

zusammen mit

Klaus Bosse, Franz Heigl, Annelise. Heigl-Evers, Ulrich Streeck

Familiäre Sozialisation, Ich-Entwicklung und psychosomatische Krankheit am Beispiel von Patienten mit endogenem Ekzem (1986)¹

Das Krankheitsbild des sogenannten endogenen Ekzems (atopische Dermatitis, Neurodermitis) nimmt in der psychoanalytischen Psychosomatik von jeher einen wichtigen Platz ein. In zahlreichen Arbeiten zur psychoanalytisch-psychosomatischen Theorie finden sich kasuistische Darstellungen von Patienten, die an einem endogenen Ekzem leiden (z. B. Marty, 1957; Thomä, 1980). Häufig wird die Erkrankung auf dem Hintergrund eines mehr oder weniger konsistenten Bezugsrahmens psychoanalytisch-psychosomatischer Theorien dargestellt, und es könnte gelegentlich den Anschein haben, als seien die beim endogenen Ekzem bzw. beim Ekzemkranken zu beobachtenden Phänomene relativ lückenlos verstehbar und erklärbar. Dieser Eindruck dürfte seltener auftauchen, wenn wie hier von Ergebnissen interdisziplinär angelegter klinischer Untersuchungen zum endogenen Ekzem die Rede ist. Der interdisziplinäre Charakter dieser Arbeit bedingt, daß verschiedene Befunde nebeneinander dargestellt werden, die sich nicht nur auf sich jeweils nicht völlig deckende Gegenstandsbereiche beziehen, sondern die auch mit Methoden unterschiedlicher medizinischer Disziplinen in unterschiedlicher Perspektive erhoben wurden. Demzufolge werden sich zwangsläufig Brüche und Inkonsistenzen nicht vermeiden lassen, wenn die gewonnenen Daten und ihre verschiedenen Ebenen Daten der organischen Erkrankung, der Beobachtung manifesten sozialen Verhaltens, zur sozialen und familiären Situation und vor allem zur psychischen Struktur von Patienten mit endogenem Ekzem aufeinander bezogen und miteinander interpretiert werden sollen. Der fragmentarische Charakter der hier ausgewählten Befunde spiegelt indessen nach unseren interdisziplinär gewonnenen Erfahrungen eher den derzeitigen Stand unseres tatsächlichen klinisch-psychosomatischen Wissens zum endogenen Ekzem wider als das in Interpretationsversuchen im Rahmen scheinbar integrierter und theoretisch widerspruchsfreier Modellentwicklungen der Fall ist.

1. Zum endogenen Ekzem aus dermatologischer Sicht

Bei dem sogenannten endogenen Ekzem handelt es sich um eine chronisch rezidivierende Hauterkrankung, die häufig bereits während der ersten Lebensmonate beginnt und sich dann in wechselnder morphologischer Ausprägung über die verschiedenen Lebensalter hinzieht, um mit zunehmendem Alter langsam in ihrem Schweregrad zurückzugehen und die schließlich ganz abzuheilen scheint. Die

¹Veröffentlicht in: A. Leyer / H. G. Treschner / Ch. Büttner (Hrsg.): Die Bedeutung der Gruppe für die Sozialisation. Teil I. Kindheit und Familie, Göttingen 1986, 52-64

Krankheit scheint nur abzuheilen insofern, als deren Voraussetzung auf einer genetischen Belastung beruht, was "Heilung" im strengen Sinne ausschließt. Das bedeutet für die Patienten, daß die Krankheitsanlage über ein ganzes Leben erhalten bleibt und entsprechende Auslöser jederzeit neue Schübe provozieren können. Viele dieser Patienten werden bereits mit der Pubertät oder zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahr völlig hauterscheinungsfrei; andere die geringere Zahl haben auch mit dem dreißigsten und vierzigsten und gar fünfzigsten Lebensjahr noch mit ekzematösen Hautveränderungen zu tun.

Auf eine erbliche Veranlagung weist u. a. hin, daß es in der Verwandtschaft der ekzemkranken Patienten neben dem Ekzem fast immer auch Asthma oder Heuschnupfen gibt oder daß diese Erscheinungsbilder derselben erblichen Anlage beim Patienten selbst im Wechsel mit dem ekzemartigen Bild an der Haut auftreten. Es ist bekannt, daß zu dieser atopischen Belastung bei den Patienten auch eine Störung der "humoralen" und der "zellulären Immunität" gehört: Eine Störung der Abwehr in der Haut gegenüber Infektionskrankheiten verschiedenster Art; darüber hinaus entwickelt der Körper eine übermäßige Reaktion im Blut gegenüber eindringenden Fremdstoffen, besonders häufig gegenüber nutritiven Allergenen und gegenüber inhalativen Allergenen, d. h. gegenüber Substanzen, die mit der Luft eingeatmet werden wie Hausstaub, Tierschuppen, Tierhaare, Blütenpollen von Bäumen, Gräsern und sonstigen Pflanzen. Klinisch bedeutet dies, daß bei Familienmitgliedern oder auch beim betroffenen Individuum das Ekzem mit den genannten anderen Erkrankungen, nämlich Asthma, Heuschnupfen und einigen weniger häufigen Erscheinungsbildern wechseln kann.

Das häufige Auftreten von nutritiven oder inhalativen Allergien ist jedoch keineswegs zwingend; das endogene Ekzem ist somit keine primär allergische Erkrankung. Das geläufigste Bild, das der Arzt beobachtet, ist das sogenannte Beugenekzem. Es tritt besonders in den Ellenbeugen, an den Kniekehlen, auch an den Handgelenken, den Fußgelenken, Fußrücken und im Nacken auf und verursacht beim Betroffenen einen unerträglichen, schubweise auftretenden Juckreiz, der auch medizinisch schwer zu beherrschen ist.

Die Patienten selbst berichten meist von verschiedenen das Ekzem günstig oder nachteilig beeinflussenden Faktoren wie klimatischen Bedingungen, bestimmten Nahrungsmitteln, Wollkleidung und Tagesrhythmen. Dagegen kommen Patienten bei der Konsultation des Hautarztes seltener mit der Frage, ob nicht auch psychische Zusammenhänge mit dem Auftreten des Ekzems bestehen können. Sich selbst genau beobachtende Patienten können indessen häufig beschreiben, daß die Ekzemerkrankungen sich im Zusammenhang mit konflikthaften zwischenmenschlichen Situationen verschlechtern: Als Arzt kann man z. B. in der Gesprächssituation mit diesen Patienten oft unmittelbar sehen, wie dieser etwa bei Überforderung plötzlich zu kratzen beginnt und die Haut im Gesicht noch fahler wird, als sie es schon gewöhnlich bei Patienten dieser Art ist; wir sehen dann einen weißen Fleck im Nasen-Mund-Dreieck, was darauf schließen läßt, daß die Durchblutung, d. h. die Reaktion der Blutgefäße bei diesem Patienten ungewöhnlich ist. Dies läßt sich auch nachweisen, indem wir versuchen, durch einen strichförmigen Reiz auf der Haut die Bereitschaft der Gefäße zur Kontraktion zu überprüfen; wir finden dabei einen anhaltenden weißen Strich, den sogenannten weißen Dermographismus anstelle des normalen roten Dermographismus. Diese Reaktionen und die Möglichkeit der experimentellen Auslösung von Jucken. Kratzen und sonstigen hypermo-

torischen Reaktionen (Bosse / Hüneke 1981) weisen unmittelbar auf psychosomatische Zusammenhänge beim endogenen Ekzem hin.²

2. Zur Persönlichkeitsstruktur von ekzemkranken Patienten

Nach zahlreichen, vor allem auf Alexander (1951) zurückgehenden Bemühungen, spezifische pathogene Konflikte beim ekzemkranken Patienten nachzuweisen, die auf dem Hintergrund der Struktur- bzw. der Trieb-Abwehrlehre der Psychoanalyse verstehbar sind, hat sich das Verständnis psychosomatischer Zusammenhänge beim endogenen Ekzem parallel zu den Entwicklungen innerhalb der psychanalytischen Psychosomatik überhaupt mehr und mehr zu einer Unspezifitätshypothese hin entwickelt (vgl. von Rad, 1980; Thomä, 1980). Danach sind es statt krankheits-spezifischer unbewußter Konflikte unspezifische Merkmale der Persönlichkeitsorganisation, die alle psychosomatisch Kranken unabhängig vom erkrankten Organ-system kennzeichnen sollen. Die Frage, ob es sich dabei um umschriebene, die psychosomatische Pathologie kennzeichnende persönlichkeitsstrukturelle Merkmale etwa im Sinne einer sogenannten "psychosomatischen Struktur" handelt, wie dies insbesondere in der sogenannten französischen Schule der Psychosomatik postuliert wird (vgl. Stephanos, 1979), oder ob es sich um Merkmale handelt, die sich von anderen sogenannten strukturellen Ich-Störungen nicht unterscheiden, ist bisher unbeantwortet geblieben.

Folgt man der Annahme, daß auch bei ekzemkranken Patienten überzufällig häufig mit Persönlichkeitsmerkmalen auf niedrigem Strukturniveau (Kernberg, 1981) zu rechnen ist, dann wird man besonders diejenigen Merkmale untersuchen wollen, die dieses psychische Strukturniveau dargestellt auf dem Hintergrund der sogenannten Objektbeziehungstheorien kennzeichnen. Den Objektbeziehungstheoretikern und insbesondere den Modellen Kernbergs (1978, 1981) folgend, stellt sich vorrangig die Frage nach der Qualität der Repräsentanzen des Selbst und der Objekte und unter funktionalem Aspekt nach den Funktionen des Ich. Unter dem Schwerpunkt dieser Merkmale sollen die an den ekzemkranken Patienten gewonnenen Beobachtungen im folgenden dargestellt werden.³

2.1 Zur Ich-Organisation von erwachsenen Patienten mit endogenem Ekzem

Erste Beobachtungen von erwachsenen ekzemkranken Patienten in einer Kleingruppe wurden an vier Patienten, zwei Männern und zwei Frauen, gewonnen, die innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr zu 27 gemeinsamen Sitzungen zusammenkamen.⁴ Dieser Versuch, vier ekzemkranke Patienten neben ihrer organisch-

²Weitere Literatur bezüglich psychophysiologischer Befunde beim endogenen Ekzem siehe bei Whitlock 1980.

³Die Komponenten, die der Beschreibung der Merkmale struktureller Pathologie der Patienten zugrundegelegt wurden, wurden in enger Anlehnung an die Untersuchung von Bellak, Hurvich und Gediman (1973) entwickelt.

⁴Die Gruppe wurde geleitet von einem Dermatologen (K. Bosse), der sich dort als medizinischer "Informator" verstand und über lange Vorerfahrungen in der psychosomatischen

hautärztlichen Versorgung auch mit in der Kleingruppe vermittelten psychologischen Mitteln zu behandeln, bot zugleich die Möglichkeit, das manifeste interpersonelle Verhalten der ekzemkranken Erwachsenen unter diesen spezifischen situativen Bedingungen einer Kleingruppe zu beobachten, in ersten Schritten auf dem Hintergrund psychoanalytischer Annahmen zu interpretieren und daraus Hypothesen für weitere gezielte Untersuchungen abzuleiten.

Der explizite Behandlungsauftrag dieser vier Patienten in der Kleingruppe bestand in dem Wunsch, sich über die Ekzemkrankheit auszusprechen und zu erfahren, wie die anderen mit dem Ekzem umgingen und damit fertig wurden. Gesucht wurde von ihnen in erster Linie eine bessere auto- und alloplastische Anpassung (Hartmann, 1939) an die Hauterkrankung, weniger dagegen Einsicht in mögliche innerseelische Hintergründe ihres Leidens.

Aufgrund ihrer langen Vorerfahrungen mit vergleichbaren psychosomatisch Kranken griffen die Therapeuten zu relativ stark strukturierenden Mitteln, u. a. dadurch, daß sie zu Anfang jeder Sitzung den Inhalt der jeweils vorangegangenen Sitzung noch einmal zusammenfassten und damit akzentuierten.

Das initiale Erleben der Patienten war von Vorfriede und diffuser Hoffnung geprägt, weniger dagegen von Ängsten und Vorbehalten. Die elliptische Sitzordnung die beiden Leiter nebeneinander an einer Längsseite, ihnen gegenüber die beiden männlichen, an den Scheitelpunkten der Ellipse die weiblichen Teilnehmer wurde während der einjährigen Dauer dieser Gruppe konstant aufrechterhalten.

In einer ersten Phase des Gruppenverlaufes waren die körperlichen Beschwerden Juckreiz und Kratzzwang das zentrale Thema, über das die Patienten sprachen. Ihr interpersoneller Umgang untereinander war dabei von unbezogener Distanz geprägt. Den jeweils anderen schien es kaum zu geben. Die einzige Gemeinsamkeit mit einem Minimum an interpersonellem Austausch bestand im Reden über das eigene Ekzem. Aus psychoanalytischer Sicht waren die aktualisierten Objektbeziehungen in dieser Phase von schizoiden, autistischen Qualitäten geprägt.

Im weiteren Verlauf klangen symbiotische Sehnsüchte an, Wünsche nach allseitiger Harmonie, verbunden mit vagen Ängsten davor, es könne zu Disharmonien kommen. Von Besserung der Hautsymptomatik war die Rede: "Beim Zusammensein mit netten Leuten, da brauche ich nicht zu kratzen". "Guten" anderen gegenüber stellten sich offenbar jeweils rasch Selbstobjektbeziehungen her, denenzufolge der "andere" in das eigene Selbstsystem einbezogen bzw. zur Extension des eigenen Selbst wird und die eigene körperliche Integrität zu gewährleisten verspricht.

Erste, aber insgesamt nur flüchtige gruppeninteme interpersonelle Spannungen kündigten sich hauptsächlich in der konflikthafter Form einer Antithese an von allseitigem Selbstreden und nicht dem anderen zuhören wollen. Jeder schien sich, wenn auch in milder Form, des anderen bemächtigen, ihn mit Beschlag belegen und kontrollieren zu wollen. Eigenes Abgegrenzt-sein wurde jetzt etwas stärker erlebt, ebenso wie das Abgegrenztsein der anderen, wobei die Differenzierung der Kleingruppe im Sinne von Polarisierung und Abgrenzung insgesamt jedoch nur flüchtig blieb.

Behandlung von Ekzemkranken sowie psychoanalytischen Kenntnissen verfügte sowie von einem an der Gesprächstherapie orientierten Psychologen (P. Hünecke). Die Sitzungen wurden in der Universitäts-Hautklinik Göttingen durchgeführt.

In einer abschließenden Phase sprachen die Gruppenteilnehmer etwas häufiger von sich selbst in bezug auf andere Personen, andere Personen allerdings außerhalb der Gruppe, nicht die anderen im unmittelbaren Gegenüber. Sie gaben zu verstehen, daß sie andere brauchten, und konnten sich damit gleichsam in erster Abkehr von ihrem pathologischen Narzißmus (Kernberg, 1978) eingestehen, daß andere Menschen emotional und sozial für sie wichtig sind, empfanden dabei gleichzeitig aber auch Angst vor Abhängigkeit, vor dem "Sich-Brauchen" bzw. dem "Gebraucht-Werden".

Bestimmte Gruppenphänomene waren bei diesen vier Patienten dagegen gerade nicht zu beobachten. Insbesondere deutlichere gruppeninterne Konflikte tauchten kaum und lediglich passager in Form der beschriebenen vorübergehenden gruppeninternen Polarisierungen auf; depressive Reaktionen und Phasen als Zeichen für Verlusterleben fehlten weitgehend; Rivalität um Prestige und Rangordnung im Sinne eines ausgeprägteren Autonomiestrebens, von eigener Bedeutungsgebung und Sich-abgrenzen von anderen deuteten sich schließlich kaum je an.

Diese Beobachtungen von vier ekzemkranken Patienten in einer Gruppe führten zu der vorläufigen Annahme, daß es sich um Persönlichkeiten handele, bei denen autistische und narzißtische Persönlichkeitszüge das interpersonelle Verhalten bestimmen mit der entsprechenden Unfähigkeit, Mitmenschen als eigenständige andere Personen zu erleben und zu behandeln; damit verknüpft war ein Mangel an interpersoneller Initiative und Verantwortlichkeit zu vermuten. Auffällig war ferner, daß depressive Affekte wie Trauer, Mitgefühl und Mitleiden offenbar wenig verfügbar waren und Merkmale eines entwickelten Autonomiestrebens schließlich ganz zu fehlen schienen.

Diesen Annahmen wurde an einer größeren Gruppe von ekzemkranken Patienten im folgenden systematisch nachgegangen.⁵ Auch dem nicht-psychoanalytisch geschulten Beobachter fällt häufig auf, daß erwachsene Patienten mit chronischem endogenem Ekzem sich in ihrem Verhalten häufig sehr weitgehend an für sie aktuell bedeutsamen Objekten ausrichten. Sie scheinen den jeweils anderen geradezu seismographisch abzutasten, ihn zu beobachten und zu kontrollieren (vgl. Marty, 1957), und sie reagieren empfindlich auf alle Signale von Unlust beim Gegenüber. Solche vermeintlichen Unlustsignale des jeweiligen Gegenüber veranlassen die Ekzemkranken dann unmittelbar dazu, ihr inneres und ihr äußeres Verhalten zu modifizieren, und zwar so, daß jene Unlustsignale der Objekte vermieden oder aufgehoben werden können. Bei ihren Objektbeziehungen handelt es sich überwiegend um Selbst-Objektbeziehungen, um Beziehungen zu Partialobjekten, die nicht als eigenständige Personen erlebt werden, sondern in erster Linie Funktionen im Hinblick auf die Aufrechterhaltung des eigenen Selbst- und des eigenen Selbstwertgefühls zu erfüllen haben. Bei genauerer Beobachtung zeigt sich, daß diese Objekte im Erleben der Patienten rasch Qualitäten bedrohlicher, feindseliger Objekte annehmen können. Man könnte mit Kernberg (1978) von primitiven, archaischen Über-Ich-Übertragungen sprechen. Diese primitiven Übertragungen sind offenbar unmittelbar gegeben und bestimmen die vorherrschende zwischenmensch-

⁵Die hier mitgeteilten Befunde entstammen einer empirischen psychoanalytischen Untersuchung der Objektbeziehungen und Ich-Funktionen von Patienten mit endogenem Ekzem (Streeck, 1981, 1983). Im Rahmen dieser Studie wurden u. a. Interviewprotokolle von ekzemkranken Patienten von unabhängigen Beurteilern! auf mehrere verschiedene Komponenten ihrer Ich-Organisation hin eingeschätzt.

liche Interaktion. Um der Gefahr von niederdrückenden und quälenden Attacken von Seiten dieser, per Projektion feindselig-vorwurfsvoll "aufgeladener" Objekte zu entgehen, müssen die Patienten sich den anderen einerseits in sichernder Distanz halten, andererseits darum bemüht sein, sich ihm in einer Weise einzufügen, daß sie gleichsam keine Reibungsfläche bieten (Streeck, 1983).

Die bei psychosomatisch Kranken häufig beschriebene Verhaltensnormalität (vgl. Brede, 1971) wird bei dieser Gruppe von Patienten auf eben diesem Hintergrund verständlich. Hier handelt es sich offenbar um eine "Verhaltensnormalität", die Ausdruck einer Anpassung an primitive Über-Ich-Introjekte ist.

Dem beschriebenen Objektbeziehungstypus bei den ekzemkranken Patienten korrespondieren verschiedene Ich-Funktionsstörungen: Die Wahrnehmung ihrer aktuell bedeutsamen Realobjekte erscheint selektiv geschärft für tatsächlich oder vermeintlich aggressive Affektsignale, während demgegenüber die Wahrnehmung libidinöser Signale beim anderen eher unscharf ist. Ich-Funktionen dagegen, die der beschriebenen autoplastischen Anpassung oder Einfügung gegenüber dem bedeutsamen Objekt dienen, erscheinen gut entwickelt. Insbesondere die Denkfunktionen im Sinne des sekundärprozeßhaften Denkens werden zusammen mit sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten in den Dienst dieser Anpassung gestellt. Sie verhelfen den Patienten dazu, Friktionen und Kollisionen mit dem Objekt zu vermeiden. Der ekzemkranke Patient schult so könnte man es ausdrücken diese Funktionen immer auch im Zusammenhang mit der defensiven Anpassung an primitive, auf das jeweilige Objekt übertragene Über-Ich-Repräsentanzen. Dieser Anpassungsmodus macht auch verständlich, daß die Wahrnehmung innerseelischer Ereignisse übereinstimmend mit den als Alexithymie (Nemiah / Sifneos, 1970, 1975) bzw. *pensee opératoire* (vgl. de M'Uzan, 1978) beschriebenen Befunden anderer Autoren insbesondere die Wahrnehmung von Gefühlen ebenso wenig verfügbar ist wie die Funktionen des Urteilens, besonders der Antizipation, der Regressionssteuerung sowie der Impuls- und Affektkontrolle.

Sämtliche dieser Merkmale des psychischen Strukturniveaus korrelieren in unserer Untersuchung weder mit sozialen Daten etwa der sozialen Schichtzugehörigkeit noch mit der Dauer der Hauterkrankung, der Lokalisation der Hautveränderungen und deren Ausbreitung. Offen bleiben muß beim derzeitigen Stand unseres Wissens, ob und in welchem Maße ein Zusammenhang zwischen der momentanen Akuität der Hauterkrankung und dem Grad der Ausprägung einiger der hier untersuchten psychischen Merkmale besteht.

2.2 Strukturelle Merkmale ekzemkranker Kinder

Da das endogene Ekzem eine Erkrankung ist, die bereits im Kindesalter auftritt, muß die Frage besonders interessieren, ob ein etwaiger Zusammenhang von Hauterkrankung im Erwachsenenalter und seelischem Strukturniveau ein Artefakt ist oder ob sich vergleichbare Beziehungen auch bei der Untersuchung ekzemkranker Kinder abzeichnen. Die Objektbeziehungen dieser Kinder bewegen sich auf der Stufe symbiotischer Beziehungen zum Objekt. Die sukzessiven Entwicklungsschritte in Richtung Trennung und Individuation scheinen nicht möglich gewesen und weiter nicht möglich zu sein. Ein siebenjähriger Patient beschreibt diesen schwer in Worte zu fassenden Zustand des Einsseins mit dem Objekt, indem er seinen Wunsch zum Ausdruck bringt, die Therapeutin möge ihm sagen, wann

er satt sei. Als sie erstaunt fragt, wie sie das denn wissen könne, antwortet er nachdenklich: "Na,... Du bist doch ... mir" (vgl. Diepold, 1980).

Den Kindern fehlt das Gefühl eines deutlichen Abgegrenztseins. Die Grenzen der Repräsentanzen des Selbst und ihrer Objekte sind fließend. Das führt dazu, daß sie distanzlos die Grenzen ihres Gegenüber mißachten und fassungslos-gekränkt reagieren können, wenn das Gegenüber sich gegen solche Übergriffe wehrt. Zu immensen Größenphantasien korrespondieren Gefühle von Minderwertigkeit, von Unwertsein oder gar Nichtsein. So sagte ein achtjähriges Mädchen von sich: "Ursula gibt es nicht; es gibt 256 Ursulas."

Die Frustrationstoleranz bei diesen Kindern scheint sehr mangelhaft. Die Kinder tun sich äußerst schwer, einen Triebwunsch aufzuschieben. Nicht selten wird die Hautkrankheit zu Durchsetzung als Druckmittel eingesetzt, wenn sie drohen: "...sonst kratze ich mich".⁶

Obleich die Mütter sich der Illusion hinzugeben scheinen, sie könnten mit ihren Kindern ausschließlich liebevolle und friedliche Beziehungen haben, kommt es besonders zwischen Müttern und Kindern oft zu sich wiederholenden, sehr heftigen aggressiv-feindseligen Auseinandersetzungen.

In Therapieverläufen wird oft erst das Ausmaß der primärprozeßhaften und häufig ausgesprochen destruktiven Phantasieinhalte deutlich, durch das sich die Kinder bedroht fühlen. So erlebte ein Kind sich in der Anfangsphase seiner Therapie als Gott und als Teufel. Die Therapeutin war ein hilfloses Wesen in seiner Hand: Er zauberte sie auf den Mond und ließ sie von dort auf die Erde fallen; anschließend genoß er ihren Schreck. Oder er vergrub sie im Schlamm des Sandkastens, ließ sie dort ersticken und machte sie anschließend wieder lebendig. Hier deutet sich zugleich der Mechanismus an, demzufolge archaisch-böse Objekte projiziert und unter omnipotente Kontrolle genommen werden müssen.

Diese primärprozeßhaften archaisch-destruktiven Phantasieinhalte lassen sich auch in projektiven Testverfahren - etwa dem Children-Apperception-Test - reproduzierbar darstellen.⁷ Die Regressionsneigung ist ausgesprochen stark. Sie äußert sich in altersuntypischen Anklammerungsbedürfnissen vor allem an die Mütter, in ihrer häufig altersinadäquat verwendeten Babysprache und in ihrer Unfähigkeit, sich auf altersgemäße Pflichten etwa in Kindergarten und Schule einzulassen. So versteckte sich beispielsweise eine Patientin während ihrer Vormittage in der Schule aus Angst meist unter ihrem Tisch.

Zu einem oszillierenden Wechsel ihres seelischen Funktionsniveaus sind die Kinder auch in höherem Alter, etwa in der beginnenden Adoleszenz, nicht in der Lage. Zwar ändert sich das manifeste klinische Bild: Regressives Verhalten ist nicht

⁶Gerade die Frustrationstoleranz ekzemkranker Kinder kann im Zusammenhang mit dem Druckmittel Kratzen gelegentlich zu erheblichen Störungen der Interaktion in Familien führen. Die zu beobachtende Willfähigkeit von Eltern gegenüber Ansprüchen ihrer Kinder und die "Dienstbotenfunktion" besonders von Müttern sind Entsprechungen dieser Frustrationstoleranz und stabilisieren ein Beziehungsmuster, das sich im Sinne eines *circulus vitiosus* fortsetzt.

⁷Neben dem Children-Apperception-Test eignen sich der Sceno-Test und der Welttest besonders gut zur Diagnostik primärprozeßhafter Denkabläufe. Kernberg weist im Zusammenhang mit der Diagnostik von Borderline-Störungen darauf hin, daß in der Regel erst die unstrukturierten Reizangebote projektiver Tests Hinweise auf Primärprozeßdenken geben (1978, 160).

mehr so offenkundig wie im Kleinkind- und Latenzalter. Phantasien und Bedürfnisse werden eher zurückgehalten. Regressionen werden verborgen gelebt und als beunruhigend erlebt, weil sie dem altersentsprechenden Drang zu Neuem diametral entgegenstehen (vgl. dazu Blos, 1962). Eine dreizehnjährige Patientin, die im Erstinterview als ihre Interessengebiete die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland und Fragen der Atombewaffnung nannte, berichtete Monate später in der Therapie von ihren geheimen, oft stundenlang andauernden Phantasiespielen, in denen sie als Prinzessin zusammen mit ihren Puppen und Stofftieren wunderbare Erlebnisse hatte.

Im Gegensatz zu der bei adoleszenten und vor allem bei erwachsenen Ekzempatienten zu beobachtenden Überbesetzung der Denkfunktionen, den gut ausgebildeten sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten, die in den Dienst der alloplastischen Anpassung genommen werden, wird dies bei Kindern vom Latenzalter ab erst in Ansätzen beobachtbar. Ihr sekundärprozeßhaftes Denken ist von einbrechenden primärprozeßnahen Phantasieinhalten noch immer wieder leicht störbar.

Zwischen den psychopathologischen Befunden von ekzemkranken Patienten im Erwachsenen- und solchen im Kindesalter stellt sich in mehrfacher Hinsicht eine Korrespondenz her. Insbesondere die primitiven Selbstobjektbeziehungen bei erwachsenen Patienten scheinen sich kontinuierlich aus den symbiotischen Beziehungen bei Kindern zu entwickeln. Die archaisch-destruktiven Phantasieinhalte, die bei ekzemkranken Kindern häufig auftreten, lassen sich bei erwachsenen Patienten in den Anfangsphasen der psychoanalytischen Diagnostik meist nicht nachweisen. Andererseits fehlen die gut ausgebildeten Denk-, sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten bei den Kindern. Es erscheint naheliegend, zwischen beiden Merkmalen einen Zusammenhang anzunehmen derart, daß sich bei erwachsenen Patienten die zuletzt genannten Fähigkeiten vergleichsweise weit entwickeln und in den Dienst der Anpassung sowie der Abwehr der angstprovozierenden destruktiven Impulse genommen werden.

2.3 Aspekte der Mutter-Kind-Interaktion in sogenannten Ekzemfamilien

Gibt es im familiären Umfeld ekzemkranker Kinder bestimmte Bedingungen, die die beschriebenen Entwicklungsstörungen auf dem Hintergrund realer familialer Interaktionen verständlich werden lassen?

Um einige Aspekte der Funktionen zu beleuchten, die ekzemkranken Kindern in ihren Familien nicht selten zukommen, sei eine kurze Szene des Besuches von Eltern mit einem ekzemkranken Kind beim Dermatologen geschildert, eine Szene, die aus der Sicht des Hautarztes, der täglich mit vergleichbaren Situationen konfrontiert ist, besonders typisch erscheint:

Der Arzt eröffnet das Gespräch zum Kind gewandt: "Weshalb kommst Du denn? Was hast Du?" Die Mutter: "Mein Kind hat eine Allergie." Die Mutter faßt das zögernde Kind an den Schultern, dreht es und schiebt es zum Arzt. Das Kind läßt dies widerwillig mit sich geschehen. Dann sagt sie: "Wir waren schon bei drei Ärzten und einem Hautfacharzt, aber es kommt immer wieder."

Darauf der Arzt wieder zum Kind: "Was kommt denn immer wieder?" Der Arzt schaut das Kind fragend an, das Kind blickt zur Mutter.

Darauf die Mutter ungeduldig: "Nun, eben die Allergie, die festgestellt wurde." Es folgt eine lange Ausführung über die vorbehandelnden Ärzte. Die Mutter beendet schließlich ihre klagenden und anklagenden Ausführungen, indem sie den Arm des Kindes anhebt. "Sehen Sie, Herr Doktor, das arme Kind, es muß immer kratzen!" Das bisher etwas widerwillige, unbeteiligt dastehende Kind beginnt bei diesem Stichwort wie auf Kommando mit dem rechten Handballen an der Ellenbeuge des linken, ausgestreckten Armes zu reiben.

Die Mutter: "Laß das, ich habe Dir doch schon so oft gesagt, daß Du nicht kratzen sollst!" Und zum Arzt gewendet: "Ach, wenn Sie wüßten ..." Es folgt eine Beschreibung der Mutter, was sie alles für das Kind tut. Dann sagt sie: "Wir nehmen sie fast immer nachts zu uns ins Bett, wenn sie so kratzt, dann wird sie ruhig und schläft."

Daraufhin meldet sich der Vater, der bisher ruhig und etwas abseits stand: "Ja, das tun wir, aber Sie können sich ja vorstellen, was das für uns ..." Er unterbricht sich, wendet sich ärgerlich zum Kind: "Laß das doch endlich!" Dabei nimmt er die scheuernde Hand des Kindes wie einen Gegenstand weg. (Bosse / Hünecke, 1981).

Wir scheinen in dieser Szene einer Mutter zu begegnen, die sich zu ihrem Kind verhält, als erlebe sie es wie einen zu ihr selbst gehörigen Teil, wie eine narzißtische Extension, die aber wie es sich sozusagen für eine narzißtische Extension "gehören" würde weder ausreichend bedingungslos ihrem Willen folgt, noch ausreichend narzißtisch funktioniert.

Die Mütter dieser ekzemkranken Kinder sind oft selbstunsicher, depressiv und narzißtisch gestört, ein Befund, der sich auch testpsychologisch etwa im Gießen-Test erhärten läßt. Sie können sich wegen ihrer eigenen Bedürftigkeit nach Zuwendung und narzißtischer Aufwertung nicht im Sinne primärer "Mütterlichkeit" auf ihre Kinder einstellen. Die Väter werden andererseits ihrer Aufgabe als triangulierende Objekte, als die sie ihren Kindern helfen könnten, sich aus der Symbiose mit der Mutter zu befreien, nicht gerecht. Sie scheinen es gleichsam den Kindern zu überlassen, die narzißtische Bedürftigkeit und Unzufriedenheit ihrer Frauen zu stillen, um selbst nicht davon betroffen zu sein.

Häufig kommen die ekzemkranken Kinder aus Familien, in denen zwischen den Eltern weitreichende Ehekonflikte schwelen. Oft scheinen die Kinder dazu gebraucht zu werden, die bedrohte Ehe ihrer Eltern zusammenzuhalten, indem sie als Puffer im Ehestreit fungieren oder die Eltern in der gemeinsamen Sorge um die Krankheit binden. Vorrangige Aufgabe eines ekzemkranken Kindes ist es darüber hinaus, seine narzißtisch gestörte Mutter vor narzißtischen Krisen zu bewahren, indem es sich ihren emotionalen Bedürfnissen anpaßt und ihr die gewünschte narzißtische Bestätigung gibt. Das Verhältnis kindlicher Bedürfnisse und mütterlicher Befriedigungshandlungen scheint sich verkehrt zu haben: Vom Kind wird Einfügung in die Bedürfnisse der Mutter erwartet. Es scheint, als werde dieses Interaktionsmuster über projektive Identifikationen sichergestellt, wie zuletzt Ogden (1979) sie beschrieben hat.

Zusammenfassende Interpretation

Es wurden verschiedene Befunde zusammengetragen und dabei die Beobachtungsebenen mehrfach gewechselt: Von der Ebene der Beobachtung manifesten interpersonellen Verhaltens, der psychoanalytischen Ebene der Untersuchung intrapsychischer Strukturen, der sozialpsychologischen Betrachtungsebene einer Familienszene beim Dermatologen hin zur Ebene familiendynamischer Verschränkungen unbewußter Verhaltenserwartungen vor allem zwischen Müttern und ekzemkranken Kindern. Keine dieser Ebenen geht unvermittelt in der anderen auf. Wenn die Brüche und Inkonsistenzen zwischen diesen Ebenen trotz aller Vorbehalte in Kauf genommen werden und versucht wird, aus den verschiedenen Teilen ein sinnvolles Ganzes zusammzusetzen selbst wenn diese Teile noch nicht auf der gleichen Ebene angeordnet werden können, dann ergeben sich folgende Vermutungen:

Das psychische Strukturniveau der erwachsenen chronisch ekzemkranken Patienten weist ausgeprägte strukturelle Ich-Störungen mit defensiven Anpassungsmustern an real bedeutsame Objekte auf, die jeweils aggressiv besetzte, primitiv-feindselige Über-Ich-Repräsentanzen reflektieren. Die Selbstbilder sind inkonsistent und gegenüber den Repräsentanzen der Objekte mangelhaft abgegrenzt. In dem manifest so häufig distanziert-autistisch erscheinenden Verhalten dieser Patienten spiegeln sich Schutzmechanismen wider gegenüber der Gefahr von Attacken, die von seiten der in projektiver Verzerrung archaisch-feindselig erlebten Objekte drohen.

Diese strukturelle Pathologie von Selbst- und Objektbildern geht aus symbiotischen Objektbeziehungen bei ekzemkranken Kindern hervor, aus denen heraus die Schritte in Richtung Separation und Individuation im Sinne von Mahler (1968) blockiert sind. Aggressive Impulsqualitäten können als entscheidender Motor für diese Schritte nicht nutzbar werden, da sie die Symbiose zerstören würden. Sie behalten deshalb eine primitiv-archaische Qualität, die sich beim erwachsenen Patienten in den beschriebenen primitiven feindselig-attackierenden Über-Ich-Repräsentanzen wiederfindet.

Wenn diese strukturellen Auffälligkeiten nun mit den Beobachtungen und Befunden aus der familialen Umwelt der Kinder ins Verhältnis gesetzt werden, dann kann die Annahme gewagt werden, daß diesen intrapsychischen strukturellen Auffälligkeiten anders als bei den Störungen auf neurotischem Entwicklungsniveau möglicherweise faktische Traumatisierungen korrespondieren. Das erkrankte Kind kann von seinen Primärobjecten tatsächlich nicht als abgegrenzte Person erlebt und behandelt werden, sondern muß als ein manipulierbares Selbst-Objekt gleichsam Teil von ihnen bleiben. Das aber würde bedeuten, daß hier nicht triebbestimmte, von den je vorherrschenden psychosexuellen Entwicklungsstufen geprägte Phantasien pathogen sind, sondern reale, pathologisch verzerrte interpersonelle Beziehungen.

Unsere interdisziplinären Untersuchungen an Kindern, Erwachsenen und Erwachsenen in der Gruppe können u. E. somit auf den Einfluss der familialen Sozialisation in der Ich-Entwicklung als wesentliche Faktoren für die Manifestation des konstitutionell bedingten, chronisch rezidivierenden Ekzems hinweisen.

Literatur

- [1] Alexander, F. (1951): Psychosomatische Medizin. Berlin (de Gruyter)
- [2] Bellak, L. / Huvrich, M. / Gediman, H. K. (1973): Ego function in schizophrenics, neurotics and normals. New York (Wiley)
- [3] Blos, P. (1973): Adoleszenz. Stuttgart (Klett)
- [4] Bosse, K. / Hüneke, P. (1981): Der Juckreiz des endogenen Ekzematikers. Münchner med. Wschr. 123, 1013-1016
- [5] Brede, K. (1972): Sozialanalyse psychosomatischer Störungen. Zum Verhältnis von Soziologie und psychosomatischer Medizin. Frankfurt/M. (Athenäum)
- [6] Diepold, B. (1980): Die Reifung autonomer Ich-Funktionen innerhalb einer sich entwickelnden Objektbeziehung. Materialien Psychoanalyse 6, 77-89
- [7] Hartmann, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart (Klett) 1970
- [8] Kernberg, O. (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- [9] Kernberg, O. (1981): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart (Klett-Cotta)
- [10] Marty, P. (1957): Die allergische Objektbeziehung. In: K. Brede (Hrsg.): Einführung in die psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge. Frankfurt/M. (Fischer Athenäum) 1974
- [11] Mahler, M. S. (1968): Symbiose und Individuation. Stuttgart (Klett)
- [12] Mahler, M. / Pine, F. / Bergman, A. (1978): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/M. (S. Fischer)
- [13] De M'Uzan, M. (1978): Zur Psychologie der psychosomatisch Kranken. In: G. Overbeck / A. Overbeck (Hrsg.): Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. Reinbek (Rowohlt)
- [14] Nemiah, J. C. / Sifneos, P. E. (1970): Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: O. W. Hill (Hrsg.): Modern Trends in Psychosomatic Medicine. London (Butterworths)
- [15] Nemiah, J. C. / Sifneos, P. E. (1975): Psychosomatic illness: A problem in communication. Psychother. Psychosom. 18, 154
- [16] Ogden, T. H. (1979): On Projective Identification. Int. J. Psycho.-Anal. 60, 357-373
- [17] von Rad, M. (1980): Psychoanalytische Konzepte psychosomatischer Symptombildungen. Nervenarzt 51, 512
- [18] Stephanos, S. (1979): Das Konzept der "pensée opératoire" und das psychosomatische Phänomen. In: Th. von Uexküll (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München (Urban und Schwarzenberg)
- [19] Streek, U. (1980): "Definition der Situation", soziale Normen und interaktionelle Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 16, 209-221
- [20] Streek, U. (1981): Das endogene Ekzem bei Kindern und Erwachsenen aus psychoanalytischer Sicht. In: G. Biermann (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. IV, München (Reinhardt)

- [21] Streek, U. (1983). Die Ich-Organisation ekzemkranker Patienten. Eine empirische Untersuchung der Objektbeziehungen und Ich-Funktionen von Patienten mit endogenem Ekzem. Habilitationsschrift, Düsseldorf
- [22] Thomä, H. (1980): Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. *Psyche* 34, 389
- [23] Whitlock, F. A. (1980): Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten. Erlangen (Perimed)