

# **Wo Abwehr ist, ist auch Angriff**

## **Ein Perspektivwechsel zum Verständnis von Psychopathologie**

### **Therapeutische Implikationen**

Vortrag am 09.11.2002 vor der NGaT in der Curtiusklinik, Bad Malente-Gremsmühlen.

**Dr. Ingrid Baumert, Molfsee**

Die Idee zu meiner Arbeit , wo Abwehr stattfindet. muss auch Angriff sein" stimmt aus meiner langen klinischen Erfahrung in der Psychiatrie und aus meiner über zwanzigjährigen Praxis als niedergelassene Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin. Während in allen Psychotherapierichtungen die psychopathologischen Phänomene von der Seite der Abwehr- und Copingmaßnahmen her untersucht, verstanden und behandelt werden, habe ich zunehmend die Notwendigkeit empfinden, den Blickwinkel auch auf die Angriffsseite zu richten. Ich meine mit der Angriffsseite nicht nur historisierend die realen traumatogenen Ursachen für die Erkrankung. sondern auch aktuelle verselbständigte Angriffe. die zu psychopathologischen Erscheinungen führen. Also kurz gesagt: Wo Abwehr ist, müssen auch Angriffe zu entschlüsseln sein. Dabei entdeckte ich, dass das Konzept vom Unbewussten ebenso die Seite der Angriffe betrifft. Denn Angriffe bleiben oft unerkannt und haben die Abwehr vielfach außer Kraft gesetzt. In keinem anderen Bereich der Medizin wird die Störung bzw. Erkrankung so ausschließlich von der Abwehrseite her untersucht wie in der Psychopathologie. Viehmehr geht es bei der körperlichen Erkrankung darum, die angreifenden Viren; Bakterien oder Zellen zu erkennen, ihre Arbeitsweise zu entziffern, um sie zu bekämpfen Die Stärkung der Abwehr ist wichtig; aber solange die „Angreifer“ unentdeckt bleiben, bleibt auch die Behandlung unzureichend.

Nicht im Widerstreit zur Psychoanalyse, sondern aus ihr heraus entstanden mein Suchen und langsames Erkennen. Die in der Psychoanalyse immanenten Annahmen von der Existenz des Unbewussten und der Existenz einer Mehrzahl verschiedener - auch unbewusster - Ebenen und Perspektiven, um ein und dasselbe Phänomen zu betrachten und zu verstehen, eröffnete geradezu die Möglichkeiten, andere - ungewohnte und unbekannte - Ebenen zu finden und aufzuspüren. Vor allem lernte ich durch die Patienten, dass immer etwas in ihren Aussagen steckt, das direkt und wörtlich zu nehmen ist, und so paradoxerweise etwas Unbewusstes zu Tage gefördert werden kann. Ich hatte vor über 15 Jahren eine junge Frau in psychoanalytischer Behandlung - dreimal die Woche auf der Couch - . die jedes Mal. wenn sie sich hinlegte. anfang zu klagen. sie werde wie tot, bleischwer; sie könne kein Wort sprechen. Alles Suchen blieb lange Zeit ohne Erfolg: Annahmen, ob sie sich im Liegen mir gegenüber ausgeliefert, bedroht oder ohne Kontrolle erlebe, wurden von ihr verworfen. Nachforschungen über ihre Phantasien, die sie vor dem Termin hatte, auf dem Weg zu mir\_ waren ergebnislos. Sie blieb dabei\_ dass es nichts mit mir zu tun hätte. Sie freue sich sogar auf das Kommen. Dann aber werde sie von etwas überfallen, gelähmt und abgeschnitten. Wenn diese Patientin heute zu mir gekommen wäre, würde ich ihre Klage wörtlich nehmen und wahrnehmen, dass

es etwas gibt, das die Patientin lahm legt, sie bedroht und angreift und damit verhindert, dass sie mit ihrer Analytikerin in Verbindung kommen kann.

Damals suchte ich nach den Anteilen der Abwehr, was die Patientin bewegen könne, der analytischen Begegnung aus Angst zu entgehen. Beide Sichtweisen liegen dicht beieinander, von der Abwehrseite verstanden, ist jedoch die Intention der Abwehr der Patientin zugeschrieben, während von der Angriffsseite verstanden, ich davon ausgehe, dass die Patientin von etwas Unbekanntem, Unheimlichem überfallsartig lahm gelegt wird: zunächst ohne Sprache, sondern erlebbar nur wie ein Schlag und erkennbar an den Auswirkungen. Später wurde das hinter

der Lähmung liegende Drohende sichtbar und benennbar: Du bist falsch! Was du sagst, ist falsch ... Du darfst nicht sprechen, du lügst. Du bist unwichtig... Als ich Jahre später meinen Mutmaßungen weiter nachging, hielt ich es für möglich, dass gewaltsame, Macht missbrauchende Teile früherer Objektbeziehungen in das Subjekt implantiert als Introjekte weiter wirksam sind; indem sie das Subjekt weiterhin missbrauchen und bedrohen, wenn es etwas von dem erlittenen Missstand benennen will oder benannt hat. Nicht das Subjekt klammert sich an den Täter, sondern umgekehrt wird das hilflose Subjekt gefesselt, überwacht und kontrolliert: es darf keine eigenen Objektbeziehungen wählen, es darf nicht eigenen Impulsen, eigenen Wahrnehmungen folgen. Es wird alles überwacht, etwa einer Folter oder Hirnwäsche vergleichbar. Wenn in der psychoanalytischen Literatur der Zustand beschrieben wird, wie sich Patienten mit der „inneren pathologischen Bande oder der Mafia“(vgl. z.B. Rosenfeld) verklammern und um keinen Preis sich davon lösen wollen, wird übersehen; dass der Urheber immer noch wirksam ist und das Selbst des Patienten fest im Griff hält, aber getarnt, so als sei es das Subjekt selbst. Dieses ist aber der eigenen Intention beraubt, jedem eigenen Impuls folgt ein Rückschlag. Es ist von Angst und Drohungen gedrosselt. Der Schritt des Loslassens ist erst dann möglich, wenn das; was droht; erpresst, Versprechungen macht, täuscht, verführt; erkannt und benannt ist. Diesen Prozess habe ich in meiner ersten Arbeit mit dem Titel „Das sind Sie nicht selbst“ beschrieben. Später fielen mir jedoch Phänomene auf, die sich durch diese historisch erklärbaren inneren Introjekte allein nicht verstehen ließen. Das sind die Phänomene, wenn der Patient von ganz plötzlichen Zustandsänderungen berichtet. Plötzlich, wie vom Blitz aus heiterem Himmel getroffen; wie im Kurzschluss bricht das Denken zusammen, wird „alles dunkel“, entsteht Unruhe, Panik, krümmt sich der Patient vor Schmerz, etc. Der Patient findet sich schlagartig „in einem ganz anderen Film wieder“. Hier der Geschichte der früheren Objektbeziehungen und deren innerer Abbildung nachzugehen; halte ich zu diesem Zeitpunkt für einen unnötigen Umweg, wenn ich von der Annahme eines Angriffes an einer sogenannten Schwachstelle ausgehe. Die Schwachstelle, die historisch entstanden sein kann., wie z.B. etwas nicht wollen zu dürfen, wird in dem Moment zu einem Angriffspunkt, in dem der Patient etwas Eigenes entwickelt. So entstehen plötzlich Angst und Panik, der Patient ist wie „von Sinnen“\_ er muss alles fallen lassen, er ist einer unbekanntem störenden Kraft ausgeliefert, die unterbrechend, einem Kurzschluss vergleichbar, an der Schwachstelle des Patienten eingreift. Diese zweite Art des Angriffes ist also nicht nur historisch zu verstehen. Dieser möchte ich mich in diesem Vortrag besonders widmen. Dabei bin ich auf die Suche gegangen nach Belegen und Validierungen meiner Mutmaßungen, so besonders bei Freud selbst. Dann habe ich einen Blick auf aktuelle Forschungsergebnisse in der Medizin geworfen - der Krebsforschung und der Hirnforschung. Ich bin dort auf Ergebnisse gestoßen, die meine Hypothesen plausibel machen. Zum Schluss erörtere ich einige therapeutische Implikationen anhand von zwei Fällen.

## **I. Die Hypothesen**

1. Ich halte es für möglich, dass es destruktive Kräfte gibt, die den Menschen zentral im Gehirn angreifen können. Diese Angriffe lösen verschiedenes aus: Unterbrechungen, Kurzschlüsse, Zusammenbrüche des Denkens, der Wahrnehmung, der Sinne; der Motorik und der Affekte: allesamt funktionelle Störungen. Sie trennen und vernichten jede Verbindung. Kurz sie enthalten all die Zerstörungskraft, die bisher dem Todestrieb zugeschrieben wurde. Sie richten sich gegen jede Intentionalität. Meine Annahme ist, dass diese Kräfte existieren und „überfallsartig“ und psychisch eingebunden wirksam sind.

2. Ich nehme des weiteren an, dass die Störungen, die in schweren Psychopathologien auftreten, wie Spaltungen, Isolierungen, Dissoziationen und toxische Affekte vor allem Folgen dieser Angriffe sind und nicht - wie im allgemeinen angenommen wird - nur Abwehrmaßnahmen des ICHs. Die Psychoanalyse hat die Möglichkeit des Angriffes nicht in dem Umfange untersucht wie die Möglichkeit der Abwehr. Ich nehme die Wahrscheinlichkeit des Angriffes, den Auswirkungen von Angriffen und der Verschlüsselung des Angriffes an. Psychisch eingebunden sind es Teile des Über-ICHs oder andere Introjektionen. Aber es scheint auch Angriffsquantitäten zu geben, die nicht psychisch eingebunden sind.

3. Das Konzept des Unbewussten ist auf diese Angriffe auszuweiten. Die Angriffe sollen vermutlich nicht erkannt werden. Dass man, wie Freud erklärte, das Unbewusste an seinen Auswirkungen erkenne, trifft auch auf diese von mir für möglich gehaltenen destruktiven Angriffe zu. Besonders beim seelischen Trauma können die Merkmale des Destruktiven untersucht werden. Ich mutmaße, dass das Trauma eine komplexe Folge von destruktiven Angriffen ist und später die „Schwachstelle“ oder - wie es oft in der psychoanalytischen Literatur bezeichnet wird - das „Loch“ für erneute destruktive Angriffe. Das Kernstück des Traumas ist das Überwältigtwerden, die psychische und physische Hilflosigkeit. Balint (1969) nennt folgende drei Elemente: 1. Das Kind ist vom Erwachsenen abhängig, 2. dieser Erwachsene tut gegen die Erwartung etwas höchst Aufregendes oder Schmerzhafes, 3. er weist das Kind danach ab, die Tat wird verleugnet. Über diese drei Kennzeichen hinaus wird die Charakterisierung des materiellen Angreifers, der zum Trauma gehört und die des Machtmissbrauches, häufig außer acht gelassen. Zum Machtmissbrauch gehören u.a.: Verdrehungen, Verführungen, Erpressungen und vor allem Drohungen, die das TABU errichten, dass alles geheim bleiben muss, dass Sprechen und Wahrnehmen unter der Drohung der Vernichtung stehen. Darauf setzt sich die Drohung, als Opfer die gesamte Schuld an der Katastrophe übernehmen zu müssen, die einer Veröffentlichung folgen würde.

## **II Die Entstehung der Hypothesen**

Irgendwie hatte ich begonnen - vielleicht etwas anders als sonst - auf das zu hören, was Patienten erzählen, vor allem auch mit welcher Intonation sie berichten. Das klinische Bild, die Psychopathologie, die ich sah und das, was sich hörte, waren unverändert, wie ich es schon seit Jahren kannte. Ich begann, es in einem anderen Bedeutungszusammenhang zu hören und zu verstehen. Ich hörte vor allem deutlicher als bisher, dass sie angegriffen werden: z.B. von Quälerischen Gedanken, die sie für unwert und unfähig hinstellen. Manche sprechen vom „Kurzschluss“ im Kopf, wonach sie nicht mehr denken können, nicht mehr „Herr ihrer Sinne“ seien und nur noch hilflos in Panik gerieten. Andere erzählen, dass sie sich schutzlos fühlten, alles „Böse“ in sie hineinströmen könne, sie sich dann wie „durchlöchert“ fühlten.

Des Weiteren wird berichtet, dass „wie aus heiterem Himmel“ sie ein „Schlag“ getroffen habe. Der Schlag beinhaltete bei genauerem Hinsehen eine Drohung gerade in dem Moment, als es dem Patienten etwas besser ging, er möglicherweise gerade Erfolg hätte verbuchen können. Charakteristisch ist, dass diese Angriffe besonders dann erfolgen, wenn der Patient begonnen hatte Schritte zu tun, Intentionen zu entwickeln oder einfach lebendiger zu werden. Diese Abfolge wird allenthalben in der psychoanalytischen Literatur als „negative therapeutische Reaktion“ beschrieben (Freud 1923). Das sind Beispiele, bei denen Patienten inhaltlich von destruktiven Angriffen erzählen. Andere Beispiele wurden für mich erkennbar an der Intonation, wie der Patient sprach: Tempo, Stakkato, Schärfe oder Leblosigkeit. Man kann bisweilen einen Zusammenbruch der Zeit bemerken: es ist so, als ob alles auf einmal geschehen müsse. Als eine Patientin sich selbst heftig attackierte, sie sei unfähig, sie schaffe nichts, alles sei sinnlos, sprach ich vor einiger Zeit intuitiv zum ersten Mal den Satz aus: „Das sind Sie nicht selbst!“ Ich formulierte ihr meine Mutmaßung, dass eine destruktive Kraft sie angreife, sie in die Enge treibe, ihr alle Sinne raube, ihr keine Zeit lasse und sie obendrein als Versagerin hinstelle. Und diese Kraft greife sie an ihrer Schwachstelle an, dem Gefühl verletzt und ohne Anerkennung zu sein. Zu meiner Verblüffung war der Angriff wie ein Spuk verfliegen. Und was mich noch mehr verblüffte, war die Selbstverständlichkeit, mit der die Patientin die - für mich damals noch ungeheure - Mutmaßung annahm und befreit schien. Ich sage „befreit schien“, denn in der Folge der Behandlung bauten sich weitere Angriffe in ganz anderer Gestalt auf, die sich auch gegen mich und die Behandlung richteten. Diese Entwicklung werde ich zum Schluss bei der Erörterungen der therapeutischen Implikationen wieder aufgreifen.

Das Bild, das Freud in der Beschreibung des Zustandes des Psychotikers benutzte, fand ich in meiner Arbeit oft bestätigt: „... bei allen Kranken hielt sich in einem Winkel ihrer Seele eine normale Person verborgen, die den Krankheitsspuk wie ein unbeteiligter Beobachter an sich vorüberziehen ließ“ (Freud 1939, S.98).

Ich meine, dass in diesem Krankheitsspuk destruktive Angriffe verborgen sind, Angriffe auf das Leben und das Selbst des Patienten, die es zu entschlüsseln und zu erkennen gilt. Der Patient selbst muss die Fähigkeit entwickeln, dies zu erkennen und zu benennen, um eine Abwehr dagegen errichten zu können. Einen Beleg ganz anderer Art habe ich bei Freud in der Darstellung seiner Hypothese über unbewusste seelische Prozesse gefunden: „Eine unbewusste Vorstellung ist dann eine solche, die wir nicht bemerken, deren Existenz wir aber trotzdem aufgrund anderweitiger Anzeichen und Beweise zuzugeben bereit sind“ (Freud 1912, S. 29). Freud führt als Beweis für das Unbewusste ein Experiment mit Hypnose an: einer Patientin wurde in hypnotischem Zustand vom Arzt ein Auftrag erteilt, den sie eine halbe Stunde nach dem Erwachen ausführen sollte. Freud (1912, S. 30) schreibt dazu: „Nach dem Erwachen ist allem Anschein nach volles Bewusstsein und die gewöhnliche Geistesverfassung wieder eingetreten, eine Erinnerung an den hypnotischen Zustand ist nicht vorhanden, und trotzdem drängt sich in dem vorher festgesetzten Augenblick der Impuls, das Bestimmte zu tun, dem Geiste auf.“, d.h. die Idee des Auftrages wurde ins Bewusstsein aufgenommen, der andere Teil - der Auftrag und der Auftraggeber - blieben unbewusst, aber wirksam.

Mit diesem Beispiel erhalte ich - wie ich finde - Unterstützung für meine Hypothese: das hier vorgeführte Unbewusste richtet sich nicht gegen eine triebhafte Streben der Patientin sondern gegen die Enthüllung des Auftraggebers. Der hypnotische Zustand ist vergleichbar der Ausschaltung des Selbst durch Überwältigung im Trauma. Eine Autoritätsfigur - der Arzt - erteilt einen Auftrag, der wie ein Befehl aufgenommen wird. Die Patientin handelt, als sei sie es selbst, aber unbewusst nach einem fremden Auftrag. Das bedeutet, dass eine fremde Macht unsichtbar, unbemerkt in ihr wirksam ist und sie Dinge tun lässt, so als sei sie es selbst, die den Impuls hat. Wie es ausgeht, wenn der „Auftraggeber“ stärker und mächtiger und die Person, die den Auftrag erhält, kleiner und abhängiger ist, wird meines Erachtens durch die Psychopathologie sichtbar: der Patient bleibt fremdbesetzt, er wird gestört und eingeengt. Dieses Krankheitsgeschehen wird, wie ich bereits erwähnt habe, üblicherweise als Abwehrmaßnahme oder als pathologische Abwehrorganisation der Betroffenen verstanden.

### **III Das Studium der psychoanalytischen Literatur von Freud:**

Bei meiner Freud- Lektüre fielen mir zwei Dinge auf, die, wie ich meine, Stoff für meine Annahmen liefern.

Hubert Speidel machte mich in einem persönlichen Gespräch und in einer Arbeit mit dem Titel „Psychosomatik - Stiefkind der Psychoanalyse“ (1994) darauf aufmerksam, dass Freud die Untersuchung der Aktualangst, der automatischen Angst in der Angstneurose abgebrochen habe, da die Angstneurose u.a. nicht weiter psychisch ableitbar sei, sondern unmittelbar ins Somatische überführe.

Für den Psychoanalytiker hat das Konzept der Aktualneurose - wie Speidel herausstellt - ein entscheidendes Manko: in ihm spielt die Phantasie, die psychische Realität der unbewussten Erinnerungen, die Angstsignale erzeugen könnte, keine Rolle (Speidel 1994, S. 3). So sei das Konzept der Angstneurose roh und unentwickelt geblieben, wie es 1895 konzipiert war.

Freud hat - soweit ich das überblicken kann - an zwei Stellen abgebrochen:

1. Bei der Untersuchung der automatischen Angst in der Aktual- oder Angstneurose.
2. Bei der Untersuchung der Widerstände und zwar des Widerstandes, der, wie Freud meinte, aus der Quelle des Todestriebes stamme.

Ich möchte zunächst jedoch das klinische Bild der Angstneurose, das Freud uns vorstellte, etwas genauer betrachten. In der Angstneurose entstehe eine automatische Angst, die keine psychische Ableitung mehr zulasse. Auch fehle eine besondere Ätiologie. Auslöser seien sog. schwache Punkte, wie schwere Krankheit, Erschöpfungen, Überarbeitungen, Verluste, Trennungen. 1895 hielt Freud vor allem Störungen in der Sexualerregung für mögliche Auslöser.

Dem Klinischen Bild schreibt er folgendes zu:

1. Eine allgemeine Reizbarkeit, z.B. Überempfindlichkeit gegen Geräusche.
2. Eine ängstliche Erwartung - bei vor allem moralisch empfindlichen Personen mit der Neigung zur Gewissensangst, zu Skrupeln und Zweifeln.
3. Der plötzliche Angstanfall - mit der naheliegenden Deutung der Lebensvernichtung, des „Schlagtreffens“, des drohenden Wahnsinns.

4. Störungen von Körperfunktionen, die plötzlich auftreten, das Angstgefühl ist dann häufig ganz zurückgetreten, etwa wie Herzkrampf, Atemnot, Schweißausbrüche, Heißhunger, Erbrechen, Schwindel, Parästhesien, Schlafstörungen.

Meiner Annahme nach enthält auch die automatische Angst einen unbewussten Teil: den des Angriffes und die mit dem Angriff verbundene Drohung. Wenn dieser Teil erkannt, bewusst wird, wird eine psychische Verarbeitung möglich.

Bei allen aufgezählten Symptomen ist die „Geschichte“ unmittelbar vor dem überfallsartigen Auftreten von Bedeutung. Oft lässt sich bei genauerem Hinsehen eine direkte oder verkleidete Bedrohung diagnostizieren. Interessant finde ich, dass Freud sowohl Heißhunger als auch Erbrechen als direkte Folge eines Angstanfalls sieht. Das würde meiner Hypothese entsprechen, dass diese Symptome die Folge eines destruktiven Angriffes und nicht nur - wie häufig interpretiert - eine Abwehr des ICHs seien.

Die Kraft, die sich dem Bewusstwerdungs- bzw. Erkennungsprozess entgegenstellt, hat Freud „Widerstand“ genannt: „Wir sagen ihm dann, er stehe unter der Herrschaft eines Widerstandes, aber er weiß nichts davon...“ (Freud 1923, S. 287). Freud beschreibt in der Arbeit „Abriss der Psychoanalyse“ (1938) sechs Arten von Widerständen verschiedener Herkunft, die sich gegen den Erfolg der analytischen Arbeit aufbauen (vgl. 1923, 1926a, 1926b, 1937, 1938). Drei Widerstände entstammen dem ICH: der Verdrängungs- und Übertragungswiderstand und der Krankheitsgewinn. Es gibt einen ES-Widerstand, einen Widerstand aus dem Über-ICH und als sechsten einen Widerstand aus dem Todestrieb.

Mit diesen letzten beiden möchte ich mich eingehender beschäftigen. Freud fasste sie beide zusammen durch das Kennzeichen des „Krankheits- und Leidensbedürfnis“. Beide Widerstände seien aber verschiedener Herkunft. Das eine sei ein besonders hart und grausam gewordenes Über-ICH, das dem ICH einen Widerstand durch Schuldgefühl und Schuldbewusstsein entgegensetze. Das Individuum soll nicht gesund werden, sondern krank bleiben, es verdiene nichts Besseres. Wird eine Art Leiden aufgehoben, wird es durch ein anderes - oft durch eine somatische Erkrankung - ersetzt. Zur Behandlung dieses Widerstandes schreibt Freud (1938, S. 75): „In der Abwehr dieses Widerstandes müssen wir uns auf das Bewusstmachen desselben und auf den Versuch zum langsamen Abbau des feindseligen Über-ICHs beschränken“. Weniger leicht sei es, die Existenz eines anderen Widerstandes zu erweisen, in dessen „Bekämpfung wir uns besonders unzulänglich finden“ (1938 S.75). Hier haben sich „übergroße Quantitäten“ des nach innen gerichteten Destruktionstriebes freigesetzt, die zur Selbstbeschädigung, Selbsterstörung, bis hin zum Selbstmord treiben. „Solche Patienten können die Herstellung durch unsere Behandlung nicht erträglich finden, sie widerstreben ihr mit allen Mitteln ..... dies ist ein Fall, dessen Aufklärung uns noch nicht ganz geglückt ist“ (Freud 1938, S. 76). Der Endausgang dieses Kampfes hänge von quantitativen Relationen ab, von dem Energiebeitrag, den „wir zu unseren Gunsten beim Patienten mobilisieren können“, es sei ein Vergleich zur Summe der Energien der Mächte, die gegen uns wirken. Die Zukunft mag uns lehren ..... (Freud 1938, S. 77). Der eine Widerstand sei also im Über-ICH psychisch eingebunden und werde in solcher Weise kenntlich; andere Beträge von Widerstand mögen, unbestimmt wo, in gebundener oder freier Form, am Werke sein..... „Vorläufig beugen wir uns vor der Übermacht der Gewalten, an der wir unsere Bemühungen scheitern sehen“ (Freud

1937, S.382f ).Freud beschließt dieses Thema mit Fragen und Hinweisen an die Zukunft.

Mir fiel bei der Lektüre folgendes auf. Dem Über-ICH-Widerstand gegenüber will Freud den Patienten zur Abwehr dieses Widerstandes durch Bewusstmachung und Abbau bewegen. Das bedeutet, dass er zwischen dem Patienten und diesem Widerstand sehr wohl unterscheidet und trennt. Bei dem Widerstand, der aus dem Todestrieb entstamme, unterlässt Freud diese Trennung. Nicht dieser Widerstand wersetze sich jeder Heilung, sondern er schreibt es nur noch dem Patienten zu.

Die Abbruchstellen, die Freud bei der Behandlung der automatischen Angst und der Bearbeitung des Widerstandes aus der Quelle des Todestriebes hinterlässt, fügen etwas zusammen und geben Raum - wie ich finde - für die Hypothesen, die ich am Anfang vorgelegt habe. Die Angst, die scheinbar psychisch nicht weiter reduzierbar ist, entsteht aus einer Drohung, die unbewusst bleibt. Aus ihr wird auch der Widerstand unterhalten, den Freud dem Todestrieb zuschrieb. Freud ist jedoch bei seiner Hypothese vom biologischen Trieb geblieben. Auf diese Hypothese vom Todestrieb greifen auch in jüngerer Zeit immer wieder Psychoanalytiker zurück, um destruktive Phänomene zu erklären.(vgl. Laub, 2000, Bohleber, 2000).

#### **IV. Forschungsergebnisse**

„Es ist ein unerschütterliches Resultat der Forschung, dass die seelische Tätigkeit an die Funktion des Gehirns gebunden ist wie an kein anderes Organ ... aber alle Versuche, von da aus eine Lokalisation der seelischen Vorgänge zu erraten (...), sind gründlich gescheitert" (Freud 1915, S. 133). Freud kam ursprünglich von der Neuropathologie, er untersuchte z.B. die Auswirkungen speziell von Kokain auf das Gehirn.

Die gegenwärtige Hirnforschung hat bei Versuchen der Lokalisation festgestellt, dass eine Vielzahl von Orten, die sich an verschiedenen Stellen im Gehirn befinden, für nur eine Funktion, wie das Sehen, zuständig ist. Es komme vielmehr auf die Verbindung zwischen diesen Orten an (vgl. Singer 2000; Roth 1997).

Singer leitet am Max-Planck-Institut in Frankfurt das Projekt über neuronale Mechanismen der Wahrnehmung und des Gedächtnisses. Am Beispiel des Weges eines Lichtsignals von der Netzhaut zum Gehirn stellten die Forscher eine Aufspaltung des Bildes fest, das sie als „parallele Bildverarbeitung" beschreiben. Im visuellen Cortex werden die getrennten Bildmerkmale in unterschiedlichen Hirnarealen verarbeitet. Auf welche Weise das gespaltene Bild (so nennen sie es) in unserem Kopf wieder zusammengesetzt wird und zu einer einheitlichen und bewussten Wahrnehmung führt - das sog. Bindungsproblem - ist eines der Hauptarbeitsgebiete der neurophysiologischen Abteilung.

Auch unser Gefühlshaushalt wird von vielen Zentren aus kontrolliert, die über große Bereiche des Gehirns verteilt sind und zusammen das „limbische System" bilden. Des weiteren gibt es massive auf- und absteigende Verbindungen zwischen dem Neokortex und dem limbischen System und zum Hirnstamm: „anatomisch und funktional aufs engste verbunden"(Roth 1997, S. 197).

Es scheint also vor allem darum zu gehen, wie zwischen den verschiedenen Orten im Gehirn ein FLUSS entsteht, der die Orte verbindet. Dieser Fluss kann aber offensichtlich gestört werden. Forscher, wie Markowitsch u.a. (vgl. Globig: Kongressbericht 2000) stellten durch Stress induzierte Gedächtnisstörungen und damit verbundene Stoffwechselstörungen im Gehirn fest. Er fand, dass zu viele und

sich ständig wiederholende Stresssituationen das Gehirn massiv schädigen können. Es ähnele den Schäden nach Schlaganfällen, Epilepsie oder auch Alzheimer.

Meiner Annahme entsprechend ist das Stress-Syndrom mit den spezifischen Zeichen des „Zuviel“, der Enge, des Zeitverlustes, des erhöhten Tempos, des Stakkato, um nur einige zu nennen, ein ausdrückliches Merkmal eines Angriffes. Man ist in der Hirnforschung mittlerweile zu einer sehr genauen kartographischen Erfassung von funktionalen Systemen im Gehirn fähig. Für eine Vielzahl psychischer Störungen hat man hirnphysiologische Korrelate gefunden, es gibt geradezu eine Flut solcher Ergebnisse (Spektrum der Wiss., Zschr. Nervenheilkunde; Psychotherapeut, etc). Mit besonderer Intensität hat man sich der Erforschung des Gehirns von Schizophrenen gewidmet. Wenn man dachte, man hätte das bedeutsame hirnphysiologische Korrelat gefunden, wurde es durch nachfolgende Untersuchungen bereits relativiert: so endeten die Versuche einer Lokalisation in einer Sackgasse. Aber auch der Befund einer Neurotransmitter-Störung, speziell einer Dopaminstörung, konnte nicht als letzte Weisheit aufrechterhalten werden. Die Neurowissenschaftler konnten nicht irgendwelche spezifischen regionalen Anomalien oder Nervenzellschädigungen, sondern eine Schädigung in der Art und Weise identifizieren, wie die Regionen miteinander verbunden sind. Es scheint ein Zusammenbruch der Signalübermittlung stattzufinden, der die Botschaften entstellt und in Unordnung gebracht hat. Es sind eher verstreute neuronale Schaltkreise in Mitleidenschaft gezogen als einzelne Zellen. Man spricht bei der Schizophrenie mittlerweile vom Fehlverschaltungssyndrom (vgl. N. Andreasen, 2001, S. 250) oder von einem Dyskonnektionssyndrom (R. Schlösser et al., 2002, S.39). Den neueren Forschungsergebnissen zufolge resultiert das Problem aus einer Vielzahl von Regionen (Frontallappen, Temporallappen, Hippocampus, Thalamus und Kleinhirnregion) hervorgerufen durch deren gestörte Verbindungen und Beziehungen, die wie bei einem fehlfunktionierenden Computer zu Verlusten, Verstümmelung von Informationen und Abstürzen des Systems führen. Meistens liegt die Anomalie auf dem subtilen Niveau des Sendens und Empfangens von Botschaften durch Synapsen und Dendriten (Andreasen, S. 251).

Bei all dieser Forschung erhalten wir Kenntnis über die neuro-physiologischen Korrelate mit immer feineren Techniken abgebildet. Aber dennoch bleibt eine große explanatorische Lücke bestehen, wie die Verbindungen gestört werden und was stört. John Ratey (2001) meint, dass unser Denken bzw. unser Denkorgan geradezu dafür nicht geschaffen sei, Zusammenhänge zu begreifen, die derart komplex vernetzt und in sich rückbezüglich sind. Was im Gehirn mit seinen Abermilliarden kreuz und quer untereinander vernetzten Neuronen geschieht, entziehe sich dem Verständnis eben dieses Gehirns vollständig. Ratey schlägt deshalb vor, dass wir neue, gewagte und zunächst gewöhnungsbedürftige Metaphern finden, um neue Denk- und Vorstellungsweisen zu etablieren.

Was halten Sie von folgender Metapher?: Wie die Zuschauer eines Puppentheaters, die aus dem Zappeln der Marionetten auf einen verborgenen Puppenspieler schließen, könnten wir aus den unerklärlichen Bewegungen und Störungen im Gehirn folgern, dass eine unsichtbare Form von Materie die Fäden ziehen muss (vgl. das Hypnose-Experiment). Diese Metapher stammt nicht von mir sondern aus der Forschungswelt der Astronomen und Physiker, die von der Existenz einer dunklen Materie ausgehen, von deren Wesen sie noch gar nichts wissen, womit sie eine große explanatorische Lücke um unerklärliche Bewegungen der sichtbaren Himmelsobjekte überbrücken (M. Milgram, 2002). Nancy Andreasen (2001), in ihrem Buch „Brave New Brain“ benutzt die Metapher vom „300 Kilo

schweren Gorilla", um zu charakterisieren, wie psychische Erkrankungen unser Gehirn befallen.

Mit dieser Beschreibung lässt sie meines Erachtens etwas zusammenfallen, was getrennt und unterschieden gehört: Psychische Erkrankung ist durch Störungen im Gehirn gekennzeichnet, aber was verursacht diese Störung? Welcher Angriff, welche Macht, welche „dunkle Materie“? Da besteht also auch eine große explanatorische Lücke. Wiederum ein Physiker - Stephen Hawking (2001) - geht davon aus, dass unser sichtbares All über weit mehr Dimensionen verfügt, als wir es erfassen. Wenn man sich die Welt als ein Hologramm vorstellte, dann müssten folglich alle Informationen überall sein. Informationen aus einer höheren Dimension wären dann in einem Gebilde niedriger Dimension kodiert. Ein Hellseher wäre demnach nur jemand, der eine solche Information wahrnehmen und „lesen“ kann. Nichts - so Hawking - geschehe in unserem Gehirn ohne einen Bezug zum Großen und Ganzen - und diese These habe ein hohes Maß an physikalischer Wahrscheinlichkeit.

In der psychopathologischen Forschung und der Hirnforschung vermisst man bisher den Blick in weitere Ebenen, wie etwa auf Angreifer auf das System. In der medizinischen Forschung dagegen ist die Entschlüsselung von Krankheitserregern gang und gäbe. Niemand würde auf die Idee kommen, dem Patienten zu sagen: Der Entzündungsherd, das sind Sie selbst, das muss integriert werden. Auf biochemischer Ebene sind die Erklärungsmodelle außerordentlich dynamisch. So hat man z. B. eine neue Erklärung für die Entstehung der Arteriosklerose gefunden: die bisherige Vorstellung von verkalkten Leitungen, wo sich mit Fett beladenes Material nach und nach innen an der Arterienwand aufbaue, verkalke und den Blutstrom allmählich einenge, musste als überholt aufgegeben werden. Arterienwände enthalten lebende interaktive Zellen. Eine Schlüsselrolle spielen nach heutigem Kenntnisstand von Anfang an Entzündungsvorgänge. Die Entzündung spiegelt die Auswirkung einer regelrechten Schlacht wieder, die in einer mikroskopischen Kampfarena tobt. Ein realer Feind, aber auch ein vermeintlicher, lässt bestimmte Arten von weißen Blutkörperchen in dem bedrohten Gewebe zusammenströmen. Dort setzen sie ein ganzes Arsenal an Stoffen frei, um die Infektion einzudämmen.(vgl. P. Libby, 2002). Ein anderer Forschungsbefund, auf den ich im Spektrum der Wissenschaften stieß, ist, wie ich meine, auch in diesem Zusammenhang interessant: Dort berichtet U. Schubert (2002): Zellen schludern: zum Wohle des Organismus. Rund ein Drittel der frisch hergestellten Proteine seien mangelhaft. Doch die Zellen machten aus dieser Stümperei eine Tugend: sie nutzen den Ausschuss zur Abwehr gegen Viren. Die Ausschussware helfe dem Immunsystem, schneller auf Eindringlinge zu reagieren.

Wäre das nicht auch eine Sichtweise, mit der man die riesige Komplexität, Redundanz und verwirrende Vernetzung unseres Gehirns verstehen könnte? Wieso muss für nur eine Leistung die Verbindung über so viele Areale laufen, die im Gehirn auch weit verstreut sind? Was so unökonomisch wirkt, muss doch auch einen Sinn haben? - Denken Sie, wie es wäre, wenn sie alles in Ihrem Hause oder in Ihrer Wohnung verstreut hätten? Das wäre nicht nur ungemütlich, Sie hätten es auch sehr schwer, etwas zu finden. Welchen Sinn könnte so etwas haben? Nun stellen Sie aber sich vor, es würden Diebe in das unordentliche Durcheinander in Ihrem Haus stoßen. Es würde denen sicher schwerer fallen, sofort etwas Entscheidendes zu finden, als wenn alle Stücke in einem Schrank fein säuberlich zusammen lägen. Das zweite ist: wenn die Diebe etwas entwenden, können sie es Ihnen nicht vollständig rauben, denn die Teile sind ja verstreut. In der riesigen Vielzahl der

vernetzten Schaltkreise, die über das Gehirn verstreut sind, ist das Gehirn möglicherweise gut ausgerüstet gegen Sabotage, da trotz Störungen, Unterbrechungen etc, andere Teile kompensatorisch Funktionen übernehmen können. Oder noch ein Schritt weiter: das Gehirn als ein System enthält implizit die Annahme von Angriffen und Sabotage!

Zum Schluss dieser Debatte könnte ich noch ein Beispiel aus der Krebsforschung anfügen. Ullrich et al., Forscher am Max-Planck-Institut für Biochemie bei München erforschten die Arbeitsweise von Signalmolekülen. Sie gingen von der Hypothese aus, dass Krebs das Ergebnis einer gestörten Kommunikation sei. „Zellen sind sogar so durchwoben mit Systemen zum Austausch und zur Verarbeitung von Signalen, dass man sie durchaus als chemische Computer verstehen kann“(Ullrich 2001, S.63). Was Zellen vom Computer unterscheidet, ist, dass sie nicht Elektrizität, sondern chemische Stoffe als Überträger von Informationen benutzen. Ullrich stellte folgendes an Tumoren fest:

1. sie haben defekte Rezeptoren, die gleichsam kurzgeschlossen sind, so dass sie dauerhafte Wachstumssignale vortäuschen,
2. Krebszellen können der Aufmerksamkeit des Immunsystems entgehen und die in jeder Zelle vorhandenen Sicherheitssysteme ausschalten,
3. sie können den Körper dazu bewegen, neue Blutgefäße wachsen zu lassen,
4. sie sind für das Immunsystem schwer zu erkennen. Möglicherweise hängen Krebszellen auch spezielle „Schilder“ aus, die auf Abwehrzellen besänftigend wirken. Die Gefäße in den Tumoren können sich so tarnen, dass auch aktivierte Abwehrzellen keinen Anhaltspunkt erhalten, dass etwas nicht stimmt und nur Bruchteile von Millimetern von der Gefäßwand getrennt vorbei schwimmen.

Sie kamen zu dem Schluss (Ullrich (2001,S.64)):„Krebs kann sich nur dann entwickeln, wenn die Zellen es geschafft haben, die Sicherheitssysteme zu sabotieren“.

Unterschiedliche Forschungsbereiche - mit identischen Metaphern in differentem „frame of reference“ - machen meine Hypothesen über psychopathologische Phänomene plausibel; so auch meine Annahme, dass Spaltungen, Dissoziationen, Isolierungen und toxische Affekte Folgen von destruktiven Störungen und Angriffen sind, und dass sich die Angreifer tarnen, um nicht erkannt zu werden. Die Abwehr ist dabei vielmehr außer Kraft gesetzt. Und doch könnte ich wie ein Computerfachmann ausrufen: "Noch immer scheint die Analogie zur biologischen Welt der Krankheitserreger vielen abwegig!"

## **V. Therapeutische Implikationen**

Ich komme nun zu der Frage der therapeutischen Implikationen, die aus meinen Mutmaßungen folgen. In meinen beiden früheren Arbeiten habe ich begonnen, einige zu diskutieren (vgl. Baumert, 2001, 2002). Zum jetzigen Zeitpunkt halte ich folgende Maßnahmen für erforderlich:

1. Die Identifikation eines Angriffes und dem darausfolgenden Schluss: „Das sind Sie nicht selbst“. Das Erläutern, woran man ihn, den Angriff, erkennen kann. Also das Benennen und Erkennen.
2. Das Filtern: Die Möglichkeiten zu stoppen und zu verwerfen

3. Das Schließen: das gehört im Grunde zum Filtern. Ich gebe dem aber eine besondere Bedeutung.
4. Die Bedeutung der Zeit: Nehmen Sie die Zeit an Ihre Seite
5. Das Schützen und Verbinden
6. Das beständige Wiederholen

Die ersten drei Maßnahmen richten sich aktiv gegen Angriffe. Die anderen beiden indirekt, indem sie den Patienten „dichter“ machen können, das könnte auch heißen, dass die Abwehr dichter wird. Diese Schritte müssen beständig wiederholt werden.

Während ich mich mit der Lektüre der Hirnforschung beschäftigt habe, fiel mir auf, dass die Maßnahmen, die ich dem Patienten antrage, etwas auf die bewusste Ebene transportieren, was im normalen, nicht pathologischen Zustand subkortikale Regelungsprozesse sind: der Thalamus etwa ist eine entscheidende Filterstation, das Kleinhirn etwa ein wichtiges Zeit-Metronom. Neben dieser sich wiederholenden Arbeit entsteht ein anderer Fluss. Gefühle können entstehen, ohne dass sie sofort von destruktiven Kräften ergriffen verzerrt werden und eskalieren. Es beginnt ein Aufsuchen von Verbindungen; Trauer und Schmerz über das Verheerende entstehen. Es können dann ruhigere Arbeitsphasen entstehen, in denen sich der Patient der eigenen Geschichte oder der aktuellen Lebenssituation zuwendet. Beides wechselt sich häufig ab auch innerhalb einer Behandlungsstunde.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen zwei Beispiele aus meiner Praxis darstellen. Es geht bei beiden um Angst und Panik, bei der einen Patientin aber auch um ein zermürbendes, kaum zu stoppendes Denkraster. Beide Patientinnen hatten bereits eine mehrjährige psychoanalytische Behandlung hinter sich, deren Ergebnisse sie positiv bewerteten. Ich habe diese ausgewählt, um zu zeigen, dass die sogenannten Schwachstellen oder Löcher immer wieder im Leben auftauchen, die die von mir angenommenen Angriffe anziehen. In beiden Fällen reichten den Patientinnen die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Psychoanalyse nicht aus, um die gegenwärtige Krise zu bewältigen. Zum anderen kann ich den besonderen Unterschied aufzeigen zwischen meinem und dem eher historisierenden Vorgehen.

Die Patientin C. ist 58-jährig. Sie hatte eine lebensbedrohliche Bluthochdruckkrise überstanden, die einherging mit einer schweren Panikattacke. Seitdem lässt die Angst sie nicht mehr los, sie ist unruhig, hat Atembeschwerden, fühlt sich depressiv, ist anklammernd, hat Schlafstörungen. Angst vorm Alleinsein sowohl im Haus als auch unterwegs hatte sie schon immer. Der Blutdruck konnte medikamentös abgesenkt werden, jedoch griffen die Psychopharmaka nicht. Auslöser war der Tod der Mutter. Nach dem Tode habe sie nach und nach alles Selbstwertgefühl verloren, und die Angst wuchs. Die Patientin fing fast umgehend an, ihre Schuldgefühle der Mutter gegenüber zu analysieren, das hatte sie bereits in der Psychoanalyse getan, sie waren ihr bewusst. Sie wusste, dass ihre Mutter sie mit getarnter Überfürsorglichkeit an sich gekettet unter Kontrolle gehalten hatte. Die Patientin steuerte also wie gewohnt auf ihre Geschichte zu. Ich bot ihr dann meine Hypothese an: Durch den Verlust, den Tod der Mutter, sei ein Loch entstanden: Verlust, Trauer, Schmerz, auch darüber, dass nun alles endgültig sei und sie auch die Hoffnung, mit der Mutter noch irgendetwas klären zu können, begraben müsse. Dieses Loch, was da entstanden sei, sei nun die Angriffsstelle für destruktive Drohungen geworden, so als ob sie jetzt auch sterben müsse.

Die Patientin erzählt in einer späteren Stunde, was mit ihren eigenen Impulsen geschieht: ich bin wer, fühle mich gut, gehe los und dann kommt der Zusammenbruch, die Katastrophe. Das kenne ich seit meinem Leben, ich habe es so hingenommen, so als gehörte es zu mir. Jetzt geht mein Blick in eine andere Richtung, gegen das, was droht und sich einmischt. Die Möglichkeit, das zu verwerfen, gibt der Patientin neuen Raum. Vorher hatte sie gesagt, verwerfen ist nicht erlaubt. In einer anderen Stunde kommen der Patientin Zweifel auf an der Richtigkeit meiner Annahmen: das ist ja ein Verdrängen, ein Nicht-Hingucken.

Sie bringt das Bild vom Gulliedeckel, man würde ja nur den Deckel drauf tun und darunter brodele es weiter. Ich greife das Bild vom Gulliedeckel auf mit diesem Bild würde ja geradezu bestätigt, dass geschlossen werden müsse. Dieser muss bei einem Defekt (Loch) sofort wieder geschlossen werden. Erst wenn er fest sitzt, könne die Ursache des Defektes untersucht werden. Ich erläutere ihr die Bedeutung des Schließens. Zunächst nimmt sie es auf und es geht ihr gut. Sie kann das Haus verlassen, fühlt sich zum ersten Mal wohl, allein unterwegs zu sein. Am Symbol des Schließens wird dann deutlich, wie dicht die Phänomene beieinander liegen: es wendet sich für sie in etwas Normatives: du musst dich zusammennehmen, du musst Anstand bewahren, du darfst nicht auffallen, du darfst nichts herauslassen: Ein Schluss Aus, das ihr den gewonnenen Raum wieder nimmt, musste unterschieden werden von einem Schließen, das sie selbst zu ihrem Schutze regelt. Daran anschließend konnte sie die positive Bedeutung des Schließens erfahren: als sie nachts um drei Uhr wach lag und von Gedanken überrollt wurde, was sie alles zu tun habe, da dachte sie ans Schließen, Schluss und schlief wieder ein.

In einer anderen Stunde behandelte sie noch einmal ihre Angst vor der Fremde. Sie erklärte es so, dass das Vertraute sicherer sei, auch wenn es schlecht sei, deshalb würde sie nicht hinausgehen, sondern zu Hause bleiben. Diese Erklärung habe sie auch in ihrer Analyse gefunden. (und sie wird doch wirklich oft verwendet als Erklärung). Ich widerspreche hier: Angst vor der Fremde, das sei auch die Drohung vor der Fremde. Verborgenen bleibt dabei aber, dass sie mit allen Mitteln zurückgehalten und gefesselt wird. In dem Moment, wo sie losgehen wolle, indem sie eine Intention habe, greife etwas ein, wo sie mit Schuld und Drohung verklammert wird. Ihre Schwachstelle sei die Drohung, dass etwas Schlimmes passiere, wenn sie ihrem Impuls folge (s.o. wenn ich weg ging, war die Hölle los) Ich erzähle ihr die empirischen Funde aus der Säuglings- und Bindungsforschung: gut gebundene Kinder sind explorativ und neugierig.

Die zweite Patientin, eine 40 jährige Frau, kam wegen Angst und Depressionen, Angst vor aggressiven Durchbrüchen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Auslöser waren in diesem Fall ein Sportunfall und die Ehescheidung, der gemeinsame 9 jährige Sohn blieb bei der Patientin. Die Patientin war gewohnt, gleich nach dem Warum zu fragen und konnte die Wurzeln schon seit langem in den überhöhten Werten und Idealen bei gleichzeitiger Verachtung sehen, mit dem sie vor allem beim Vater konfrontiert war. Ein ganz zentrales Problem der Patientin war ein maschinengewehrartiges Denken, als sei eine Denkmaschine eingeschaltet. Deutungen, Interpretationen wurden von dieser Maschine sofort ergriffen, ausgeweitet, mit Material belegt, und in die Geschichte eingeordnet. Es sah so aus, als ob die Patientin enorm schnell die Inhalte verarbeiten könne. Alle analytischen Theorien waren ihr geläufig und sie konnte sie auf sich selbst anwenden. Der schwierigste Teil der psychotherapeutischen Arbeit war die Bearbeitung dieses Denkens, es zu stoppen und das ganze Ausmaß des Destruktiven darin zu erkennen. Zu Beginn der Behandlung (die ersten 20 Stunden) beeindruckte mich vor

allem der Ablauf - die Art und Weise - einer Stunde. Wenn die Patientin kam und sich gesetzt hatte, war eine enorme Anspannung spürbar, die Stimme der Patientin war laut und dröhnte wie in einem Hohlraum und die Sätze schossen wie Granaten auf mich los. Sie bedrängte mich mit unaufschiebbaren Fragen, die ich sofort beantworten sollte, damit nicht etwas ganz Schlimmes passiere. Ich verstand das, was sich da abspielte, als die Angriffsgewalt, unter der die Patientin steht und die sich so auf mich entlud, ich schwieg und hielt stand. Dieser „Spuk“ war nach ca. 20 Minuten vorüber. Das Aussehen der Patientin veränderte sich, die Gesichtszüge wurden weicher, das Dröhnen verschwand. Nun konnten wir sprechen. Das rasante Denken, die Denkmaschine also, blieben jedoch eingeschaltet. Aber erst in dieser zweiten Phase war sie ansprechbar.

Das war äußerst kompliziert, denn selbst das Erkennen führte zu einem erneuten Denksturm. Er riss alles weg, so dass die Patientin selbst nicht zu Sinnen kam. Es war also das Problem, über das Denken Worte zu finden, ohne dass ein erneuter Denksturm entfacht wurde. In diesem Fall musste ich mich hüten irgendwie zu allgemein zu sein, ich knüpfte also unentwegt an den Alltag an, an ihr Tun und Handeln, an ihre Hände, ihre Sinne, ihre Zeit. So wurde das Denken gestoppt und gleichzeitig konnte die Patientin erfahren, wie das Denken sie fortreißen will. Das Denken gab sich zu ihrem Schutze aus, wenn sie aufhören würde, würde sie in der Gosse landen, war die Drohung. Auf dem Höhepunkt des Kämpfens gegen die Denkmaschine kollabierte die Patientin mit Schwindel und Übelkeit, Angst und Schlafstörungen. Der Schwindel blieb über ein paar Wochen bestehen., so als sollte ihr bewiesen werden, was geschieht, wenn sie aufhöre zu denken. Ich verstand den Schwindel als eine Kollision zwischen dem alten und dem neuen System, das durch mich eingeführt worden war. Der Zweifel, der ihr aufgekommen war, war, dass alles zu simpel sei. Es tauchten Äußerungen von Verachtung gegen mich auf. Gleichzeitig konnten aber in der Verknüpfung: wenn du es dir leicht machst, landest du in der Gosse- die Drohung und der Angriff erkannt werden. Auch der Schwindel konnte nach und nach aufgedeckt werden: die Patientin konnte immer deutlicher erfahren, dass es das Denkraster war, das zu der Besinnungslosigkeit und Achtlosigkeit gegen sie selbst führte, so dass sie alles vernachlässigte: ihren Körper, ihre Zeit, ihr Leben. Wenn ihr alle Zeit, durchzuatmen oder zu verdauen, geraubt sei, so bliebe sie dem alten System unterworfen. Auch diese Patientin sprach davon, dass man sich an den bekannten Schmerz klammere aus Angst vor dem Unbekannten. Auch hier habe ich Einspruch erhoben wie bei der anderen Patientin. Aber hinzufügen musste ich noch, dass auch hier die Drohung und der Angriff auf ein Loch trifft, nämlich ein Verbindungsloch oder ein Mamaloch.

Die Patientin erzählte mir voller Freude über ihren Sohn, wie er seinen Weg geht.

Die Rolle der Analytikerin: In der Arbeit mit dem Angreifenden bin ich in einem aktiven und konsequenten Einsatz tätig. Es bauen sich zuweilen Druck und Drohungen gegen mich und die Behandlung auf-. Krankheiten, Fragen nach der richtigen Diagnose, Suiziddrohungen, Zerstörungswut gegen das Selbst, gegen Dinge und andere wichtige Bezugspersonen. Ich deute diese Eskalationen nicht als einen Angriff des Patienten auf meinen Seelenfrieden. Dadurch dass ich die Existenz einer unbewussten drohenden angreifenden Kraft annehme, ist die Situation trianguliert: Es ist ein Angriff auf meinen Seelenfrieden und auf den des Patienten. Ich hatte oft das Gefühl, schwerwiegende Fehler machen zu können. Es entsteht ein Machtkampf, vor allem an den Stellen, wo die Patienten der Patient selbst, der alles angreift und zerstört. Trotzdem hielt ich an dem Bild fest, dass irgendwo in der Ecke der Patient selbst hockt und das ganze - nicht unbeteiligt -,

sondern angst- und hoffnungsvoll beobachtet. Ich wurde dann fast identisch mit dem mächtigen Drohenden. Dies wäre aber zu verstehen als die „Gegenkraft“, von der Freud (1923; 1937) sprach. Sie ist, glaube ich, zu unterscheiden von den eher „infektiösen“ Vorgängen der projektiven Identifikation. In dieser Phase der Kollaboration ist meines Erachtens Tun und Handeln indiziert: Ich gebe dem Patienten eine Aufgabe, setze Bedingungen oder erteile ein Verbot. Meiner Beobachtung zufolge eröffnet dieses Einschreiten einen Raum für das Selbst im Patienten. Die Patienten sahen in jedem Fall in diesem Einschreiten einen Beweis dafür, dass ich wirkliches Interesse an ihnen habe und dass es mehr als bloßer Druck sei.

Trotz Kurzschluss muss der Patient noch einen Gedanken behalten, nämlich den: „Das ist ein Angriff.“ Bei der Arbeit gegen das Angreifende geht es meiner Beobachtung zufolge nicht ohne Machtkampf. Demgegenüber ist die Beziehung zwischen dem Selbst des Patienten und der Analytikerin von Beginn an als eine Alter-ego- Übertragung zu verstehen. Ich trage an der Seite des Patienten dazu bei, einen „Rechtsraum“ für ihn zu eröffnen, der es ihm ermöglicht, die ICH-Funktionen wieder einzusetzen, z.B. seine Wahrnehmungen zu validieren, und das Drohende zu erkennen.

Einiges ist als Technik aus der Trauma-Therapie (Sachsse 1997; Reddemann & Sachsse 1998) bereits geläufig, so die Triangulierung durch den „inneren Beobachter“, die Trennung von toxischen Introjekten, was keine Externalisierung bedeutet, also nicht im zwischenmenschlichen, sondern im innerseelischen Bereich angesiedelt ist: ein Handeln im inneren Raum.

Es bleiben viele Fragen offen. Welchen Ursprungs sind diese angreifenden destruktiven Kräfte? Werden sie neutralisiert oder eliminiert? Handelt es sich um einen physikalischen Zustand, so wie Roth & Schwegler (1995, Roth 1997) den „Geist“ als physikalischen Zustand postulieren? Er müsse nicht auf neuronale Zustände reduzierbar sein und könne eigene Gesetzmäßigkeiten aufweisen. Alles Fragen, die ich nicht beantworten kann. Aber was ich beobachten konnte und kann: Man kann sie an ihren Auswirkungen erkennen, und im Erkennungsprozess verlieren sie an Kraft und Wirkung. Es entsteht ein anderer Fluss. Die eigentliche Arbeit der Analyse, des Integrierens und Verbindens entsteht. (Ausspruch eines Patienten: ich kann wieder denken.) Die Entwicklungsprobleme und -aufgaben sind noch längst nicht gelöst, sie werden aber jetzt erst konstruktiv lösbar.

Als Theorie für meine Arbeit dient mir ganz allgemein die Metapher von Angriffen auf Löcher und Schwachstellen eines Systems, etwa vergleichbar den Angriffen von Viren auf den geschwächten Organismus, den Angriffen auf biochemischer Ebene von malignen Zellen, die die Abwehr täuschen und außer Kraft setzen oder in Computersystemen, die durch Angriffe von Viren und Würmern an ihren Schwachstellen zusammenbrechen können. Die Schwachstellen können historisch, anlagebedingt, dispositionell erworben sein, sie können aber auch ganz akut im Leben entstehen, wie etwa Verluste, Trennungen oder besondere Herausforderungen.

## Literatur

- Andreasen, N. (2001): Brave New Brain, Geist Gehirn Genom, Berlin (Springer)
- Balint, M. (1969): Trauma und Objektbeziehung. In: Psyche 24 (1970), S.346-358..
- Baumert, I. (2001): „Das sind Sie nicht selbst" Der Ausgangspunkt für die Entwicklung einer veränderten Abwehrmaßnahme. Zur Publikation eingereicht. Baumert, I. (2002): „Angst folgt auf Drohungen". Das Unbewusste der Drohungen, deren Verkleidungen und Auswirkungen. In: Schlösser, A.-M. & Gerlach, A. (2002), (Hg.), Gewalt und Zivilisation, Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 59-73
- Bohleber, W. (2000): Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. In: Psyche 54, S. 797-839.
- Freud, S. (1895): Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose" abzutrennen. Studienausgabe Bd. 6, S. 25-49
- Freud, S. (1912): Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewussten in der Psychoanalyse. Studienausgabe Bd. 3, S. 25-36.
- Freud, S. (1915): Das Unbewusste. Studienausgabe Bd. 3, S. 119-173.
- Freud, S. (1917): Trauer und Melancholie. Studienausgabe Bd. 3, S. 193-212.
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. Studienausgabe Bd. 6, S. 213-272.
- Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. Studienausgabe Bd. 3, S. 273-330. Freud, S. (1926a): Hemmung, Symptom und Angst. Studienausgabe Bd. 6, S. 227-310.
- Freud, S. (1926b): Die Frage der Laienanalyse: Unterredungen mit einem Unparteiischen. Studienausgabe Ergänzungsband, S.271-341.
- Freud, S. (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. Studienausgabe Ergänzungsband, S. 351-392.
- Freud, S. (1938): Abriss des Psychoanalyse. Frankfurt/Main, (Fischer 2001). Globig, M. (2000): Der Horrorfilm im Gehirn. Kongressbericht in: Wissenschaftsmagazin MPG 3, S.54-56.
- Hawkings, S. (2001): Das Universum in der Nussschale,
- Libby, P. (2002): Arteriosklerose als Entzündung, Spektrum der Wiss. 7, S. 4957
- Laub, D. (2000): Eros oder Thanatos? Der Kampf um die Erzählbarkeit des Traumas. In: Psyche 54, S.860-894.
- Linden, D. E. J., Dierks, T. (2002): Funktionelle Bildgebung akustischer Halluzinationen bei der Schizophrenie, Nervenheilkunde, 7, S.331-336.
- Milgram, M. (2002): Gibt es dunkle Materie? Spektrum der Wiss. 10, S. 34-41
- Ratey, John J. (2001) : Das menschliche Gehirn - eine Gebrauchsanweisung, Düsseldorf (Walter)
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1998): Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet? In: Forum der Psychoanalyse 14, S. 289-294.
- Rosenfeld, H. (1987): Sackgassen und Deutungen. Stuttgart 1997 (Verlag Internationale Psychoanalyse)

- Roth, G. (1997): Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt/Main (Suhrkamp).
- Roth, G. & Schwegler, H. (1995): Das Geist-Hirn-Problem aus der Sicht der Hirnforschung und eines nicht-reduktionistischen Physikalismus. In: Ethik und Sozialwissenschaften 6, S. 69-156
- Schubert, U. (2002): Zellen schludern - zum Wohl des Organismus, Spektrum der Wiss., 11, S. 21-23
- Sachsse, U. (1996): Selbstverletzendes Verhalten - Psychodynamik - Psychotherapie, Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schlösser, R., Gesierich, T., Kaufmann, B., Vucurevic, G., Stoeter, P.(2002): Funktionelle und effektive Konnektivität: neue Analyseansätze für funktionelle bildgebende Verfahren, Nervenheilkunde, 7, S. 351-356.
- Singer, W. (2000): Forschungsthemen im Überblick. In: Jahrbuch 2000 der MPG, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Speidel, H. (1992): Psychosomatik - Stiefkind der Psychoanalyse? In: Strauß, B. & Meyer, E. (Hg.): Psychoanalytische Psychosomatik - Theorie, Forschung und Praxis. Stuttgart (Schattauer Verlag 1994).
- Ullrich, A. (2001): Wenn gestörte Kommunikation krank macht. In: Wissenschaftsmagazin MPG 2, S. 58-66.