

Vorwort

Das Werk »Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter«, das im Jahre 1993 erschienen ist, war auf dem Hintergrund des Denkens und Konzeptualisierens im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik (KJUP) in Basel entstanden. Verschiedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatten sich daran beteiligt.¹ Die klinische Erfahrung, Produktivität und Kreativität all dieser im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie sehr erfahrenen Kolleginnen und Kollegen war in den Text eingeflossen und hatte ihn, gerade durch die manchmal leicht unterschiedlichen Optiken, bereichert und ergänzt.

Nachdem das Buch bald ausverkauft gewesen und über lange Zeit keine neue Auflage vorgesehen war, trat Herr Dr. Poensgen vom Kohlhammer-Verlag auf Anraten von Herrn Dr. Hans Hopf 2015 mit der Idee hervor, es zu überarbeiten und neu herauszugeben. Als Frau Privatdozentin Dr. med. Barbara Steck, ehemals auch eine langjährige, tragende Mitarbeiterin der KJUP, eine erfahrene Wissenschaftlerin und zudem gute Freundin, sich bereit erklärt hatte, bei dieser Aufgabe mitzumachen, stand dem Ansinnen nichts mehr im Wege.

So freuen wir beide uns über dieses neue, gemeinsam verfasste Werk, welches der Entwicklung heutiger psychosomatischen Sichtweisen Rechnung trägt und einerseits gegenwärtige somatische Erkenntnisse, andererseits aktuelle psychoanalytische und psychodynamische Konzeptualisierungen² zu vereinen sucht. Psychoanalytisches Denken liegt allen Überlegungen zugrunde, wenngleich manchmal auch andere Therapieverfahren angeführt sind.

Jeder Mensch somatisiert zu gewissen Zeiten seines Lebens. Stress erhöht die psychosomatische Vulnerabilität. Der Körper übernimmt es, sich dem Patienten, dem Gegenüber und der gesamten Umgebung mitzuteilen. Psychosomatische Patienten sind es gewohnt, psychophysisch zu leiden. Es ist, als hätten sie aber nie gelernt, auf ihren Seelenschmerz wirklich zu hören. Unsere angeborene Kommunikationsbereitschaft umfasst nicht nur Emotionen und kognitive Inhalte, sondern auch physiologische, mittels des Körpers zum Ausdruck gebrachte Bedürfnisse und psychische Begehrungen. Wie vermag ein Individuum die Sprache seines Körpers zu hören? Wahrscheinlich vor allem durch non-verbale Informationen wie Gesten, Haltungen und Bewegungen, Gefühlempfindungen

1 Frau Dorothee Biebricher (†), Dipl.Psychol., an den Kapiteln »Essstörungen«, »Adipositas« und »Asthma bronchiale«; Prof. Dr.med. Kai von Klitzing an den Kapiteln »Entzündliche Darmkrankheiten« und »Tic – Störungen«; Prof. Dr. med. Peter Riedesser (†) am Kapitel über »Konversion«; Frau Dr. med. Barbara Rost an den Abschnitten über »Essstörungen in der Adoleszenz« und »Hautkrankheiten« und an einem Fallbeispiel beim Kapitel »Konversion«; Herr Dr. phil. Joachim Schreiner, Dipl. Psychol., an den Kapiteln »Enuresis« und »Enkopresis«.

2 Ergänzende theoretische Teile sind – etwas breiter angelegt – in unserem letzten Buch dargestellt: Bürgin D. & Steck B. (2013). *Indikation psychoanalytischer Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Klett-Cotta.

und -ausdrucksformen (der eigenen Stimmlärbung und Tonalität, des eigenen Blickkontakts und Geruchs), durch vegetative (z. B. Schwitzen oder Erröten) und taktile (z. B. Wahrnehmen von Temperatur oder Spannungen/Druck) Symptome, sowie durch verbale Äußerungen. Da Affekte die Brücken zwischen Psyche und Soma darstellen, sind interaktive Botschaften der primären Betreuungspersonen für das Kind höchst bedeutungsvoll, vor allem in der Art und Weise der kommunikativen Übermittlung, damit sie vom Kind »gelesen«, »verstanden« und »interpretiert« werden können.

Die Wurzeln des psychosomatischen Geschehens liegen in der frühesten Kindheit, oft in Spannungszuständen zwischen Säugling und den primären Bezugspersonen. Die frühesten psychischen Strukturbildungen, zum Beispiel die Bildung des Kern-Selbst, sowie Introjektions- und Projektionsprozesse und nicht etwa die Verdrängung oder höher entwickelte komplexe Abwehrkonfigurationen spielen dabei eine besonders wichtige Rolle. Der menschliche Säugling ist im Verhalten biologisch zwar darauf ausgerichtet, sich an der Stimme, am Blick und dem Lächeln der Hauptbeziehungsfiguren zu orientieren; psychologisch aber baut er eine sehr intime Beziehung zum Unbewussten der primären Betreuungsperson auf.

Alle *Symptome* stellen Selbstheilungsversuche dar, sind Konfliktlösungsversuche, um mit interpsychischen konfliktgeladenen Spannungsfeldern und Seelenschmerz umzugehen. Bei vielen Patienten mit ausgeprägten psychischen Schmerzen besteht das Gefühl, ein schweres Vergehen begangen, nämlich weiter gelebt zu haben, da sie sich unerwünscht und abgelehnt gefühlt haben. So kann sich zum Beispiel ein Kleinkind als absolut monströs und keinesfalls liebenswert empfinden. Dies geschieht besonders leicht, wenn der Projektionsdruck der hauptsächlichsten Beziehungspersonen keinen Raum dafür ließ, dass ein Kind seine eigenen Emp-

findungsweisen zu entwickeln imstande war. Botschaften wie: »Du hast so zu sein, wie ich mir dich erträume oder vorstelle«, oder: »Du sollst empfinden und denken, so wie ich es von dir erwarte und verlange«, und ebenso Botschaften, deren verbaler Inhalt nicht mit der nonverbalen Kommunikation übereinstimmt, wie z. B.: »...geh nur, ...amüsiere dich mit deinen Freunden« (verbale Botschaft), während die Melodie/Tonalität der Stimme lautet: »...wie kannst du es nur wagen, mich allein zu lassen!«, hinterlassen vor allem im Kleinkindesalter, aber auch bei Latenzkindern, schwere Konfusionen und den Eindruck, eigenes Empfinden und Denken sei mit Gefahren verbunden und nicht erlaubt, wie auch mit der Gewissheit, bezüglich der Berechtigung, eigenständig zu funktionieren, grundsätzlich eingeschränkt zu sein.

Die psychosomatische *Symptomwahl* wird wahrscheinlich immer geheimnisvoll bleiben. Das Kind erfindet sich gleichsam selbst und zieht die äußere Realität nur noch ungenügend in Betracht. Es scheint aus unerträglichen Erfahrungen des Nicht-Seins oder der Bedeutungslosigkeit in ein sich selbst Haltendes und damit in etwas Fassbareres zu fliehen.

Früheste traumatische Erfahrungen entsprechen möglicherweise Traumszenarien, die nicht geträumt werden können (McDougal, 1992). Oft haben sie etwas mit Übererregung, Überstimulation oder übermäßigen Schmerzerfahrungen zu tun. Diese letzten bewirken gegebenenfalls, dass die Psyche nicht mehr mit den üblichen Formen symbolischer Wortbildungen zu denken vermag. Dies gilt besonders, wenn ein Säugling oder ein Kleinkind Zuviel an rätselhaften Botschaften der Hauptbetreuungspersonen (Laplanche, 2005, 2011) in sich aufgenommen hat. In diesen Fällen versucht die Psyche einerseits mittels eigenartigen, oft paradoxen Bildern oder Szenarien und andererseits auch der gesamte Körper angesichts des noch Undenkbaren und des damit Nicht-Aus-

sprechbaren neuen Lösungswege zu finden, um dem Seelenschmerz zum Ausdruck zu verhelfen. Das Abgespaltene bleibt dynamisch sehr aktiv. Der gesamte Körper versucht gleichsam, die undenkbaren, nicht verbalisierbaren Affekte, Empfindungen, Ideen, Bilder und Szenerien in das biologische Substrat einzuschreiben.

Frühkindliche Traumata stellen eine tödliche Bedrohung des gesamten Selbst dar, denn nicht-symbolisierte oder -symbolisierbare Erlebnisinhalte können nicht in der üblichen Art verdrängt werden. Sie lassen sich nur projektiv entfernen oder durch Verwerfung vom bewussten Erleben fernhalten. Für das, was durch Projektion aus der Psyche entfernt wird, existiert keine Kompensation. Es hinterlässt Leerstellen, existentielle »Lücken«, unaushaltbare Vernichtungsangst und sprachlose Verzweiflung. Höchstens in Form halluzinatorischer Verfolgungsängste, von Drogenabhängigkeit oder mittels Somatisierung vermag es wiederzukehren. Auch ein Festungswall ausgeprägtester Blockierungen kann zum Überleben beitragen.

Bei psychosomatischen Patienten ist es unabdingbar, auf fröhlestes, präverbale Bedeutungsträger zu hören, die ersten Bilder eines Gegenübers entziffern zu können und zu verstehen, was für Annahmen der Säugling sich darüber gemacht hat, wer und wie das Gegenüber wohl sei. Dies ist besonders schwierig, da sich in ein und der gleichen Person oft verschiedene Organisationseinheiten finden, die auf sehr unterschiedlichem

Entwicklungs niveau angesiedelt sein können, aber gleichzeitig am Werke sind.

Natürlich sind alle Störungen und/oder Erkrankungen im Bereich der Psyche-Soma-Existenz von Kindern und Jugendlichen nicht ohne einen intensiven Einbezug des Umfelds, z. B. die familialen Konstellationen, im Sinne eines übergeordneten Systems, zu betrachten. Das Buch ist bewusst nicht als klassisches Lehrbuch konzipiert, sondern als ein Text, der – gewachsen aus den Erfahrungen im klinischen und ambulanten Behandlungsbereich und den theoretischen Entwicklungen psychoanalytischen Denkens – gewisse Basisannahmen deutlich zu machen versucht und zu eigenem Weiterdenken anregen soll.

Die psychotherapeutische Arbeit an der Entwicklung interpersonaler Beziehungen bewirkt Veränderungen der Ich-Funktionen, der Selbst- und Objektrepräsentanzen, der Affektwahrnehmung und der Besetzung des eigenen Körpers. Sie steht im Zentrum aller Überlegungen.

Wer sich vertieft mit dem Gebiet der Psychosomatik, d. h. der engsten Verbindungen von Körper und Seele, auseinander setzen möchte, tut gut daran, das Kapitel der fröhhesten Störungen ganz zu lesen. Wer sich vor allem rasch ein Bild über ein bestimmtes Symptom bild machen möchte, kann sich auch nur gerade das entsprechende Kapitel vornehmen, da die verschiedenen Teilbereiche auch eine eigene Geschlossenheit aufweisen.

Dieter Bürgin und Barbara Steck

Frühjahr 2019