

[Homepage](#)

[Was ist
Balintarbeit?](#)

[Balintgruppen](#)

[Ausbildung](#)

[Balinttagungen](#)

[Literatur](#)

[SBG](#)

[Links](#)

Einführungsreferat Silser-Studienwoche 1998

Dr. med. Hans Brändli, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Chefarzt, Kantonales Psychiatrisches Spital, CH-1633 Marsens

Die vorgetäuschte, PROVOZIERTE oder eingebildete Krankheit

Vortrag gehalten am
13.09.1998

Einleitung

Die naturwissenschaftlich-technische Orientierung hat der Medizin ohne Zweifel enorme Fortschritte gebracht. Sie basiert auf dem Prinzip von Diagnose und Therapie, d.h. einem diagnostizierten, kranken Objekt wird ein therapeutisches Objekt entgegengesetzt, was sich für eine Mehrzahl von Krankheiten und Unfallfolgen als sinnvoll erweist. Diese Patienten konsultieren einen Arzt, da sie subjektiv Symptome aufweisen, die sie einer Krankheit oder einem Trauma zuordnen. Sie fühlen sich erleichtert durch sogenannte negative Befunde oder durch einen therapeutischen Vorschlag, der zu einer Linderung oder zum Verschwinden der Symptome führt. Bereits hier schleicht sich aber eine falsche Note ein, wie dies einer unserer Berner Troubadouren so treffend gesungen hat : der sogenannte negative Befund ist doch eigentlich positiv für den Patienten.

Eine scheinbar kleine Minderheit von Patienten bringt hingegen das ganze Orchester durcheinander. Es handelt sich um Patienten, die eine Krankheit vortäuschen oder provozieren, und um Patienten, die sich einbilden, eine Krankheit zu haben. Für diese Patienten wirken sich negative Befunde, wie wir sehen werden, wirklich negativ aus. Ihr irritierendes Verhalten der Medizin gegenüber würde aber weniger absurd erscheinen, wenn der Arzt das Anliegen, das sich hinter den Symptomen der vorgetäuschten, provozierten oder eingebildeten Krankheit verbirgt, besser verstehen könnte.

In diesem Vortrag wird vorerst, vom Münchhausen-Syndrom ausgehend, das Verhalten der betroffenen Patienten analysiert, aber auch, weshalb die naturwissenschaftlich-technische Medizin die Entwicklung solcher Störungen geradezu fördert. In einem zweiten Teil wird das Problem, weshalb eine gewisse naturwissenschaftlich-technische Medizin so einseitig an einer krankheitsorientierten Denkweise festhalten muss, erörtert werden.

**Sado-masochistische
Beziehungen zur Medizin**

und suizidales Verhalten

Das Münchhausen-Syndrom, die artifizielle Störung, wird in der ICD-10 unter anderen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, ganz am Schluss des Abschnittes, noch hinter den sexuellen Störungen, eingeordnet. Es handelt sich also scheinbar um eine seltene Störung. Aber schon 1951, als R. Asher [1] zum ersten Mal das Münchhausen-Syndrom beschrieben hat, führte er es durch folgenden Satz ein : « hier wird ein sehr verbreitetes Syndrom beschrieben, dem die Mehrzahl der Ärzte schon begegnet ist, worüber aber wenig geschrieben wurde », als ob der Autor ein totgeschwiegenes Thema anschneiden würde. Die wissenschaftliche Literatur, das Münchhausen-Syndrom und seine Varianten betreffend, ist seither spärlich geblieben. In die englische Literatur ist der Lügenbaron seltsamerweise mit zwei Schreibfehlern eingegangen. Die Varianten tragen exzentrische Namen, wie wenn es sich um seltene Vögel handeln würde. Widerspiegeln diese Sonderbarkeiten die Verlegenheit der Ärzte dem Münchhausen-Syndrom und seinen Varianten gegenüber ?

Die wissenschaftliche Literatur kann in vier Kategorien eingeteilt werden :

Eine erste Kategorie von Artikeln, mit Abstand die grösste, bemüht sich, den Ärzten diagnostische, insbesondere biochemische Hinweise zu geben, wie diese falschen Patienten besser von echten unterschieden werden könnten. Diese von Somatikern abgefassten Arbeiten weisen diesen Patienten gegenüber eine grosse Feindseligkeit auf, und es ist daher nicht erstaunlich, dass sie während längerer Zeit auf schwarze Listen gesetzt oder systematisch der Justiz zugeführt wurden. Dieselbe Feindseligkeit hat regelmässig dazu geführt, dass die Therapien abrupt abgebrochen wurden, so dass anamnestische und katamnestische Angaben häufig fehlten, ausser wenn es zu psychiatrischen Zwangseinweisungen kam.

Eine zweite Kategorie von Artikeln psychiatrischen Ursprungs versucht, die Persönlichkeitsstörungen zu erfassen, welche dem Münchhausen-Syndrom zugrunde liegen, ausgehend von den Symptomen - der Migration, der Pseudologia fantastica, dem befallenen Organ, der An- oder Abwesenheit von Selbstbeschädigung, usw. - oder ausgehend von klassischen, psychiatrischen Krankheitsbildern, wie Psychose oder Hysterie. Diese Einteilungen bleiben aber klinisch unbrauchbar. Seltsamerweise wird die Depression in diesem Zusammenhang fast nie erwähnt, obgleich Suizide beim Münchhausen-Syndrom und seinen Varianten sehr häufig festgestellt werden.

Die erste Beschreibung des Münchhausen-Syndroms by proxy durch R. Meadow im Jahre 1977 [2] hat einerseits viel Entrüstung, andererseits aber auch bereichernde Überlegungen ausgelöst, vielleicht weil der Autor seinen Artikel in einen grösseren Zusammenhang gestellt hat. Bemerkenswerterweise lautet der Untertitel seiner Arbeit « Das Hinterland der Kindsmisshandlung ». Neben Überlegungen zu geschlagenen oder zu sexuell missbrauchten Kindern, Misshandlungen, welche lange Zeit ebenfalls als selten galten, betreffen diese Überlegungen auch Eltern, die ihre Kinder unnötigerweise Tonsillektomien oder Zirkumzisionen zuführen. Im übrigen kann man dank gründlicher Anamnesen feststellen, dass die beiden Mütter, die von Meadow beschrieben wurden, unter einem klassischen Münchhausen-Syndrom litten, bevor sie ihre Kinder in das Täuschungsmanöver einbezogen. Der wesentliche Verdienst dieser dritten Kategorie von Arbeiten ist, dass sie auf eine, wenigstens anamnestische Verwandtschaft zwischen vorgetäuschten, provozierten und eingebildeten Krankheiten hinweisen. Tatsächlich können diese Arbeiten

aufzeigen, dass Münchhausen-Patienten ihre medizinische Karriere oft als Hypochonder und Operationssüchtige beginnen. Was ist aber der gemeinsame Nenner scheinbar so verschiedener Zustandsbilder ?

Dazu gibt uns die vierte Kategorie von Publikationen einige Anhaltspunkte, u. a. ein Artikel von H. R. Spiro aus dem Jahre 1968 [3]. Der Autor setzt einen wichtigen Akzent auf die Täuschung, die einen Versuch darstelle, erlebte Traumata durch Wiederholung besser zu verarbeiten. Dies würde die ambivalente Haltung der Patienten den Ärzten gegenüber erklären, die Koexistenz von feindseligem Verhalten und einer Suche nach Zuneigung. Spiro spricht in diesem Zusammenhang auch vom Verlust eines Liebesobjekts mit einer unvollendeten Trauerarbeit. Dieselbe Hypothese wird auch von anderen Autoren vertreten. Spiro weist aber auch auf die Umkehrbarkeit von Subjekt und Objekt in der sado-masochistischen Beziehung hin und ist der Meinung, dass das Münchhausen-Syndrom mindestens zum Teil iatrogen bedingt ist. Er fragt sich, ob nicht die Verfremdung, der Mangel an menschlicher Wärme in der naturwissenschaftlich-technischen Medizin, bei der Genese des Münchhausen-Syndroms eine grosse Rolle spielt. Wie könnten diese Patienten sonst bei ihren Ärzten so leicht eine antitherapeutische Haltung mit schmerzhaften Untersuchungen und gefährlichen Operationen provozieren ? Wie könnten diese Patienten ehrliche und wohlwollende Anstrengungen von seiten der Ärzte so massiv pervertieren ? Hätten die Ärzte etwa Mühe, mit Nachsicht auf einen solchen Ansturm ihrer Allwissenheit und Allmacht zu antworten ?

Betreffend der Hypochondrie hat J. Delahousse [4] bei seinem Vortrag bei der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin 1991 in Baden eine fast identische Hypothese vertreten. Nach seiner Ansicht ist auch die Hypochondrie teilweise iatrogen bedingt, durch die zerstückelnde und entsubjektivierende Arbeitsweise der naturwissenschaftlich-technischen Medizin mit ihrer übermässigen Technisierung, bei gleichzeitiger Beziehungsarmut. Der hypochondrische Patient provoziere eine symmetrische Eskalation, in der sich der Arzt verpflichtet fühle, sich mit seiner medizinischen Allmacht tatkräftig durchzusetzen. Sehr ähnliche Überlegungen hat ebenfalls D. Beck, ein ehemaliger Silser Leiter, 1977 [5] zu schweren funktionellen Störungen gemacht.

Wie oben erwähnt, ist das Suizidrisiko beim Münchhausen-Syndrom und seinen Varianten sehr gross, insbesondere nach der Entdeckung des Täuschungsmanövers und dem anschliessenden Abbruch der therapeutischen Beziehung. Bei Unfallpatienten, bei der Selbstbeschädigung und bei der Operationssucht ist das suizidale Verhalten offensichtlich. Verschiedene Arbeiten haben zeigen können, dass aber auch bei hypochondrischen Patienten das Suizidrisiko nach dem Abbruch einer therapeutischen Beziehung steigt.

Nach dem klassischen, intrapsychischen Modell der Depression, wie es Freud 1917 in « Trauer und Melancholie » [6] beschrieben hat, stellt der Suizid die extremste Form der gegen sich selbst gerichteten Aggressivität dar. Diese Aggressivität ist ursprünglich gegen das verlorene Liebesobjekt gerichtet, auch in diesem Modell, das für viele präsuizidale Phantasien noch immer seine Gültigkeit hat. In der Zwischenzeit ist es allerdings weiterentwickelt worden. Insbesondere kann das Überich, diese selbstkritische Instanz, die aus den elterlichen Verboten entstanden ist, auf einen Angehörigen projiziert werden. Aber auch die Selbstrepräsentation kann auf eine andere Person, insbesondere auf ein Kind, übertragen werden. Ein Suizidversuch kann in diesem Zusammenhang z.B. die Wiedergewinnung des verlorenen Liebesobjekts darstellen. Solche suizidalen Inszenierungen wurden 1980 sehr prägnant von S.S. Asch [7] beschrieben, in einem Artikel mit dem Titel « Suizid und der versteckte Henker ». Wir kennen alle die Situation des medikamentösen

Suizidversuchs, bei dem der Patient « gerade noch rechtzeitig, per Zufall » von einem Angehörigen gefunden wurde. Wenn dieser den Patienten auffindet bevor die tödliche Wirkung des Medikaments eingetreten ist, kann das verlorene Liebesobjekt durch diese « Liebesbezeugung » wiedergewonnen werden. Diese Inszenierung bleibt aber sehr ambivalent, wie beim russischen Roulette, denn wenn der betroffene Angehörige nicht rechtzeitig eintrifft, wird der Patient ein passives, masochistisches Opfer seines versteckten Henkers. Eine solche Situation gleicht doch sehr gewissen Münchhausen-Syndromen, wie z.B. der provozierten Anämie durch Einnahme von Antikoagulantien, oder der Karriere von Operationssüchtigen. Der Patient unterzieht sich masochistisch gefährlichen Untersuchungen oder heroischen Operationen von seiten der « heilbringenden » Medizin. Im Falle von schweren Komplikationen oder tödlichen Zwischenfällen wird der wohlwollende Arzt zum Henker. Es handelt sich also um die Inszenierung eines sado-masochistischen Konflikts zwischen einem projizierten Über-Ich und der Selbstrepräsentation. Die Inszenierung wird noch viel makabrer im Münchhausen-Syndrom by proxy, bei dem ein Kind als projizierte Selbstrepräsentation dem durch den Arzt verkörperten sadistischen Überich als Opfer dargebracht wird.

Die Selbstrepräsentation kann gemäss Asch aber auch eine Kondensation im Körper erfahren. Eine solche Kondensation würde eine Erklärung abgeben für ein Suizidäquivalent bei gewissen Selbstbeschädigungen. In der Hypochondrie würde, dem gleichen Abwehrmechanismus entsprechend, ein isolierter Körperteil, das befallene Organ, zum bösen Objekt.

Die sado-masochistische Arzt-Patienten-Beziehung mit abrupten Therapieabbrüchen hat im Münchhausen-Syndrom wie erwähnt zur Folge, dass nur wenige Patienten anamnestisch und katamnestisch gründlich abgeklärt wurden. Unter der kleinen Zahl gut abgeklärter Patienten, die dem Vortragenden aus der wissenschaftlichen Literatur bekannt sind, soll kurz von einer 54-jährigen Patientin, die ein Lymphoedem eines Fingers durch Stauen aufwies [8], berichtet werden. Die tiefenpsychologischen Tests konnten bei ihr eine melancholische Identifizierung mit ihrer verstorbenen Schwester aufzeigen. Die provozierte Störung, der geschwollene Finger, stellte die kleine Schwester dar, die an einer nicht korrekt behandelten Niereninsuffizienz verstorben war, und deren Tod die Patientin nie verarbeiten konnte.

Diese Anspielung auf einen ärztlichen Kunstfehler erlaubt es darauf hinzuweisen, dass viele Münchhausen-Patienten nicht nur Opfer von sadistischem Verhalten in ihrer Ursprungsfamilie waren, sondern auch in ihrer Anamnese frühkindliche, traumatische Erlebnisse mit der naturwissenschaftlich-technischen Medizin aufweisen. Schliesslich soll auch darauf hingewiesen werden, dass paramedizinische Berufe unter den Münchhausen-Patienten überrepräsentiert sind. Man kann sich also die Frage stellen, ob für die Berufswahl in « helfenden » Berufen nicht frühkindliche Erlebnisse ebenfalls ausschlaggebend waren. Diese Bemerkung gestattet es, ganz automatisch vom Patienten zu den Angehörigen « helfender » Berufe überzugehen. Das einseitige Festhalten an einer naturwissenschaftlich-technischen Medizin wäre also nicht nur die Folge einer « déformation professionnelle » durch das Studium und die Weiterbildung, diktiert von der Angst vor einem Kunstfehler.

Die Notwendigkeit von Teilobjektbeziehungen in der naturwissenschaftlich-technischen Medizin

Einmal mehr soll ein verstaubter Artikel zu Hilfe genommen werden. Es handelt sich um die Arbeit « Medizin und Psychoanalyse » von P. Benoit aus dem Jahre 1979 [9]. Gemäss diesem Autor basiert die naturwissenschaftlich-technische Medizin auf zwei verschiedenen, komplementären Schritten. Der erste Schritt beruht auf einem

Referenzsystem, einer Nosologie, die sich im Laufe der Zeit verändern kann, die es aber erlaubt, für jegliches Leiden, für das kranke Objekt des Patienten, eine Sentenz, eine Diagnose auszusprechen. In einem zweiten Schritt wird diesem diagnostischen Objekt ein therapeutisches Objekt entgegengesetzt. Von diesem therapeutischen Objekt, einem Akt, der sich im Laufe der Zeit ebenfalls stark entwickeln kann, wird erwartet, dass er jegliches Leiden lindern oder sogar zum Verschwinden bringen kann. Der Autor stellt der naturwissenschaftlich-technischen Medizin die Psychoanalyse gegenüber, die als therapeutisches Objekt den Therapeuten selbst benütze. Die Psychoanalyse käme also ohne ein therapeutisches Übergangsobjekt aus : in der Übertragungsbeziehung wäre das therapeutische Objekt der Arzt selbst.

Es ist wahrscheinlich sinnvoll, die meisten Leiden als gegenwärtige zu betrachten und zu behandeln. Es darf aber nicht vergessen werden, dass jegliches, wenn auch noch so banale Leiden - eine Krankheit oder ein Unfall - in uns einen Leidenskern ins Vibrieren bringt, wie z.B. Kindheitserinnerungen, Zukunftsängste, usw. Dieser Leidenskern gehört der menschlichen Natur an, und wir Angehörige « helfender » Berufe entgehen ihm nicht. Vielleicht hat er sogar wie erwähnt eine wichtige Rolle gespielt in unserer Berufswahl. In der naturwissenschaftlich-technischen Medizin ist es aber von grosser Wichtigkeit, sich auf das gegenwärtige Leiden des Patienten zu konzentrieren, um das therapeutische Objekt nach den Regeln der Kunst verschreiben zu können. In einer grossen Mehrzahl der Fälle entspricht dies ebenfalls den Bedürfnissen der Patienten. In der naturwissenschaftlich-technischen Medizin müssen die Angehörigen « helfender » Berufe aber auch ihre eigenen, intimen Leidensphantasien evakuieren, um überhaupt überleben zu können, dies insbesondere in der Notfall- und Intensivmedizin. Der Psychoanalytiker benütze im Gegenteil die Phantasien, die des Patienten und seine eigenen als Arbeitsinstrument. Soweit P. Benoit.

Eine einseitige naturwissenschaftlich-technische Medizin, die auf rein induktiven Prinzipien basiert, die aus dem 17. Jahrhundert stammen, ist gemäss H.G. Pauli, P.W. Balsiger und T. von Uexküll [10] sehr reduktiv. Wie die klassische Mechanik viele physikalische Phänomene erklären kann, erlaubt die naturwissenschaftlich-technische Medizin das Verstehen und die Heilung vieler Krankheiten, genügt aber nicht, um den Patienten, von denen hier die Rede ist, gerecht zu werden. Bei ihnen müsste sozusagen Quantenmechanik angewendet werden, um den Vergleich weiterzuführen. Es stellt sich aber die Frage, warum, wie dies dieselben Autoren in ihrem Artikel von 1993 so treffend erwähnen : « die Physiker an Gott zu glauben beginnen, die Ärzte aber weiterhin nur an die Physiker glauben ».

Das gewöhnlichste der therapeutischen Objekte ist sicherlich die Verschreibung eines Arzneimittels. Sie hat, wie wir alle wissen, in vielen Situationen einen mehr magischen als wissenschaftlichen Inhalt, wie dies sehr prägnant anhand des Placeboeffekts beschrieben werden kann. Gemäss einem Artikel von B. Lachaux aus dem Jahre 1990 [11] bedeutete bei den alten Griechen das Pharmakon Gift und Gegengift, das Böse und sein Heilmittel, je nach den Umständen und der Dosis, in der es verschrieben wurde. Diese Doppeldeutigkeit des Pharmakons ist aus der naturwissenschaftlich-technischen Medizin völlig verschwunden. Unsere Medikamente symbolisieren, idealisieren geradezu den wissenschaftlichen Glauben an die Medizin : höchst gefährliche Medikamente werden routinemässig verschrieben, wie z.B. in der Kardiologie oder in der Onkologie. Ein ganz anderes Schicksal erlebte dagegen das Placebo, das im Mittelalter nach dem Prinzip des « primum nihil nocere » verschrieben wurde. Die Verschreibung eines Placebos gilt heute als unwissenschaftlich, ja sogar als Kunstfehler. Die naturwissenschaftlich-technische Medizin braucht aber das Placebo in der pharmakologischen Forschung, um die Wirksamkeit der sogenannten echten Medikamente zu testen. Man könnte sich aber einen geradezu gegenteiligen Forschungsansatz vorstellen, nämlich die Grösse des Placeboeffekts mit der Intensität der Arzt-Patienten-Beziehung zu korrelieren.

In einem Artikel aus dem Jahre 1992 beschreibt J. Starobinski [12], ein Medizinhistoriker, wie sich die Allmachtsphantasien der naturwissenschaftlich-technischen Medizin bereits im Gründungsmythos der Medizin vorfinden. Der Mythos des Äskulap spielt sich an der Grenze der Unsterblichkeit ab und symbolisiert die Zweideutigkeit unserer Macht über den Tod. Die Novelle « Dr. Jekyll und Mister Hyde » von R.L. Stevenson stelle eine moderne Version dieses Gründungsmythos dar. Im Laufe ihrer Geschichte ist die offizielle Medizin immer und immer wieder von Antiwissenschaften in Frage gestellt worden. Starobinski weist in diesem Zusammenhang auf das überraschende Phänomen hin, dass die Alternativmedizin gerade heute so viele Anhänger findet, in einer Epoche, in der die wissenschaftliche Medizin so viel Erfolg aufzeigen kann. Er weist ebenfalls auf eine andere Antimedizin, auf die Askese hin, auf die Krankheit als Möglichkeit, sich mit Christus zu identifizieren. Die Askese hat zur Gründung der Spitalorden und zur Eröffnung der ersten Spitäler im Mittelalter geführt, also zur Entwicklung unserer heutigen Medizin ganz wesentlich beigetragen. Die Barmherzigkeit ist aber scheinbar in der einseitigen naturwissenschaftlich-technischen Medizin völlig verlorengegangen. Um die vorgetäuschte, provozierte oder eingebildete Krankheit besser zu erfassen, kann ein unbekannter mittelalterlicher Autor aus derselben Arbeit zitiert werden : « Wenn der Mensch wüsste, wie nützlich ihm die Krankheit ist, so würde er nie mehr ohne sie leben wollen. Weshalb ? Weil die Krankheit des Körpers die Gesundheit der Seele ist. » Die naturwissenschaftlich-technische Medizin sollte gemäss Starobinski ihre doppelte Tradition nicht vergessen : « Es genügt nicht, einen Körper zu heilen. Die Barmherzigkeit sollte im leidenden Körper respektieren, was unsere Beziehung zu ändern unter die Autorität eines Allmächtigen stellt ».

Nach dieser kleinen Exkursion in die Spiritualität soll nun wieder die Praxis zu Worte kommen. Für den Phänomenologen A. Tatossian ist, gemäss einem Buchbeitrag aus dem Jahre 1982 [13], der menschliche Körper nicht derjenige der Anatomen oder der Physiologen. Die Naturwissenschaftler beschreiben den Körper den wir haben. Beim gelebten Körper handelt es sich vielmehr um den Körper, der wir sind. Der Autor setzt dem subjektiv erlebten Körper einen wissenschaftlichen Objektkörper gegenüber. In der Hypochondrie und den mit ihr verwandten Krankheitsbildern, die hier analysiert werden, wird krankhaft an diesem Objektkörper festgehalten, wie in der einseitigen naturwissenschaftlich-technischen Medizin. Der Hypochonder ist nicht krank, sondern er hat eine Krankheit. Er wird dadurch zum Sklaven des Körpers, der ihm immer wieder entwischt. Das grundlegende Missverständnis zwischen Arzt und Patient käme davon, dass der Arzt fälschlicherweise meint, dass der Hypochonder ihm seinen Körper wie ein Instrument zum Reparieren bringt. Der Körper in der Hypochondrie, in der Selbstbeschädigung, bei der Operationssucht, bei den Unfallpatienten, im Münchhausen-Syndrom und seinen Varianten sei aber ein Symbol dessen, was der Patient in seiner Gegenwart und seiner Vergangenheit bedauert : die Mängel in seinem Körper, in seiner Seele, bei seinen Angehörigen, in seinen Liebesbeziehungen und in seiner Kindheit. Der Arzt wird nicht zu einer Reparatur oder zu einer Heilung aufgefordert, sondern um als Zeuge aufzutreten in einem Prozess der unsichtbaren Verluste, die sich im sichtbaren Körper der erwähnten Patienten ausdrücken.

Das von Tatossian beschriebene Missverständnis könnte auch in folgenden Zahlen ausgedrückt werden : 70 bis 80 % der Selbstmörder, haben in den letzten 6 Monaten vor ihrem Tod einen Allgemeinpraktiker aufgesucht, 2/3 von ihnen sogar im letzten Lebensmonat, mit vornehmlich somatischen, völlig unspezifischen Beschwerden. Der Arzt hingegen scheint in erster Linie Angst zu haben vor einer allfälligen somatischen Fehldiagnose, was in 70 bis 80 % der Fälle zu nutzlosen, diagnostischen Massnahmen führt. F. Bensing, Direktorin der Nivel-Studie, hat in einem Vortrag in Davos 1994 anlässlich des gemeinsamen Jahreskongresses der Allgemeinmediziner und der Psychosomatiker aufzeigen können, dass die Patienten ohne Diagnose sich vorerst gut bei ihren Ärzten aufgehoben fühlen. Erst das

einseitige Verhalten des Arztes, der unbedingt nach einer biomedizinischen Diagnose sucht, führt zu einer Chronifizierung des Patienten durch sogenannte negative Resultate. Dabei darf nicht vergessen werden, dass auch der positive Befund, der nicht in eine ganzheitliche Arzt-Patienten-Beziehung integriert ist, ebenfalls eine Beziehungsfalle darstellen kann.

Ein sogenannt klinisches Beispiel

Zur Illustration der Teilobjektbeziehungen, von denen hier die Rede ist, soll nun noch ein klinisches Beispiel angefügt werden: Dr. Aziz wird zu Naseem, der Tochter eines Grundbesitzers gerufen. Er trifft auf eine Szene, die bemerkenswerter war als alles, was er je erlebt hatte, ein Tableau von unwahrscheinlicher Fremdartigkeit. Zwei Frauen, wie Berufsringer gebaut, hielten mit hoch über den Kopf erhobenen Armen eine Ecke eines riesigen weissen Lakens, so dass es wie ein Vorhang zwischen ihnen hing. Genau in der Mitte des Bettuchs war ein annähernd rundes Loch mit einem Durchmesser von ungefähr 15 cm geschnitten. Dr. Aziz wandte sich in einem hitzigen Ton an den Grundbesitzer : « Sagen sie mir, wie ich Naseem untersuchen soll, ohne sie anzusehen ! ». Der Grundbesitzer antwortete lächelnd : « Sie werden freundlicherweise im einzelnen anführen, welcher Teil meiner Tochter der Untersuchung bedarf. Ich werde ihr dann den Befehl erteilen, den verlangten Körperteil gegen das Loch zu halten, das Sie hier sehen ». Dies zur Erstkonsultation.

Im Laufe der folgenden Jahre zog sich Naseem eine ganz ausserordentliche Reihe leichter Erkrankungen zu, und jedesmal wurde der junge Doktor geholt. Dr. Aziz' Besuche wurden zu einem beinahe wöchentlichen Ereignis ; und bei jeder Visite wurde ihm durch das verstümmelte Bettuch hindurch ein Blick auf ein anderes 15 cm grosses Körpersegment der jungen Frau gewährt. Auf die anfänglichen Magenschmerzen folgten ein nur ganz leicht verrenkter rechter Knöchel, ein ins Fleisch gewachsener Nagel am grossen Zeh des linken Fusses, ein winziger Schnitt im linken Unterschenkel, die Sache mit ihrem steifen rechten Knie, und nach einer Weile wanderten die Krankheiten nach oben, wobei sie gewisse unaussprechliche Zonen vermieden, und begannen, sich auf ihrer oberen Hälfte fortzupflanzen. Und in all diesen Jahren wiederholte Naseem keine einzige Krankheit. « Was nur beweist », teilte der Grundbesitzer Dr. Aziz mit, « dass Sie ein guter Arzt sind. Wenn Sie eine Krankheit heilen, ist sie ein für alle Mal davon geheilt. Aber ach ! » - er schlug sich an die Stirn - « das arme Kind sehnt sich nach seiner verstorbenen Mutter, und sein Körper leidet ».

So bekam Dr. Aziz in seiner Vorstellung allmählich ein Bild von Naseem, eine schlecht zusammenpassende Collage ihrer gesondert untersuchten Teile. Dieses Phantombild einer unterteilten Frau begann ihn zu verfolgen, und das nicht nur in seinen Träumen. Mittlerweile hatte der Grundbesitzer den Berufsringerinnen die Ohren verstopfen lassen und liess ihn allein mit seiner Naseem : « um ein wenig zu reden ; die Arzt-Patient-Beziehung kann sich nur in strengster Vertraulichkeit vertiefen ». Schliesslich wurde Dr. Aziz, nach einem Knoten in der rechten Brust, sogar eine prachtvoll gerundete und unwahrscheinliche Hinterbacke dargeboten, die sich wundersam durch das Loch wölbte. Dr. Aziz zwang sich in eine medizinische Geistesverfassung... streckte die Hand aus... fühlte. Und er schwor verblüfft bei sich, dass er sah, wie in der Hinterbacke eine scheue, aber entgegenkommende Schamröte aufstieg. An jenem Abend sinnierte Dr. Aziz über das Röten. Wirkte der Zauber des Lakens auf beiden Seiten des Loches ? Aufgeregt stellte er sich eine kopflose Naseem vor, wie sie unter seinen prüfenden Augen, seinem Thermometer, seinem Stethoskop erschauerte und versuchte, sich in ihrer Vorstellung ein Bild *von ihm* zu machen. Sie befand sich natürlich im Nachteil, weil sie nichts als seine Hände gesehen hatte. Kurzum : Dr. Aziz hatte sich verliebt und betrachtete das Laken mit dem Loch als etwas Geheiligt und Magisches. Trotz seiner, nicht zu unterdrückenden, berufswidrigen Gefühle - oder gerade deswegen - hielt Dr. Aziz schliesslich um die Hand von Naseem bei ihrem

Vater an.

In ihrer zweiten Hochzeitsnacht bat Dr. Aziz Naseem, sich ein wenig zu bewegen. « Mich wo, wie bewegen ? », antwortete sie. Er wurde verlegen und sagte : « Nur bewegen, ich meine, wie eine Frau... ». Sie schrie vor Entsetzen auf. Dies war der Beginn einer Schlacht, die Dr. Aziz nie gewann, und sie legte den Ton für ihre Ehe fest, die bald regelmässig zu einem verheerenden Kriegsschauplatz wurde. Dieses sogenannte klinische Beispiel ist dem Roman « Mitternachtskinder » von S. Rushdie entnommen. Es soll eine Illustration abgeben für die zerstückelnden Beziehungen, wie sie in der naturwissenschaftlich-technischen Medizin möglich sind, aber auch wie solche, auf Teilobjekte beruhende Beziehungen bei gewissen Patienten mit bösen Überraschungen enden können.

Zusammenfassung

Zusammenfassend könnte also gesagt werden, dass die Phantasien aller Menschen belebt werden durch die archaischen Formen, die ein verlorenes Liebesobjekt in ihnen hinterlassen hat. In der vorgetäuschten, der provozierten und der eingebildeten Krankheit wird dieses verlorene Liebesobjekt dem Arzt als krankes Teilobjekt angeboten, sozusagen als diagnostischer Köder. Die Angehörigen « helfender » Berufe können ihrerseits durch ein verlorenes Liebesobjekt befangen sein und versuchen, an diesem Köder mit einem allmächtigen, therapeutischen Teilobjekt anzubeissen.

Um nicht in eine Schwarz-Weiss-Malerei zu verfallen, sollte festgehalten werden, dass Teilobjektbeziehungen auch in der Psychiatrie und Psychotherapie entstehen können. Andererseits kann sich der Arzt in einer integrierten naturwissenschaftlich-technischen Medizin ebenfalls selbst als therapeutisches Objekt in die Arzt-Patienten-Beziehung einbringen, vielleicht mehr im averbalen Bereich, z.B. bei der Palpation, mit Blickkontakten, usw. Ein versierter Psychosomatiker kann sogar ein Übergangsobjekt, wie eine Laboruntersuchung oder die Verschreibung eines Arzneimittels, in eine globale therapeutische Beziehung einbauen.

Vor lauter anderen Zitaten wäre beinahe M. Balint, dem wir diese Studienwoche verdanken, vergessen geblieben. Balints Zusammenfassung würde wahrscheinlich etwa so lauten : Die unorganisierte Krankheit organisiert sich, wenn sich der Arzt zum grossen Detektiven verwandelt. So wird die autogene Krankheit zu einer iatrogenen.

LITERATUR

Asher R. Munchausen's Syndrome. Lancet 1951 ; 1 : 339-41.

Meadow R. Munchausen Syndrome by proxy. Lancet 1977 ; 2 : 343-5.

Spiro HR. Chronic Factitious Illness. Arch Gen Psychiat 1968 ; 18 : 569-79.

Delahousse J. Impasse Relationnelle et Complicité Médicale dans la genèse de l'Hypochondrie Chronique. Psychosomatique Medizin 1992 ; 1 : 15-26.

Beck D, Frank Y. Le malade psychosomatique rebelle à la thérapeutique et son médecin. Folia psychopractica 1977 ; 2 : 1-19.

Freud S. Trauer und Melancholie. G.W. 1917(e) ; 10 : 427-446.

Asch SS. Suicide, and the Hidden Executioner. Int Rev Psycho-Anal 1980 ; 7 : 51-60.

Py C, Consoli SM. Pathomimie : du deuil impossible à l'équivalent conversif. L'Evolution Psychiatrique 1989 ; 4 : 735-49.

Benoit P. Médecine et psychanalyse. Confrontations psychiatriques 1979 ; 17 : 289-307.

Pauli HG, Balsiger PW, von Uexküll T. Evolution de la pensée et de l'activité médicale - une chance à saisir ! Bulletin des médecins suisses 1993 ; 74 (27) : 1084-89.

Lachaux B. Le placebo dans le cadre de la prescription médicamenteuse : panacée ou psychotrope ? Psychologie médicale 1990 ; 22 (6) : 491-5.

Starobinski J. Médecine et Anti-médecine. Revue médicale de la Suisse romande 1992 ; 112 : 1105-11.

Tatossian A. Phénoménologie du corps. In : Jeddi E (éd.). Le corps en psychiatrie. Paris : Masson ; 1982. S. 99-103.

[Nach oben](#)