

## Zum Problem psychosomatischer Pathologie

*Juan J. López Ibor*

Der Begriff der „spezifisch menschlichen“ Krankheiten wurde von *Jores* geprägt, der sie sogar den „Zivilisationskrankheiten“ gleichsetzte, eine Äquivalenz, die nun nicht mehr ganz klar ist. Wir finden uns vor zwei verschiedenen Schichten des Krankwerdens: einer spezifisch menschlichen und einer anderen, die den Unterschied zwischen dem zivilisierten und dem primitiven Menschen darstellt. Es besteht kein Zweifel darüber, dass die menschliche Pathologie reicher ist als die tierische. Ich beziehe mich hier nicht nur auf das Vorhandensein von psychischen Krankheiten im Menschen, sondern auf die gesamte Skala des Krankwerdens oder Erkrankens. Wenn man sich darüber einen Augenblick Gedanken macht, wird man sehen, dass der Mensch *auf andere Art und Weise* als das Tier erkrankt.

Das, was wir als die Symptome der Krankheiten bezeichnen, zeigt sich unter zwei Perspektiven, einer somatischen und einer anderen, psychischer Natur. Ein wichtiges Thema im Rahmen der allgemeinen Pathologie besteht darin, zu sehen, ob im Erkrankten, abgesehen von zwei verschiedenen Perspektiven – der somatischen und der psychischen –, zwei unterschiedliche Strukturen bestehen und was sie beide gemeinsam haben. So umfassen z.B. die sogenannten „Verteidigungs- oder Abwehrmechanismen“ der Krankheiten und ihr Eingreifen in den Ablauf derselben in beiden Strukturen zahlreiche Analogien. Eine zu Beginn allgemeine Infektion lokalisiert sich später, und diese Abwehrlokalisierung wird chronisch, falls nicht ein entsprechender medizinischer oder chirurgischer Eingriff erfolgt, und manchmal sogar trotz eines solchen. Eine allgemeine Angstkrise konzentriert sich später in einer bestimmten Phobie. Die Wahnstimmung des Schizophrenen konzentriert sich später auf eine Wahnidee. Diese Konkretisierung im Psychischen ist stets ein Ablösen der panischen Bedrohung, die in der akuten Phase durchlebt wird.

Es besteht kein Zweifel darüber, dass Tiere Schmerz und Leiden empfinden, aber es ist auch zweifellos so, dass diese Phänomene *im Menschen eine andere*

*Bedeutung* erlangen. Beide sind im menschlichen Wesen nicht nur „Pathos“, sondern „Logos“. Schmerz und Leiden beruhen im Menschen auf Erkenntnis. Bereits im Kindesalter entwickelt sich das Magma, welches das Kind mit seiner Umwelt bildet, und zwar dank der schmerzhaften Erfahrung. Aber abgesehen von Schmerz und Leiden, die uns die Umstände unserer Umwelt zufügen, bestehen Schmerz und Leiden, die aus unserer inneren Welt kommen. Aus diesem Grund hilft uns unser Bemühen, den „Logos im Pathos“ – und das nennt man dann Pathologie (Büchner, 1961) –, zu finden, um die Textur oder Beschaffenheit des menschlichen Lebens zu entdecken.

Die Medizin als Naturwissenschaft hat bedeutende Fortschritte gemacht. Im wichtigen Kapitel der Ätiologie entsteht eine gewisse Pendelbewegung, die parallel mit jenem „Entdecken des Innersten“ verläuft, das, vom psychologischen Standpunkt aus gesehen, eine der Charakteristiken oder Wesenszüge unserer Welt ist und worüber ich vor einigen Jahren bereits ein Buch geschrieben habe (López-Ibor, 1957). Die äusseren Ursachen der Krankheiten wurden derart genau untersucht, dass das erworbene Wissen in Diagnose und Behandlung derselben bedeutende Änderungen herbeigeführt hat. Das Eindringen in das somatische Innerste jedoch stellt sich vom ätiopathogenetischen Standpunkt aus gesehen als weit schwieriger heraus, wie dies die Krankheiten beweisen, die wir in die klassische Spalte der endogenen und degenerativen Krankheiten einreihen können. Das biochemische Innerste des Organismus beinhaltet noch heute derart zahlreiche Geheimnisse, dass die Forschung hier ein lohnendes Feld findet. In der Hoffnung, diese Geheimnisse zu entdecken, bestreitet man sogar das Vorhandensein der Endogenität. So führen z.B. die Funde in der Ätiologie der Epilepsie zu der Überzeugung, dass sogar in jenen Fällen von Chaos eine Ursache gefunden werden könne, die provisorisch als kryptogenetisch bezeichnet werden. Meiner Meinung nach sollte nicht vergessen werden, dass dieses Aufdecken des kryptogenetischen Geheimnisses nicht besagen soll, dass alles einer äusseren Ursache zugeschrieben werden könne, sondern dass die „Endogenität“, die eigene Natur eines „bestimmten Menschen“, ausschlaggebend ist. Natürlich hält sich die Medizin in ihrem naturwissenschaftlichen Postulat an die Idee eines unaufhörlichen Fortschritts. Aber auch wenn dies der Fall wäre, bestünde doch kein Zweifel darüber, dass genetische und metabolische Intimität neue Denkschemata erfordern, und zwar neben denjenigen, die beim Studium der äusseren Ursachen Anwendung finden, ebenso wie die Quantenphysik eine „andere“ Physik ist, obgleich sie die klassische Physik nicht zerstört.

Jores geht von der Idee des unaufhörlichen Fortschritts aus, wenn er das Problem der Krankheit im allgemeinen und der spezifisch menschlichen Krankheiten im besonderen darlegt (vegetative Gemütsstörungen, Magengeschwüre, Asthma, Fettsucht und Magersucht und andere mehr). Seiner Überzeugung nach ist das lebende Wesen potentiell unsterblich. Der Tod kommt infolge von etwas von aussen, und dieses „Etwas“ ist nicht ausreichend, um das ganze ätiologische

Feld zu erfüllen, wenn man lediglich die materiellen Ursachen der Krankheiten in Betracht zieht und deren psychische Ursachen ausser acht gelassen werden. „Die Ursache dieser Krankheiten“ – er bezieht sich hier auf jene, die „spezifisch“ im Menschen auftauchen – „muss dort gefunden werden, wo sich der Mensch vom Tier unterscheidet und, anders betrachtet, in dem, in dem sich der Mensch einer primitiven Welt von demjenigen Menschen unterscheidet, der unser Zivilisationsniveau erreicht hat.“ „Der grundlegende Unterschied zwischen Mensch und Tier von diesem Gesichtspunkt aus gesehen“ – fügt er hinzu –, „findet sich in der Ausarbeitung und Entwicklung des Instinkterlebens.“

Im Tier sind die Instinkte geplant, während sie beim Menschen seiner persönlichen Freiheit unterworfen sind, d.h. er allein entscheidet, welchem Instinkt er freien Lauf lassen will und welche er zu unterdrücken gedenkt. Dieses ganze komplizierte System von Akzeptierung und Verzicht entwickelt sich im Laufe des gesamten Lebens, auf besondere Art und Weise jedoch während der Kindheit. Aus diesen Gründen und auf Grund dieses Sichüberschneidens von natürlichen Impulsen und Kulturerfordernissen werden die ersten Lebensjahre des Menschen für seine spätere Entwicklung derart wichtig und bedeutungsvoll. Ein frustrierter Mensch ist jener, der seine Möglichkeiten nicht entfalten kann. Laut *Jores* haben die Studien der Tiefenpsychologie bewiesen, dass Krankheiten immer in jenem Augenblick im Leben auftreten, wenn ein Mensch scheitert oder nicht in der Lage ist, eine Entscheidung zu treffen. In diesem Moment beginnt die Krankheit, und hinter der Krankheit steht der Tod. Die Krankheit ist ein Verzicht auf das Leben. Das gleiche geschieht bei den Tieren, allerdings hängen hier die Grenzen des Lebens von äusseren Umständen ab, da vom Standpunkt ihrer inneren Entwicklung aus gesehen ihr Instinktleben stets garantiert bleibt. Der Mensch jedoch kann sich aus seinem Innersten heraus selbst beschränken und die Entwicklung seines Lebens verhindern. Dann erkrankt und stirbt er, da *sein Leben keinen Sinn mehr hat*.

So gelangt nun *Jores* zu der Schlussfolgerung, dass die Ursache der spezifisch humanen oder menschlichen Krankheiten bei zwei Faktoren gefunden werden kann: Der eine besteht in der unzureichenden Entwicklung des Menschen und seiner Fähigkeiten und der andere in der fortschreitenden Gefangenschaft des Ich. Hier müssen die beiden Wege zur Heilung angesetzt werden. Gemäss *Jores* kann diese Heilung nicht durch Tabletten gewährleistet werden. Die Krankheit verwandelt sich in ein Signal, das andeutet, dass der Mensch auf dem Punkt angelangt ist, wo er scheitert.

Der Standpunkt von *Jores* hat in der heutigen Medizin einen gewissen Eindruck gemacht. Was er als spezifisch humane oder menschliche Krankheiten bezeichnet, sind diejenigen, die das Herz der psychosomatischen Medizin bilden. Wenn man die psychosomatische Medizin auf breiter Ebene betrachtet, darf man sich nicht auf den pathologischen Bereich beschränken, sondern muss versuchen, *das Menschliche in jedem Patienten* und die Struktur, welche diese Dimension

der menschlichen Beschaffenheit in einer jeden Krankheit einnimmt, zu entdecken. Das ist der reichlich bekannte Prozess der *Psychologisierung der Medizin*, der sich heute nicht auf die Erinnerung an den „klinischen Blick“ oder das so oft gebrauchte „Verhältnis zwischen Arzt und Patient“ vereinfachen lassen kann. Es gilt als Postulat, dass die Medizin nicht blind akzeptieren darf, sondern versuchen muss, die Intimstruktur zu entwirren. Mit einem Wort, diese Tatsachen müssen auf den Stand von wissenschaftlichen Erkenntnissen gebracht werden, wengleich man sie nicht in die Schemata eingliedern kann, nach welchen sich naturwissenschaftliche Funde und Forschungsarbeiten richten, sondern in jene anderen, welche die Absicht haben, die Dimensionen und Strukturen einer *medizinischen Anthropologie* zu entdecken.

Was haben wir also von jenen Gesichtspunkten von *Jores* zu halten? Meiner Meinung nach ist es richtig, dass die „spezifisch“ humanen Krankheiten gewisse Besonderheiten haben, welche sie von den rein somatischen und sogar den psychischen Krankheiten unterscheiden. Man braucht nur einmal zu denken, wie schwierig es ist, in einem Hund durch direkte Art und Weise auf der Magenschleimhaut ein Experimentgeschwür hervorzurufen und wie leicht – oder weniger schwierig – es ist, dieses zu erhalten, wenn man das ganze Tier einer erschöpfenden Anstrengung unterwirft. Der Unterschied zwischen dem Erkranken bei primitiven und bei zivilisierten Völkern ist jedoch nicht klar. Wir Psychiater geraten hier in eine besonders beargwöhnte Lage, die man mit dem Wort „Kraepelin-Fehler“ beschreiben könnte. Dieser grosse Psychiater hatte den Gedanken, dass die Studien über transkulturelle Psychiatrie wichtige Erkenntnisse über die Geisteskrankheiten ergeben würden, und organisierte eine Studienreise nach Java. Dies geschah in den zwanziger Jahren. Als Ergebnis dieser Reise wies er darauf hin, dass das Auftauchen von allgemeinen Paralysen bei den primitiven Völkern geringer als bei den zivilisierten Völkern sei. Auf diese Weise untermauerte er das Schema von anderen Autoren, welche „Syphilisierung“ mit „Degenerierung“ gleichsetzten. *Morel*, *Möbius* und zahlreiche andere vertraten ebenfalls diese Idee der Degenerierung bei der genetischen Auslegung zahlreicher menschlicher Krankheiten. Die Theorie bezog sich auf eine Degenerierung der Spezies. Heute wird das Wort Degenerierung in einem anderen Sinne verwandt. Während einer ähnlichen Forschungsreise, die er einige Jahre später unternahm, bewies *Beringer*, dass Fälle von allgemeiner Paralyse bei primitiven Völkern im gleichen Ausmass auftauchten wie bei den zivilisierten, ein Umstand, der *Kraepelin* infolge unzureichender Information entgangen war.

Gegenwärtig werden Studien durchgeführt, die sich nicht nur auf den Begriff „primitive Völker versus zivilisierte Völker“ beziehen, sondern auf die einzelnen Gesellschaftsschichten innerhalb des gleichen Landes. Anlass dazu gaben zahlreiche Forschungen und Untersuchungen, wie die von *Hollingshead und Redlich* über Neurosen und Schizophrenie, die behaupten, dass deren Frequenz gemäss den einzelnen ökonomisch-sozialen Klassen unterschiedlich ist: Es

gibt mehr Schizophrene in den unteren und mehr Neurotiker in den höheren Gesellschaftsschichten. Diese Statistiken sind jedoch wenig überzeugend. Man beginnt neuerlich sogar am Vorhandensein der sogenannten „Managerkrankheit“ zu zweifeln, obwohl zahlreiche Unterlagen deren Vorhandensein befürworten. *Pflanz*, der sich mit grossem Eifer und statistischer Genauigkeit dem Studium der medizinischen Soziologie gewidmet hat, äussert sich äusserst skeptisch über diese angebliche Verteilung von psychosomatischen Krankheiten gemäss unterschiedlicher Gesellschaftsklassen. Ein statistischer Vergleich mit Patienten eines Wohlfahrtskrankenhauses und solchen einer privaten Institution, der viele Jahre lang durchgeführt worden war, liess auch in mir die gleiche Skepsis aufkommen. Tatsächlich muss dieses Problem noch viel genauer untersucht werden, um diese Frage zu entscheiden.

Es lässt sich darüber streiten, ob anzunehmen ist, dass das Leben jedes einzelnen in sich ewig ist und der Tod von aussen an den Menschen herantritt. Hier handelt es sich um ein Postulat. Natürlich benötigt die Wissenschaft Postulate, jedoch erscheint deren Evidenzcharakter nicht immer mit der gleichen Klarheit. Es ist eine Realität, dass der Mensch sterblich ist. Dass diese Realität einzig und allein auf der Tatsache des Lebens als solchem beruht, d.h. dass das Leben essentiell mit dem Tod verbunden ist und nicht mit einem Tod, der von aussen kommt, kann angenommen werden oder nicht. Tatsächlich spricht die Linie des biologischen und psychologischen Lebens hierfür. Der Vergleich der Lebenserwartung mit dem Fortschritt in der Medizin ist zuweilen dazu angetan, die Hoffnung auf eine endlose Dauer zu erwecken. Solches Denken nimmt jedoch einen unleugbar utopischen Charakter an. Das Leben als Phänomen scheint unweigerlich sein Ende einzuschliessen, so als ob die Tatsache des Lebens sich nicht ohne die des Todes definieren könnte. *Freud* spricht vom Todestrieb, der im Menschen in einer befremdenden und furchtbaren Koexistenz mit der schöpferischen Libido des Lebens verankert ist. Wir wollen hier jedoch Metapsychologie und Metabiologie beiseite lassen, da ich dieses Thema in seiner Gesamtheit sonst viel ausführlicher erklären müsste.

Ich erinnere mich hier an den Besuch von *Weizsäckers* in Spanien und an die damals geführten Unterhaltungen. Ironisch bemerkte er damals, dass er nicht krank sein könne, da das ständige Selbstverständnis seines Lebens ihm dies nicht gestatte. Er litt damals an Schwindelanfällen, über deren psychologische Dynamik er entsprechend Bericht erstattete. Mit allem Respekt, den er verdiente und den ich ihm zollte, versuchte ich, ihm eine andere Auslegung seines Leidens vorzuschlagen. Später einmal werde ich diese Anekdote über einen der grossartigsten Menschen, die ich je gekannt habe, veröffentlichen. Seiner Auffassung nach waren körperliche Krankheiten nichts weiter als die „Materialisierung von psychischen Konflikten“. Dies hat er in mehreren Werken zum Ausdruck gebracht. Sein Schema ist klar verständlich, wenn er bei der Darlegung psychogener Angina tonsillaris und bei der Akzeptierung einer Koexistenz von Konflikt und Infek-

tion in seiner Determinierung sagt, dass es wichtig ist zu wissen, wer begonnen hat: Waren es die Bakterien, die sich aktivierten, oder der Organismus angesichts eines Konfliktes, für den dieses Lebewesen keinen anderen Ausweg sah? Freud nahm die Psychosen nur zögernd in sein psychogenetisches System auf (Fall Schreber), seine Nachfolger jedoch zögerten nicht, hier auch Psychosen und psychosomatische Krankheiten, und zwar die spezifisch menschlichen und auch die anderen rein somatischen Charakters einzuschliessen. Sogar über die Psychogenie des Krebses ist ausführliches Material vorhanden.

Niemand kann das Eingreifen von psychologischen Faktoren in irgendeiner Krankheit leugnen wie auch die Tatsache, dass dieses Eingreifen bei den sogenannten „spezifisch menschlichen“ Krankheiten deutlicher zutage tritt. Die Schwierigkeit besteht darin, klarzulegen, worin genau diese Verbindung von *Biologischem und Biographischem* besteht. Bei den Neurosen, wo die Konversionsreaktion in Tätigkeit tritt – es sind nur wenige –, ist der Mechanismus klar und die Gleichung „psychisches Trauma – somatische Störung“ ist äusserst deutlich. Und hier entsteht die grosse Frage des *Sinnes der Krankheit*. Man sagt, dass die somatische Störung mit dem psychischen Trauma eine genetische Verbindung besitzt, da dies für das Subjekt *sinnvoll bedeutsam* ist. Dieses Schema der sinnvollen Verbindung zwischen psychischem Trauma und somatischer Folgerung entfernt die anderen Krankheiten vom Sektor der Neurosen. Andererseits reduziert sich die ätiologische Dimension nicht auf ein einziges Trauma, sondern erstreckt sich auf das gesamte vorherige Leben als eine Reihe von traumatischen Ereignissen, d.h. eine Art Konfliktbiographie. Die Neurosen selbst, die einer solchen Denkweise entsprechen, sind nicht mehr anomale Erlebnisentwicklungen, sondern *Lebensverzweiflung*. Aus diesem Grund wird behauptet, dass auch die somatischen Krankheiten auf biographische Krisen der Person zurückzuführen seien. Es war allerdings bereits bekannt, dass eine Krankheit eine biographische Krise darstellt, vor allem wenn sie ernster Natur ist. Was eine gewisse Richtung der modernen medizinischen Anthropologie kennzeichnet, ist eben die Tatsache, dass die biographische Krise die somatische Krankheit bedingt, verursacht oder motiviert.

Diese Interpretation der psychischen, somatischen oder psychosomatischen Krankheiten führt zu der sich heute ausbreitenden Auffassung einer ursächlichen (unbewussten) Verbindung zwischen Krankheit und Schuld. Gegenüber der objektivierenden Tendenz der Medizin als Naturwissenschaft erscheint im Rahmen der subjektivierenden Tendenz die Krankheit als Schuld. Die Depressionen sind einer der grossen Grundtypen des Krankseins der modernen Menschen. Hier tauchen gemäss *Schneider* (1967) die drei grossen Grundängste des Menschen – die Angst vor Armut, körperlichem (Hypochondrie) und geistigem Verfall – in Form eines Schuldgefühles auf.

Die spezifisch menschlichen oder humanen Krankheiten scheinen mit dem heutigen Lebensstil enger als andere verbunden zu sein. Das Wort „Stress“ ist ein

Schlagwort in der Darlegung neuer pathologischer Situationen. Fast widerspruchslos lässt man diese Pathologie sich entwickeln und bringt sie mit unserer heutigen Lebensart in Verbindung. Ich erinnere mich noch an die Worte von *Katz*, der mir zu Beginn des letzten Krieges sagte, dass man keine Hysteriker sehe, wohl aber Leute mit Magengeschwüren. Managerkrankheit und Nervenschwächen stehen heute auf der Tagesordnung. Die Korrelation zwischen dieser neuen Pathologie und dem menschlichen Lebensstil erscheint klar, und das für viele Autoren wie auch für den Mann auf der Strasse. Der menschliche Fortschritt erweitert unsere geschichtlichen Kenntnisse, aber auch das „Erkennen“ (in seiner „concienciación“ oder „insight“) der Konflikte und Probleme, die uns umgeben. Der Rückgang von ansteckenden und ähnlichen Krankheiten einerseits und das Ansteigen von psychosomatischen Störungen andererseits beweist, dass man zwischen den spezifisch menschlichen Krankheiten – wir schliessen hier auch die Neurosen ein – und dem Lebensstil des westlichen Menschen eine Verbindung herzustellen hat. Ich sprach vorhin von „Logos“ und „Pathos“. Diese Psychologisierung gehört zum „Logos“ der gegenwärtigen Pathologie.

Obwohl all diese und andere analoge Behauptungen einige Wahrheit enthalten, bin ich doch der Ansicht, dass unsere Aufgabe als Wissenschaftler darin besteht, dieses Gebiet so genau wie möglich zu definieren und vom Magma des ihn bedrohenden Zweifels zu befreien. Wenn nämlich die Verbindung zwischen Krankheit und Lebenssinn zu grosszügig gesehen wird, gelangen wir zu der Behauptung von *Müller-Eckardt* über die „Geisteskrankheit aus Mangel an Möglichkeit, somatisch krank zu sein“. Der Intimbereich dieses Problems wird uns von der psychoanalytischen Erfahrung selbst geöffnet: *Astley*, der Moderator des Hahneman-Symposiums, fragte *Brody*, ob er aus eigener Erfahrung oder anhand von Statistiken, die ihm vertraut sind, die Nützlichkeit der Psychoanalyse in der Behandlung psychosomatischer Störungen zusichern könne. *Brody* erwiderte, dass er wohl nicht auf statistischer Basis antworten könne, jedoch einige Beispiele aus seiner eigenen Erfahrung zitieren wolle: Ein Patient, der sich früher häufig erkältet hatte, litt nach seiner psychoanalytischen Behandlung nicht mehr darunter (natürlich hat ein solcher Fall eine Reihe anderer möglicher Erklärungen).

„Leider habe ich die Erfahrung gemacht“, fügte er hinzu, „und hier geht es den meisten Psychoanalytikern wie mir, dass, wenn man erklären will, warum dies oder das eben so ist, es keine Erklärung gibt.“ Die gleiche Meinung bringt *Gittelson*, ebenfalls Psychoanalytiker, zum Ausdruck. Dies geschah anlässlich eines Vortrages in der Menninger-Klinik. Das bedeutet, dass die Verbindung zwischen Krankheit und Lebenssinn nicht so bewiesen ist, wie man vorgibt, wenn man von der Psychogenese dieser Störungen ausgeht. Das soll nun keineswegs bedeuten, dass eine Krankheit, gleich welcher Art, nicht eine *biographische Krise* sein kann, vor allem, wenn es sich um eine schwere Krankheit handelt. Das Vitalprojekt, der Lebensplan, ändert sich, latente Werte treten an erste Stelle

und umgekehrt. Die Krankheit ist ein biographisches Ereignis, was allerdings nicht bedeuten soll, dass sie Folge eines oder mehrerer traumatisierender Erlebnisse ist. Hier liegt der Fehler dieser anthropologisch-medizinischen Richtungen. In meinem Buch „Die Neurosen als Gemütskrankheiten“ (López Ibor, 1966) habe ich die These vertreten, dass dies nicht einmal auf die Neurosen zutrifft, auch nicht auf jene, in denen ein Trauma mit grösserer Klarheit als determinierender Faktor auftritt. Nach dem Spanischen Bürgerkrieg konnten wir sehen, dass zahlreiche Parkinson-Patienten behaupteten, sie hätten nach einem Bombenangriff oder einem ähnlichen psychischen Trauma zu zittern begonnen. Dieser emotionelle Provokationsfaktor wird bei zahlreichen somatischen Krankheiten ersichtlich.

Seit einiger Zeit wurde für einige dieser Fälle anstelle von Psychogenese der Begriff *Katagenese* eingeführt. So leidet z.B. eine Patientin an Parästhesie in der rechten Hand, die erstmals auftrat, als sie den Griff eines Abteils im Zug Barcelona-Madrid anfasste. Grund der Reise war die Versetzung ihres Mannes, eines Gefängnisbeamten. Die Versetzung hatte berufliche und wirtschaftliche Vorteile, indem der Mann befördert wurde. Die Patientin jedoch wollte Barcelona nicht verlassen, weil dort ihre Eltern lebten und sie sich in der Nähe des Elternhauses behütet und sicher fühlte. Hier handelt es sich um eine deutliche psychogenetische Erklärung. Die Untersuchung ergab jedoch, dass es sich bei dieser oben erwähnten Parästhesie um die ersten Anzeichen einer multiplen Sklerose handelte. Nun werden einige behaupten, dass der Umstand der Trennung sich in der neurologischen Krankheit materialisierte. Diese Behauptung kann jedoch niemanden befriedigen, der mit wissenschaftlichem Geist versucht, in die Ätiopathogenese der Krankheiten einzudringen. Obwohl die Ursachen der multiplen Sklerose nicht bekannt sind, weiss man doch, dass eine Psychogenese hier nicht postuliert werden kann. In Fällen, bei denen sich ein *Sinnzusammenhang zwischen einem Erlebnis und einem Krankheitsbild, das hier zuweilen auftaucht*, feststellen lässt, schlage ich vor, von *Katagenese*<sup>1</sup> zu sprechen. Zwischen Psychogenese und Katagenese ist ein grosser Unterschied. Grundsätzlich ist das Psychogenetische heilbar, in Wirklichkeit jedoch handelt es sich in vielen Fällen um katagenetische Vorgänge, die das Bild maskieren. Die Dynamik der Neurosen führt durch den Kanal der Psychogenese. Dies ist die Linie, auf die sie nicht nur die psychoanalytische Denkweise brachte, sondern die phänomenologische Auffassung der „Neurose als abnorme Erlebnisreaktion“. Tatsache jedoch ist, dass nur wenige Fälle diese Interpretation gestatten.

Das Menschliche in der Krankheit ist eine komplizierte Struktur. Wenn wir auf den Menschen die kategorische Anordnung nach *Hartmann* anwenden, kön-

<sup>1</sup> Bei Einführung dieses Neologismus habe ich die Absicht, dieses Problem von jenem der „Provozierung“ der Krankheiten zu trennen. In diesem zweiten Fall hat das Trauma keine Verbindung zwischen Sinn und Symptom.

nen wir sagen, dass sich in der menschlichen Person mehrere Schichten befinden: Eine materielle Schicht als Grundlage, eine zweite biologische, die darüberliegt, eine dritte psychologische und die vierte, eine persönliche oder spirituelle Schicht. Die oberen Schichten können ohne die unteren nicht bestehen, jedoch verfügen die oberen in bezug auf die unteren über mehr Freiheit. So gibt es z.B. kein Leben ohne Materie, jedoch sind dessen Gesetze bei fortschreitendem Höhersteigen autonomer. Obwohl wir diese Theorie nur in ihrem heuristischen Wert benützen, können wir doch sagen, dass sich uns die Krankheit in dieser geschichteten Situation darlegt. Aus diesem Grund existieren in ihr materielle Veränderungen in der Grundlage, physiologische oder vitale Unregelmässigkeiten in der zweiten Schicht, Schmerz und Leid in der psychischen Schicht und nicht zuletzt die persönliche Haltung des Patienten, die Art, wie er die Krankheit erduldet und zuweilen besiegt.

Abgesehen von diesem allgemeinen Schema müssen wir auch in die anthropologischen Strukturen des Erkrankens eindringen. In diesem Falle will ich mich lediglich auf zwei beschränken. Beim Studium der Schwierigkeiten, die Geisteskrankheiten zu definieren, gelangte *Schneider* zu der Schlussfolgerung, dass Krankheiten immer körperlich sind. In der Psychiatrie kann man zuweilen von Krankheiten sprechen, wie z.B. in Fällen von Störungen, die mit einer somatischen Veränderung (Psychose) zusammenhängen, oder von psychischen Unregelmässigkeiten (Neurosen und abnormen Persönlichkeiten). Wenn man dieses Problem beiseite lässt und sich nicht nur auf die Krankheiten bezieht, die in den Bereich der Psychiatrie fallen, sondern auf alle restlichen, dann wird eindeutig, dass in ihrer Struktur stets das Problem des Körpers erscheint. Den lebenden oder belebten Körper können wir die *Leiblichkeit* oder *Körperlichkeit* nennen. Der Unterschied ist derart deutlich, dass es kaum der Rede wert ist, ihn hier anzuführen. Sie können im Unterschied zwischen einem toten und einem lebenden Körper zusammengefasst werden.

Des öfteren wiederholt man die Formel von *Marcel*, um die Dualverbindungen zu erklären, die wir mit unserem Körper haben und die eine eigene Nuance von Ambiguität aufweisen: „Wir haben unseren Körper und wir sind unser Körper.“ Die Formel erleuchtet ohne Zweifel die Lage; ich halte sie jedoch für nicht ausreichend, um die Rolle unseres Körpers auf dem Gebiet der Pathologie zu erklären. Deshalb haben wir hier eine dritte Dimension hinzuzufügen: ... *er hat und erhält uns gleichzeitig*. Diese dritte Dimension erinnert uns an die platonische Idee vom Körper als Gefängnis der Seele.

Die Psychosomatik erklärt uns das Geflecht dieser so äusserst komplizierten Struktur. Das Erleben der Leiblichkeit ist eines ihrer grundlegenden Kapitel. Bei anderer Gelegenheit (*López Ibor*, 1973) habe ich die Unzulänglichkeit des neurologischen Ausdrucks „Körperschema“ unterstrichen, der durch seine eigene Begrenzung die Forschung nicht nur auf unzureichende, sondern sogar falsche Bahnen führt.

Somatische Krankheiten bringen sich durch Symptome zum Ausdruck. In der allgemeinen Pathologie unterscheidet man zwischen „Zeichen“ und „Symptomen“. Das Zeichen ist ein objektiver Befund und das Symptom eine subjektive Erfahrung, eine *Art des Leidens* durch den Patienten, wie Schmerz, Schwindel, Asthenie, Angst, Unwohlsein usw. Beim Studium der Neurosen und der psychosomatischen Störungen sehen wir, dass diese Symptome ohne genetischen Zusammenhang mit einer bekannten somatischen Störung auftauchen, die jedoch ihre *Signifikanz* nicht verliert. In Fällen von somatischen Krankheiten besteht diese Signifikanz darin, dass es sich um den Ausdruck eines kranken Organs handelt und den ganzen Menschen betrifft.

Dieses Problem, das zuweilen derart enigmatisch und geheimnisvoll ist, reisst die Krankheit aus der rein objektiven Perspektive heraus und *humanisiert* sie, ob man will oder nicht. Auf der Bühne erscheint die menschliche Person, aber diese Persönlichkeit zieht eine Reihe weiterer, neuer Probleme nach sich. Eines besteht in der *Bedeutung der Symptome und der Krankheit als solcher für das menschliche Leben*, auf das wir uns, wenngleich flüchtig, bereits bezogen haben, und zwar im Vergleich mit der Reichweite, das es aufweist. Ein anderes Problem ist die *Signifikanz der Symptome als Erlebnis der Leiblichkeit*.

Wir wollen nun, wenngleich flüchtig, die Struktur jener Erfahrung, jenes Erlebnisses der Leiblichkeit untersuchen. Wenn ich von diesen Problemen spreche, erinnere ich mich stets an den Vorschlag von *Charcot an Freud*, der neurologisch sehr gut formuliert war und sich auf das Studium des Unterschiedes zwischen hysterischen und organischen Lähmungen bezog. *Freuds* Schlussfolgerung war, dass „bei den hysterischen Paralysen ebenso wie bei den Anästhesien der gebräuchliche oder populäre Begriff der Organe und des menschlichen Körpers im allgemeinen eine Rolle spielt.“ Dieser Begriff basiert nicht auf einer tiefgehenden Kenntnis der Nerven-anatomie, sondern auf unserem Tast- und vor allem visuellen Erfassungsvermögen. Die hysterischen Paralysen ermangeln jeglicher Kenntnis der Anatomie des Nervensystems. Dieser Meinung war *Freud* in den Jahren 1885 und 1886. Viele Jahre später verkündete *von Weizsäcker* eine Physiologie des Nervensystems, der es jeglicher Berücksichtigung der Anatomie ermangelte.

Nun, was ist das, was *Freud* als den „gebräuchlichen Begriff der Paralyse“ bezeichnete? Allgemein gesprochen: Wie formuliert sich der gebräuchliche Begriff des menschlichen Körpers? Tatsache ist, dass es einen Begriff des Körpers gibt, der als Idee oder genauer gesagt als Kulturausdruck entstanden ist. Was Medizin und Mediziner erarbeiten, geht mehr oder weniger verunstaltet – stets mehr als weniger – in die Umgangssprache ein. Der Patient kommt zum Internisten und sagt, dass „ihm die Leber wehtut“. Andere, Fortschrittlichere, sind sogar der Auffassung, „dass sie Kopfschmerzen haben, die von der Leber herühren“ usw. Meiner Meinung nach sollte, vom psychosomatischen Standpunkt aus gesehen, dieser ideogene Begriff für uns nicht ausreichend sein. Es gibt ein

*körperliches oder leibliches Erleben*, bei dem es sich nicht um ein ideogenes Schema handelt — dieses entbehrt der Kenntnis des Körperschemas —, sondern um eine direkte, unmittelbare Erfahrung. Zahlreiche Wege stehen zum Studium offen, ich will hier jedoch kurz lediglich zwei auswählen: Einer ist die Hypochondrie und der andere das Verneinen oder das Nichtwissen angesichts einer vorhandenen Störung, ein Phänomen, das in einigen neurologischen Fällen *Anosognosie* genannt wird.

Beim Hypochonder verwandelt sich das „Schweigen des Leibes“, das Unbeachtetbleiben des Körpers des Gesunden in Empfindungen und Wahrnehmungen, welche die Beziehungen zum Körper verändern. Beim Gesunden ist das „Schweigen des Körpers“ kein Analogon zum absoluten Nullpunkt, etwa ein „Nullpunkt des Erlebens“. Aufgrund der Erfahrungen mit der sensorischen Deprivation muss man annehmen, dass ein solcher hypothetischer Nullpunkt des Erlebens der Leibsphäre kaum vorkommt. Das Nichtbemerken der Leibsphäre bzw. das Im-Hintergrund-Bleiben des Körpers des Gesunden bedeutet vielmehr *Verfügbarkeit des Körpers*. Das Erleben des Beginns zahlreicher Krankheiten besteht im „Unwohl-, d.h. Nichtverfügbarsein“. Aus der Verfügbarkeit des Gesunden verschwindet gleichsam jener Teil des Körpers, der sich nicht in Aktion befindet. Es wird nur jener erfasst, in welchem sich die Aktion konzentriert. Wie ich bereits früher sagte, besitzt der belebte menschliche Körper *Intentionalcharakter*. Die Intentionalität, die *Brentano* in psychischen Vorgängen beschrieb, ist eine Intentionalität der menschlichen Aktivitäten, und der Mensch ist eine psychophysische Realität.

Beim Hypochonder taucht eine bestimmte Welt von Körpersensationen auf. Diese Welt imponiert zuweilen grotesk, weil sie sich mit gebräuchlichen, vulgären Interpretationen verbindet. Bei anderen wieder stellt sie sich in einer paranoiden Entwicklung dar. Wenn wir diese Fälle beiseite lassen, dann ergibt sich im einfachsten Falle von Hypochondrie das vage, subjektive Erlebnis, der Körper sei nicht intakt, d.h. nicht so, wie er während des Gesundseins war. Das Wort „Hypochondrie“ tauchte in der Medizin auf, um die vom Hypochonder empfundenen und geschilderten Beschwerden zu bezeichnen. Sein Bedeutungsradius hat sich erweitert, so dass wir heute Hypochondrie nicht eines oder mehrere Symptome nennen, die wir in einem bestimmten Körperbereich lokalisieren könnten, sondern vielmehr eine bestimmte *Haltung*. Aber diese Haltung ist nicht — und das ist von Bedeutung — ein freier Akt der Person, sondern sie entspricht einer Erlebensstruktur, die mehr oder weniger durch teleologisch-hypobulische Momente im Rahmen der Persönlichkeit untermauert wird. Ausserdem verändert sich der Ausdruck des Erlebens je nach der entsprechenden Körperregion. So unterscheiden sich Erlebnisstruktur und Ausdruckserleben beim Hypochonder je nachdem, ob die Lokalisation sozusagen klassisch im Hypochondrium oder aber im Herzen bzw. im Kopf erlebt wird.

Es besteht eine Grundstruktur: In allen Fällen besteht im Vordergrund das

unmittelbare Erleben der *verminderten leiblichen Verfügbarkeit*. Man hat den Körper nicht mehr, sondern dieser selbst fängt an, an Bedeutung zuzunehmen, er beginnt die Gesamtpersönlichkeit einzuengen. Der belebte Organismus beginnt das Eindringen in seine eigene Lebenswelt zu spüren, in seine dynamische, sich bewegende subjektive Welt und die Welt der unbewegten Dinge.

### Literatur

- Brentano, F.*: Psychologie vom empirischen Standpunkt (Leipzig 1874).  
*Büchner, F.*: Von der Grösse und Gefährdung der modernen Medizin (Herder, Freiburg 1961).  
*Freud, S.*: Gesammelte Werke (Imago, London 1938–1952).  
*Gittleson, M.*: A critique of current concepts in psychosomatic medicine. Bull. Menninger Clin. 23 (1959).  
*Hartmann, N.*: Der Aufbau der realen Welt. Grundriss der allgemeinen Kategorienlehre; 2. Aufl. (Meisenheim, 1949).  
*Hollingshead, A.N. and Redlich, F.C.*: Social class and mental illness (Wiley, New York 1958).  
*Jores, A.*: Vom kranken Menschen (Thieme, Stuttgart 1960).  
*Kraepelin, E. und Lange, J.*: Psychiatrie; 9. Aufl. Allgemeine Psychiatrie (Barth, Leipzig 1927).  
*López Ibor, J.J.* Es descubrimiento de la intimidad (Aguilar, Madrid 1957).  
*López Ibor, J.J.*: Las neurosis como enfermedades del ánimo (Gredos, Madrid 1966).  
*López Ibor, J.J. y López-Ibor Aliño, J.J.*: El cuerpo y la corporalidad (Gredos, Madrid 1974).  
*Marcel, G.*: Etre et avoir (Paris, 1955).  
*Möbius*: Über den Begriff der Hysterie. Zentbl. Nervenheik. 11 (1888).  
*Morel, B.A.*: Traité des dégénérescences (Paris, 1859).  
*Müller-Eckardt, H.*: Die Krankheit, nicht krank sein zu können. Psyche 5 (1951).  
*Pflanz, M.*: Die epidemiologische Methode in der medizinischen Soziologie. Z. Soziol. Sozialpsych. (1958).  
*Schneider, K.*: Klinische Psychopathologie; 8. Aufl. (Thieme, Stuttgart 1967).  
*Weizsäcker, V. von*: Der kranke Mensch (Koehler, Stuttgart 1951).

Prof. Juan J. López Ibor, Avda. Nueva Zelanda, 78, Madrid-35 (Spanien)