Auffassung im Zusammenhang mit der artifiziellen Erkrankung. Eine weitere Funktion ist in der Grenzziehung durch den kranken oder beschädigt-dissoziierten Körper gegenüber zu bedrohlichen Objekten zu sehen, aber auch als artifizielle Körpergrenze (wieder bei der Selbstbeschädigung), die eine von Desintegration bedrohte Ich-Grenze wie eine Prothese ersetzen soll.

Dissoziationszustände können den Körper einbeziehen: in der peri-traumatischen **Dissoziation** trennt sich das Opfer mental vom Körper; bei der **Depersonalisation** sind die Körperformen verzerrt; die **Konversion** verwendet explizit den Körper und seine Funktionen. Der Körper kann aber auch zur *Bekämpfung* bedrohlicher dissoziativer Zustände verwendet werden: Selbstbeschädigungsagieren wirkt wie ein Medikament (Sachsse 1994) gegen übergroße Spannungszustände, das Herstellen artifizieller Krankheiten und anfallsweises pathologisches Essverhalten haben beruhigende, stabilisierende Wirkung. Wird der Abwehrmechanismus der Dissoziation unerträglich, muss er wiederum abgewehrt werden, z.B. durch Körper-Agieren. Alle diese pathologischen Erscheinungen beruhen auf der Abspaltung des Körper-Selbst bzw. der Repräsentanten von Körperteilen oder Organen, neben der Selbstbeschädigung auch die Hypochondrie, die Dymorphophobie, anorektische Ess-Störungen, psychosomatische Erkrankungen und wohl auch Somatisierungsstörungen.

Einen ersten Begriff *von sich selbst* bekommt der Säugling durch die Entdeckung der Differenz von Tastempfindungen bei der Berührung des eigenen Körpers im Vergleich zu der anderer Gegenstände. Am Anfang der Ich-Bildung steht sowohl eine Grenzerfahrung, die einer Körpergrenz-

ze nämlich, als auch die Entdeckung eines ersten äußeren Objekts im eigenen Körper, der sowohl zum Selbst als auch zur Außenwelt gehört. Freud (1923b, S. 253) hat diesen Grundgedanken in *Das Ich und das Es* formuliert: "Das Ich ist vor allem ein körperliches." Er beschreibt eine erste Selbstwahrnehmung des Säuglings als die des eigenen Körpers, dessen Berührung eine doppelte Tastempfindung an dem berührenden wie auch an dem berührten Körperteil hervorruft, die Berührung eines anderen Objekts aber nur die eine Empfindung der tastenden Hand. Allerdings war Freud nicht der erste, der auf die Bedeutung der Grenze für die Ich-Bildung hinwies, denn Tausk formuliert 1919 (S. 20) "Die Projektion des eigenen Körpers wäre also auf ein Entwicklungsstadium zurückzuführen, in dem der eigene Körper Gegenstand der Objektfindung war." In seinem berühmten Aufsatz (Tausk 1919) identifiziert Tausk den „Beeinflussungsapparat“, der die psychotisch Kranken verfolgt, als Projektionen eigener Körperteile nach außen, insbesondere auch der Genitalien. Tausk fällt auf, dass solche Spaltungs- und Projektionsphänomene alltäglich sind; mancher Mann nennt seinen Penis seinen „lieben Freund“, wenn er mit ihm zufrieden war. Im selben Sinne sagt die Schauspielerin Scarlett Johansson: „Ich liebe meine Brüste. Ich nenne sie ‚meine Mädels‘.“ Und wenn der eigene Körper in die Außenwelt projiziert werden kann, muss er auch als vom übrigen Selbst dissoziiert gedacht werden.

Man kann wohl auch heute noch davon ausgehen, dass in der Selbst- und Körper-Selbst-Entwicklung anfangs ein Zustand psychophysischer Ungetrenntheit herrscht, und dabei stößt man auf sehr alte Vorstellungen: Bereits 1919 geht Ferenczi von einer solchen *Protopsyche* aus, so dass er das hysterische Körpersymptom als regressiven Rückgriff auf eine ursprüngliche „Gebärdenmagie“, eine anfängliche Körpersymbolik, verstehen konnte. Inzwischen hat sich das Konzept der Protopsyche überall durchgesetzt, jedoch wird sein Schöpfer Ferenczi nirgends erwähnt. Anna Freud (1966, S. 1960) schreibt z.B.: „Bei kleinen Kindern sind die Grenzen zwischen den physischen und den psychischen Prozessen noch fließend und alle Reaktionen und Äußerungen im wahren Sinn des Wortes ‚psychosomatisch‘.“ An anderer Stelle heißt es: „...dass in den frühesten Jahren eine Einheit zwischen Körper und Geist besteht, wobei seelische Erregung auf körperlichen Wegen abgeführt wird, hat Licht auf die späteren psychosomatischen Manifestationen sowie auf das sogenannte somatische Entgegenkommen bei hysterischer Krankheit geworfen“ (A. Freud 1978, S. 2912). Auch Bion (1961, zit. bei Gutwinski-Jeggle 1997, S. 142) nimmt diesen Gedanken wieder auf: „Das protomentale System stelle ich mir so vor, dass darin Somatisches und Psychologisches oder Mentales undifferenziert sind... Da auf dieser Ebene das Somatische und das Mentale undifferenziert sind, leuchtet es ein, dass Stö-

rungen aus dieser Quelle sich ebenso gut in somatischen wie in psychischen Formen manifestieren können“ (Bion 1961, S. 74). Kafka (1971; vgl. Hirsch 1989b; 1998) spricht von einem „hypothetisch undifferenzierten Zustand“, von einem ungetrennten Psychosoma. Mahler und Mitarbeiter (1982) lassen die Selbst-Objekt-Differenzierung mit einer ersten Selbstgrenzenbildung beginnen, die von einer Vorstellung der Trennung von Selbst, Körper selbst und Objekt gefolgt wird.

Der Gedanke liegt nahe, die psychosomatische Pathologie mit der Störung der Entwicklung des ersten Ich, des Körper-Ich also, und damit der ersten Grenzbildung überhaupt, der Abgrenzung des Selbst von den äußeren Objekten, des Selbst vom Körper-Selbst, auch des Körpers von den Affekten anzusehen. Die letztere Differenzierung hat Schur (1955) als De-Somatisierung beschrieben, das ist ein Prozess der Wahrnehmung und Repräsentierung der Affekte als seelische, nicht mehr wie vordem ungetrennt psycho-physische Vorgänge. Der Gedanke, dass der psychosomatischen Erkrankung eine Re-Somatisierung zugrundeliegt bzw. mit ihr einhergeht, also eine Rückführung der Affekte ins Somatische weist auch auf die Grenzüberschreitung bzw. auch eine (partielle) Aufhebung zwischen Soma und Affekt hin.

Bereits Schilder (1935) hat erkannt, dass die Körper-Ich-Bildung von einer "genügend guten" (Winnicott) mütterlichen Umgebung abhängig ist. Es ist das intuitive Entgegenkommen der mütterlichen Pflegeperson erforderlich, die den Bedürfnissen und Körperzuständen von außen adäquat begegnet. Das bedeutet zum Beispiel, die Körperoberfläche mit guten taktilen Reizen zu versorgen oder durch den Druck des Körpers in den Armen der Mutter die Tiefensensibilität und durch sein Schaukeln die Orientierung durch Bewegungsreize zu fördern (Mahler et al. 1975). McDougall (1989) fordert den genügend guten Dialog mit der Mutter, damit die Körpergrenzen und insbesondere auch die Funktion der Körperöffnungen genügend symbolisiert werden können. Traumatische Störungen in der Zeit der Körper-Grenzen-Bildung lassen sich vorstellen als Vernachlässigung durch Unterlassen einer Regulation unerträglicher Spannungszustände von außen oder aber als traumatische Überstimulierung, also ein den kindlichen Bedürfnissen inadäquates übermäßiges Einwirken auf den Körper und seine Funktionen. Den Zusammenhang von Körper-Selbst-Bildung und Differenzierung von Affekten sowie zunehmender Symbolbildung fasst Kafka (1971, S. 233) wie folgt zusammen: "Es entsteht allmählich ein Bewusstwerden des Körpers, er ist getrennt von einer diffusen psychischen Erfahrung. Es folgt ein Bewusstwerden von differenzierteren Gedanken und Gefühlen, die von einer konkreten körperlichen Erfahrung abgesondert sind. Schließlich erscheinen Gedanken und die Fähigkeit, zwischen verschiedenen

Typen psychischer Erfahrung zu unterscheiden, losgelöst von körperlicher Erfahrung." Diese 35 Jahre alte Formulierung gilt auch heute noch, denn das Affektspiegelungsmodell Fonagys und seiner Mitarbeiter (Fonagy et al. 2002) „geht davon aus, dass der Säugling anfangs nur diffuse innere Körpersignale bemerkt“, die er zu gruppieren und zu differenzieren lernt „durch die elterlichen Stellungnahmen“ (Dornes 2004, S. 179), also durch die sinngebende, symbolisierende Antwort der mütterlichen Umgebung.

In einer wünschenswerten Entwicklung bedeutet die Differenzierung von Selbst und Körper-Selbst nicht etwa eine bleibende Spaltung, sondern sie wird meines Erachtens von einer *Integration in eine Gesamtvorstellung* von "Selbst" abgelöst, in der Körper-Selbst und psychisches Selbst getrennt und doch verbunden sind. Durch diese Integration wird der Körper zu einer Art unauffälligem Begleiter (vgl. Hirsch 1989b), dessen Anwesenheit für selbstverständlich genommen wird. Ist die Bildung der Körpergrenzen in einer regulierenden mütterlichen Umgebung gestört, so gelingt die Unterscheidung zwischen Selbst, Körper und äußerem Objekt nicht oder nur unvollkommen, Körpersensationen wie Schmerz und "seelischer Schmerz", affektive Reaktionen wie Angst, Trennungsschmerz, Trauer oder Wut werden nicht genügend differenziert, ebenso nicht der jeweilige Ursprung: innen oder außen; Körper oder Mutterobjekt. Die Selbst-Körper-Selbst-Integration ist nicht gelungen, die Folge ist eine bleibende potentielle Dissoziation von Selbst und Körper-Selbst, ähnlich einer Sollbruch-Stelle, auf die regressiv zu Abwehrzwecken zurückgegriffen werden kann und die in Belastungssituationen immer wieder aufbricht. Auf die frühen Vernachlässigungen folgen im Sinne einer zweizeitigen Traumatisierung (Hirsch 1987) erinnerbare Traumata wie Misshandlungen und Missbrauch, die sich ja auch immer gegen den Körper richten und die sowohl im aktuellen Trauma als auch in späteren Belastungssituationen zu einer Dissoziation von Körper-Selbst vom Gesamtselfst führen, welches so um so eher überleben kann, als die Destruktion gegen den Körper gerichtet wird oder in ihm gebunden bleibt.

Den Sinn der Dissoziation oder auch der Abspaltung von Körperrepräsentanzen hat Ferenczi (1921, S. 216) schon früh gesehen. Anhand von selbstdestruktiven Körper-Gewohnheiten wie Kratzsucht oder Selbstverstümmelungstendenzen vergleicht er (vgl. Hirsch 2002) solche Behandlung von Körperteilen mit der „Autotomie“ mancher niederer Tiere, die einen Körperteil opfern, um den ganzen Körper zu retten – ein Konzept, das später von Kutter aufgegriffen wurde. Kutter (1980) spricht von „amputierten Körper-Teilrepräsentanzen“ und formuliert: „Teile der Körperrepräsentanz werden dem Objekt gleichsam als Opfer angeboten, um das Selbst zu ret-

ten“ (Kutter 1981, S. 55). Kutters Patient sagt: „Ich habe gleichsam meinen Eltern meine Leber zum Fraß dargeboten. Damit habe ich mich selbst gerettet“ (ebda). Franz Kafka, schwer an Lungentuberkulose erkrankt, wusste um die Körperspaltung und hat sie in dichterischer Sprache ausgedrückt: Er schreibt im April 1920 an seine Verlobte Milena, „dass die Erklärung, die ich mir damals für die Erkrankung in meinem Fall zurechtlegte, für viele Fälle passt. Es war, dass das Gehirn die ihm auferlegten Sorgen und Schmerzen nicht mehr ertragen konnte. Es sagte, *ich gebe es auf; ist aber hier noch jemand, dem an der Erhaltung des Ganzen etwas liegt, dann möge er mir etwas von meiner Last abnehmen, und es wird noch ein Weilchen gehen*. Da meldete sich die Lunge, viel zu verlieren hatte sie ja wohl nicht. Diese Verhandlungen zwischen Gehirn und Lunge, die ohne mein Wissen vor sich gingen, mögen schrecklich gewesen sein.“ (Kafka, Briefe an Milena, 1994)

Besonders eindrucksvoll sind Berichte von dissoziativen Körperphänomenen, die während der traumatischen Einwirkung auftreten. „In diesen Zuständen hätten sie [die Opfer] gewissermaßen ihren Körper verlassen und die Verletzung der körperlichen Integrität wie von außen betrachtet. Hierdurch seien diese Situationen erträglicher geworden, teilweise hätten die Opfer gar keinen körperlichen oder seelischen Schmerz empfunden, da die Aggression des Täters nicht ihnen, sondern nur noch der Hülle habe gelten können.“ (Dulz u. Lanzoni 1996, S. 20) Die Autorin Giuliana Sgrena, die 2005 im Irak entführt und 28 Tage gefangengehalten wurde, schreibt: „Ich spüre plötzlich meinen Körper nicht mehr, als wäre er vom Geist getrennt. Ich fange an, mich von außen zu beobachten. ... Vielleicht brauche ich es, um den Tod auszutreiben, oder es ist ein Versuch, aus dem dunklen Zimmer zu fliehen, in dem mein Körper gefangen ist.“ (Sgrena 2005, zit. nach SZ 2.2.06) Für den sexuellen Missbrauch gibt es eine Reihe von entsprechenden Literaturstellen (Hirsch 1987, S. 105 f.): „Aus der klinischen Beobachtung von Inzestopfern ist ein Phänomen bekannt, das als ‚Abschalten‘ bezeichnet wird.“ (‚tuning out‘ bei Herman u. Hirschman 1977, S. 71) Eist und Mandel (1968) beschreiben eindrucksvoll das Erleben des Opfers: ‚Ich kann das nicht aushalten... dieser Wahnsinn... und ich so klein... kann es nur geschehen lassen... Bruch... Zerstörung der Schwachen‘, das es mit einem ‚black-out‘ in dem es seinen Sinnen nicht mehr trauen konnte... beantwortete.‘ ... Auch Wassmo (1981) beschreibt in ihrem Roman den Schutzmechanismus: ‚Die einzige Hilfe ... bestand darin, dass sie Zeit bekam, wach zu werden, sich zu wappnen, sich dem gegenüber gefühllos zu machen, von dem sie wusste, dass es kommen würde, und sich von ihrem Körper wie von einem benutzten Kleidungsstück im Bett zu trennen.‘“ (S. 138) Drei Patientinnen aus meiner Praxis beschrieben dieses ‚Abschalten‘: „Frau A. war ‚passiv und regungslos‘ neben dem Vater, der sich an ihr zu

schaffen machte, Frau D. ‚machte sich steif wie ein Brett‘. Frau B. sagte: ‚Wenn die Not zu groß wurde, war ich auf eine komische Art ruhig und leer.‘“ (Hirsch 1987)

Ferenczi (1933, S. 309) spricht von einer traumatischen Trance, in der „der Angriff als starre äußere Realität zu existieren“ aufhört. Das Ergebnis ist ein „mechanisch-gehorsames Wesen“; Shengold (1979, S. 538) bezeichnet diesen Zustand als „hypnotisches lebendig-tot-Sein, ein Leben ‚als ob‘“. Eckardt-Henn (2004, S. 288) berichtet ganz in diesem Sinne: „Eine junge Frau ... beschrieb ihren Vater, der sie seit dem 6. Lebensjahr zu oralem Geschlechtsverkehr gezwungen hatte, lange Zeit als lieben und fürsorglichen Mann. ‚Er war doch auch so zärtlich ... wenn es dann so eklig war ... und in mir dieses eklige Zeug war ..., dann kamen diese Zustände, und ich konnte wie ein Vögelchen aus mir herausfliegen. Mein Kopf war abgetrennt, und das, was da passierte, passierte nicht mir. Ich fand es auch toll, dass er so zärtlich war, und es war doch in Ordnung.“ Auch hier ein literarisches Beispiel: Georges-Arthur Goldschmidt wurde als jüdisches Kind von Deutschland in ein französisches Kinderheim gesteckt, dem sich deutsche Besatzungssoldaten nähern. „Angesichts der sich nähernden deutschen Soldaten ersetzt das Depersonalisierungsgefühl die Angst: *‚Angst hatte er keine; die Beine waren ihm zu kurz geworden, als ginge er auf Stümpfen, er fühlte genau den Umriss seines Körpers, wie er in der Luft ausgeschnitten sich nach vorne schob; er wurde gegangen, wie wenn ein anderer es ihm besorge‘* (Goldschmidt 1991, S. 172). – *‚Er war wie körperlos geblieben. Er hatte seinen eigenen Körper vergessen‘* (Goldschmidt 1996, S. 138).“ (Hirsch 2002, S. 208). Und ganz drastisch sagt es Karl Phillip Moritz **1785** in seinem *Anton Reiser*: „Selbst der Gedanke an seine eigene Zerstörung war ihm nicht nur angenehm, sondern verursachte ihm sogar eine Art von wollüstiger Empfindung, wenn er oft des Abends, ehe er einschlief, sich die Auflösung und das Auseinanderfallen seines Körpers lebhaft dachte.“ (Moritz 1785-1790, S. 29).

Konversion

Es hier nicht möglich, die vielen Aspekte und Konzepte der Konversion zu reproduzieren. Die Hysterie ist *die* Erkrankung, die sich der verschiedensten Dissoziationsformen bedient, und die körperlichen unter ihnen nennt man mit Freud (1895d) Konversion. Ursprünglich waren Konversionssymptome für Freud „Abreaktionen“ von verdrängten, sexuell traumatischen Erlebnissen, die durch Phantasietätigkeit aufgrund von von Erwachsenen Gehörtem und zur Abwehr modifiziert, verdrängt und *nachträglich* durch entsprechende Situationen in oder nach der Pubertät virulent wurden. Das Körpersymptom – man denke an Lähmungen von Extremitäten voller phalli-

scher Symbolik, an den Arc de cercle oder pseudo-epileptische Konvulsionen – teilte das Missbrauchstrauma sowohl symbolisch mit, als es es auch verbarg. Für Hoffmann und Mitarbeiter (2004, S. 119) sind Konversionssymptome wegen ihrer Symbolkraft auf einer höheren, neurotischen Ebene angesiedelt im Vergleich zu anderen Dissoziationsformen. Darüber kann man streiten, denn wer bewirkt die Symbolleistung, das Ich, oder vielmehr das Körper-Ich? Ferenczi dachte sich jedenfalls eine Regression auf die *Protopsyche*, verbunden mit einer archaischen Symbolfunktion des Körpers. Übrigens finden sich hier Formulierungen, die dem Körper ein gewisses Eigenleben konzidieren: Ferenczi (1985) meint, der Körper „handelt“; Bion (zit. bei Meltzer 1984, S. 79) und McDougall (1978, S. 336) finden, er „denkt“.

Ein **Fallbeispiel**: Eine Patientin, die als Kind jahrelang von ihrem Vater sexuell missbraucht worden war, entwickelte ein Ekzem an der Innenfläche der rechten Hand. Sie genoss es, über die betreffende Hautstelle lauwarmes Wasser fließen zu lassen, wodurch angenehme sexuelle Gefühle entstanden. Die Patientin stellte in ihrer Phantasie also mit dem Hautsymptom deutlich eine Verbindung zu den positiven Anteilen der Beziehung zum Vater her, der damals viel weicher und zugewandter sein konnte als die Mutter, auch wenn er die Tochter sexuell missbraucht hatte, wobei er ihr oft nahelegte, das Sperma auf der Handfläche zu verreiben, was ihr guttun sollte. Aber als sich herausstellte, dass das Ekzem dieser Patientin immer dann auftrat, wenn sie einen neuen Mann kennengelernt hatte, musste ich daran denken, dass sie den mit dem Symptom auch auf Abstand halten konnte, dass das Ekzem also die phantasierte Verbindung zu dem einen wie auch die Abwehr eines anderen Objekts enthielt. Und tatsächlich, jedesmal, wenn die Patientin sich wieder getrennt hatte, verschwand auch das Symptom.

Auch Asthma ist eine Krankheit, deren Symptom in psychodynamisch relevanten Zusammenhängen plötzlich auftaucht und verschwindet, so dass man sie in manchen Fällen in die Nähe der Konversion rücken möchte. Eine Patientin litt jahrelang unter asthmatischen Beschwerden tagsüber; abends, ziemlich regelmäßig gegen 23 Uhr, verschwanden sie jedoch. Die Patientin dachte sich, dass das Symptom mit ihrer Angst vor Menschen zu tun habe, denn es verschwinde, wenn sie abends sicher sein könne, unbehelligt für sich allein den Tag ausklingen zu lassen. Der Asthmaanfall ist also nicht nur ein "Schrei nach der Mutter", sondern, wie schon F. Deutsch (1933, S. 142) erkannte, eine Zurückweisung der Mutter: Es "genügte schon ..., die drohende Annäherung an das verpönte Liebesobjekt..., um den Atemkrampf hervorzurufen." Schließlich handelt es sich ja beim Asthma um einen erstickten Schrei, denn die Luft ist ja gerade gehindert, herauszuströmen. – Ein anderer Patient erlitt häufig heftige Heuschnupfenanfälle, wenn er,

vom Bahnhof kommend, mit dem Einspanner die Pappelallee entlangfuhr, die zum Gutshof der Mutter führte. Die Pollen, dachte er, sind schuld – bis ihm eines Tages auffiel, dass der Anfall ausschließlich bei der Fahrt *zur* Mutter auftrat, keineswegs aber, wenn er dieselbe Allee zurück zum Bahnhof fuhr...

Körperagieren

In einer zweiten Gruppe ist nicht der Körper direkt in die dissoziativen Phänomene eingebunden, vielmehr soll die unerträgliche Bedrohung der dissoziativen Empfindungen, letztlich die drohende psychotische Desintegration, durch das Körperagieren in Schach gehalten werden. Das bedeutet eine zweiphasige Abwehr: Die Dissoziation wehrt die Psychose ab, das Körperagieren die Dissoziation (auch Eckardt-Henn, persönl. Mitt. 2006). Bei der Selbstbeschädigung ist es oft besonders deutlich: Der lädierte Körper, besonders seine äußere Grenze, die Haut, führt zu einem Sich-Spüren, Sich-lebendig-Fühlen, als ob ein liebendes Mutterobjekt durch innigen Körperkontakt einen vor Spannung und Vernichtungsdrohung außer sich seienden Säugling beruhige. Eine Patientin schrieb mir einmal: „Ich finde mich jetzt so schlecht, fühle mich so leer ... Wenn ich mich verletze, ist das für mich eine Möglichkeit, diese Angst und den Schmerz darzustellen, ich mache den Schmerz *sichtbar*, und dadurch ist er nicht mehr so bedrohlich ... Die Lust, mich zu verletzen, entsteht auch aus dem Wunsch, mich mehr mit mir und meinem Körper zu beschäftigen. Als ich mir den Arm aufgekratzt hatte, dachte ich: Mein Körper gehört mir, und ich kann damit machen, was ich will! Ich hatte extrem das Gefühl, etwas Eigenes, Selbstbestimmtes zu machen...“ Oft wird in diesem Zusammenhang auch dem warm über die Haut rinneenden Blut, dem Lebenssaft, beruhigende Funktion zugeschrieben, gar mit einem "security blanket", einem Übergangsobjektartigen Schlaf Tuch also, verglichen (Kafka 1969). Auch bei einem Selbstbeschädigungsverhalten des Kindesalters, der Trichotillomanie, ist die im Symptom enthaltene Verbindung zur Mutter deutlich, repräsentiert das weiche Haar doch Mütterliches, das sich das Kind einverleibt, inkorporiert, wenn es die ausgerissenen Haare schluckt. Das sind intermediäre Objekte (Buxbaum 1960) bzw. Brückenobjekte (Kestenberg 1971), Körperteile, die eine Brücke zwischen Mutter und Kind symbolisieren.

Plassmann (1989) ist zuzustimmen, wenn er bei der artifiziellen Erkrankung – d.h. der eigene Körper wird wahrlich wie ein äußeres Objekt be- bzw. misshandelt – den Körper in der Funktion des damals misshandelten Kindes sieht, das die Patientin selbst einmal war, die sich nun aber grandios zur Täterin macht. In einem Fall Plassmanns (1987) verband die Patientin, die wegen

einer unklaren schweren Anämie mehrfach stationär behandelt werden musste, das nächtliche Blutabnehmen, in einer Art Autovampirismus, mit der Phantasie, sich aus sich selbst zu ernähren. Ein Faktor unterscheidet die Dynamik der artifiziellen Krankheit von der der Selbstbeschädigung: Die Patientin, die sich heimlich krank macht, sucht den Arzt als triangulären Dritten auf, der Hilfe bringen und befreien soll von der im Symptom materialisierten zerstörenden Mutter – doch wehe, er nähert sich der wahren Diagnose, dann wird er zum Feind, der ihr die doch andererseits unbedingt benötigte „Mutter“ wegnehmen will. So einfach zu verstehen wie schauerlich wahrzuhaben ist die Dynamik der *Munchausen-by-proxy*-Mutter, die das Böse nicht auf den eigenen Körper, sondern auf den ihres Kindes projiziert, den sie oft lebensgefährlich krank macht, um ihn zum Arzt zu bringen: „Bitte helfen Sie uns...“.

Hypochondrie und Dysmorphophobie

Auch die Psychodynamik der dritten Gruppe, die ich vorstellen möchte, beruht auf einer Abspaltung des Körper-Selbst. Diese ist bei der Hypochondrie die Voraussetzung für die Projektion des bösen Objekts bzw. des schlechten Selbstanteils auf den Körper (vgl. Hirsch 1989c; 2003). In Krisen und Belastungssituationen, besonders in solchen der Identitätsveränderung, in Schwellensituationen der Identitätsentwicklung, kommt es zur hypochondrischen Projektion der Krise auf den Körper – „Gerade jetzt, wo ich alles erreicht habe!“ – wähnt der Kranke sich todgeweiht, krebskrank oder Aids-krank. Aber dieses Erreicht-Haben bedeutet gerade die Identitätsfestlegung, die Unentrinnbarkeit, die Notwendigkeit der Anerkennung der Beschränktheit des Lebenslaufs und letztlich des Todes – Hypochondrie ist die Erkrankung der Lebensmitte. Als ein Auslöser unter vielen sei der Bau oder Kauf eines Hauses genannt – „In diesem Steingehäuse werde ich einmal sterben – nun kann ich nicht mehr weg“ – nicht umsonst sagt uns ein arabisches Sprichwort: „Wenn das Haus fertig ist, kommt der Tod.“ (Thomas Mann, *Buddenbrooks*; vgl. Hirsch 2006).

Die **Dysmorphophobie** dagegen ist eine Reaktion auf die Identitätsbedrohung der Adoleszenz, hier vertritt die mit Panik verbundene fixe Idee, der Körper der oder des Jugendlichen oder Teile von ihm seien missgestaltet, die Angst des Jugendlichen vor dem vor ihm liegenden selbstverantworteten Leben, und da er in seiner sexuellen Identität gefordert und von ihr bedroht ist, sind es besonders die Geschlechtsmerkmale, die er missgestaltet wähnt. Die Brüste sind zu groß oder zu klein, der Penis *immer* zu klein, die Schambehaarung fehlt, der Stimmbruch ist nicht eingetreten... Sekundär wird der Körper auf den Angst und Wut projiziert.

ziert werden, als Begründung herangezogen, dass es nicht geht mit dem Leben, der Arbeit, den Prüfungen, der Sexualität, den Kontakten zu Menschen...

Im Grunde geht es bei der Anorexie um dieselbe dysmorphophobische Dynamik, allerdings auf das Körpergewicht gerichtet, das ängstlich beobachtet und als Maß für ein Gut- oder Schlecht-Sein verwendet wird. Die Magersucht scheint mir eine Art Stellvertreterkrieg mit dem Körpergewicht zu sein; die wirkliche Front und Bedrohung läge für die Jugendliche in der Aufgabe, getrennt von den Eltern mit der Gestaltung eines individuellen, selbstverantworteten Lebens zu beginnen. Der Körper hatte sich eigenmächtig darangemacht, dem Mädchen eine weibliche Identität aufzudrücken, und mit der Nahrungsverweigerung hat es ein Mittel gefunden, die Körperentwicklung aufzuhalten, und sich darüber hinaus eine Macht verschafft mit der Phantasie, sie hätte das Leben schon gemeistert, wenn sie den Körper im Griff hat. Daher das Hochgefühl von Autonomie und Autarkie, auch Verachtung den Mitmenschen mit ihrer Gier, besonders der Mutter gegenüber, die "sich mit ihren großen Brüsten gierig über die Wühltische der Kaufhäuser im Schlussverkauf beugt", wie eine Patientin es drastisch ausdrückte. Die Identitätsängste der Jugendlichen haben sich in die Angst vor der Überschreitung einer magischen Körpergewichtsgrenze verwandelt, die als Katastrophe erlebt und mit Panik beantwortet wird. Der normalgewichtige weibliche Körper wird zum "Inbegriff alles Bösen" (Willenberg 1989), der magere Körper dagegen stellt ein idealisiertes "gutes" Mutterobjekt dar, eine "Anti-Mutter" oder "Nicht-Mutter", die die Patientin nicht bedroht, andererseits aber auch nicht allein lässt. Wenn das Körpergewicht steigt, droht die Fusion mit der bösen Mutter (Hirsch 1989). Auch bei der Bulimie findet man dieselbe Angst, der Körper könnte zu schwer werden. Die Bulimikerin hat aber ein Mittel gefunden, das sie geradezu omnipotent im Umgang mit der ambivalent begehrten und gefürchteten Nahrung als phantasmatischem Mutter-Objekt macht, das sie aus eigener Macht aufnehmen und ausstoßen, erschaffen und vernichten kann! Häufig haben die Patientinnen am Anfang eines Fressanfalls noch das Gefühl, sich etwas Gutes anzutun, sich in der Phantasie eine selbstgeschaffene gute Mutter einzuverleiben in der Illusion, die "mütterliche Substanz" bleibe beherrschbar. Ist die Nahrung aber erst einmal verschlungen, bekommt sie ein Eigenleben; es droht durch die Verdauung eine Verschmelzung mit dem mütterlichen Bösen, das in den eigenen Körper eindringt, der auf diese Weise ununterscheidbar zur Mutter würde, was dieselbe Panik auslöst wie bei der Anorektikerin; eine Patientin, die nach einem Fressanfall einmal nicht erbrechen konnte, rief den Notarzt, der sie von der inkorporierten Mutter-Imago befreien sollte.

.Schlussbemerkung

Es ging mir um die Objektverwendung des eigenen Körpers, deren Voraussetzung seine Abspaltung vom Gesamt-Selbst ist, als Trauma-Äquivalent bzw. besonders als Versuch der Restitution: Wendung vom Passiven ins Aktive in einer Täter-Opfer-Umkehr, auch wenn der eigene Körper dann das Opfer ist, also wiederum ein Teil des Selbst. Im eigenen Körper kann ein tröstendes Mutter-Objekt hergestellt werden, wie ein Übergangsobjekt, auch dieses aus eigener Kraft. Der dissoziierte Körper kann als Ort der Projektion für das Böse, d.h. das traumatische Introjekt, dienen, wie bei der Hypochondrie und Dismorphophobie. Er kann aber auch verwendet werden zur Herstellung einer surrogathaften Ich-Grenze durch die Manipulation der Körpergrenze bei der Selbstbeschädigung. Alle Formen enthalten einen Selbstheilungsversuch durch Opfern eines (Körper-) Teils, um das Ganze (das Selbst) zu retten.

Literatur:

- Bion, W. R. (1962a): Lernen durch Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1990
- Bion, W. R. (1962b): A theory of thinking. In: Second Thoughts. Heinemann, London
- Böhme-Bloem, C. (2002): "Der Mensch ist, was er isst". Ess-Störung als Ausdruck gestörter Identität und mangelnder Symbolbildung. In: Hirsch, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektspiegelung und die Entwicklung des Selbst. Forum Psychoanal. 20, 175-199
- Dulz, B., Lanzoni, N. (1996): Die multiple Persönlichkeit als dissoziative Reaktion bei Borderlinestörungen. Psychotherapeut 41, 17-24
- Eissler, K. R. (1968): Weitere Bemerkungen zum Problem der KZ-Psychologie. Psyche – Z. Psychoanal. 22, 452-463
- Ferenczi, S. (1919): Hysterische Materialisationsphänomene - Gedanken zur Auffassung der hysterischen Konversion und Symbolik. In: Bausteine zur Psychoanalyse III, S. 129-147. Bern (Huber), 2. Aufl. 1964
- Ferenczi, S. (1921): Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic. In: Bausteine zur Psychoanalyse I. Huber, Bern, 2. Aufl. 1964
- Ferenczi, S. (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Huber, Bern 1964, 511-525
- Ferenczi, S. (1985): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932., Frankfurt a. M. (Fischer), 1988
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart, 2004

- Fonagy, P., Moran, G. S., Target, M. (1993): Aggression and the psychological self. *Int. J. Psycho-Anal.* 74, 471-485. Deutsch: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 47, 125-143, 1998
- Fonagy, P., Target, M. (1995): Zum Verständnis von Gewalt: über die Verwendung des Körpers und die Rolle des Vaters. *Kinderanalyse* 10, 280-307
- Fonagy P, Target M (2000): Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. *Psyche – Z. Psychoanal* 55, 961-995, 2001
- Freud, A. (1978): Antrittsvorlesung für den Sigmund-Freud-Lehrstuhl der Hebräischen Universität, Jerusalem. In: *Die Schriften der Anna Freud Bd. X*, München, Kindler, 1980
- Freud, S. (1923b): Das Ich und das Es. G. W. XIII
- Gutwinski-Jeggle, J. (1995): Das Körper-Ich als Kommunikationsmittel. In: *Vom Gebrauch der Psychoanalyse heute und morgen. Frühjahrstagung der DPV*, Heidelberg, Mai 1995
- Gutwinski-Jeggle, J. (1997): Wenn der Körper – nicht – spricht. In: Herold, R., Keim, J., König, H., Walker, C. (Hrsg.): *Ich bin doch krank und nicht verrückt. Moderne Leiden – das verleugnete und unbewusste Subjekt in der Medizin.* Attempto-Verlag, Tübingen
- Hirsch, M. (1987): *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie.* Springer: Berlin, Heidelberg, New York, 3. Aufl. 1994; Neuaufl. Psychosozial-Verlag, Gießen, 1999
- Hirsch, M. (1989a): Der eigene Körper als Objekt. In: Hirsch, M. (Hrsg.): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens.* Springer: Berlin, Heidelberg, New York; Neuaufl. Psychosozial-Verlag, Gießen, 1998
- Hirsch, M. (1989b): Hypochondrie und Dysmorphophobie. In: Hirsch, M. (Hrsg.): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens.* Springer, Berlin, Heidelberg, New York; Neuaufl. Psychosozial-Verlag, Gießen, 1998
- Hirsch, M. (1989c): Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie. In: Hirsch, M. (Hrsg.): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens.* Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, HongKong, Neuaufl. Psychosozial-Verlag, Gießen, 1998
- Hirsch, M. (1996): Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und nach Anna Freud. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 45, 198-205
- Hirsch, M. (1997): Schuld und Schuldgefühl - Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt. *Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen*
- Hirsch, M. (1998): Zur Objektverwendung des eigenen Körpers bei Selbstbeschädigung, Autoerotismus und Ess-Störungen. *Analyt. Kinder- Jugendlichen Psychother.* 29, 387-403
- Hirsch, M. (2002): Der Körper im Werk Sándor Ferenczis. In: Hirsch, M. (Hrsg.): *Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute.* Psychosozial-Verlag, Gießen
- Hirsch, M. (2003): Das hypochondrische Prinzip – zur Psychodynamik der Hypochondrie und verwandter Erscheinungen. In: Nissen, B. (Hrsg.): *Hypochon-*

- drie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Hirsch, M. (2004): Körperinszenierungen – über Parallelen des Körperagierens bei den "Naturvölkern", zeitgenössischen Jugendlichen und pathologischen Formen. *Forum Psychoanal.* 20, 367-378
- Kafka, E. (1971): On the development of the experience of mental self, bodily self and self-consciousness. *Psychoanal. Study Child* 26, 217-240
- Kafka, J. S. (1969): The body as transitional object: a psychoanalytic study of a self-mutilating patient. *Brit. J. Med. Psychol.* 42, 207-212
- Kutter, P. (1980): Emotionalität und Körperlichkeit. *Prax. Psychother. Psychosom.* 25, 131-145
- Kutter, P. (1981): Sein oder Nichtsein, die Basisstörung der Psychosomatose. *Praxis Psychother. Psychosom.* 26, 47-60
- Lichtenberg, J. D. (1983): *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin, Heidelberg
- McDougall, J. (1978): *Plädoyer für eine gewisse Anormalität*. Suhrkamp, Frankfurt, 1985
- McDougall, J. (1989): *Theatres of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. Free Association Books, London
- Sachsse, U. (1989): „Blut tut gut“ – Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschädigung der Haut. In: Hirsch, M. (Hg.): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, HongKong, Neuaufl. Psychosozial-Verlag, Gießen, 1998
- Sachsse, U. (1994): *Selbstverletzendes Verhalten*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schilder (1935): *The image and appearance of the human body*. Paul Kegan, London
- Schur, M. (1955): Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanal. Study Child* 101, 119-164. Deutsch in: Overbeck, A. (Hrsg.): *Seelischer Konflikt - körperliches Leiden*, Rowohlt, Reinbek, 1978
- Sgrena, G. (2005): *Friendly fire – als Geisel zwischen den Fronten*. Ullstein, Berlin
- Shengold, L. (1979): Child abuse and deprivation: Soul murder. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 27, 533–559
- Stern, D. (1983): The early development of schemas of self, other, and “self with other”. In: Lichtenberg, J., Kaplan, S. (ed.): *Reflections on Self psychology*. Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Stern, D. (1985): *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books, New York
- Valenstein, A. F. (1973): On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction. *Psychoanal. Study Child* 28, 365-392
- Wassmo, H. (1981): *Das Haus mit der blinden Glasveranda*. Droemer, München
- Willenberg, H. (1986): Die Bedeutung des Vaters für die Psychogenese der Magersucht. *Materialien Psychoanal.* 12, 237-277

Winnicott, D. W. (1967): Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: Winnicott, D. W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett-Cotta, 1979

Winnicott, D.W. (1971): Playing und reality. Tavistock, London. Deutsch: Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart, 1973