

## Ute Rupprecht-Schampera

### Hypochondrie als selbstdestruktiver Angriff auf die eigene Lebendigkeit\*

**ZUSAMMENFASSUNG:** Die Autorin versteht Hypochondrie als eine Form der Angststörung, die sich mit plötzlich verengter Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung des Körpers (als krank und vom Tode bedroht) richtet, wodurch eine Befindlichkeitsstörung mit ängstlicher Selbstbeobachtung ausgelöst, das körperliche Substrat selbst aber nicht angegriffen wird. Psychodynamisch gesehen führt der Hypochonder allerdings einen wirkungsvollen selbstdestruktiven Angriff auf sein Körpererleben aus: Das vitale Körperschema wird plötzlich zum Negativen hin verändert, und das Selbsterleben von Freude, Funktionslust und Selbstexpression wird dramatisch beschnitten. Aus Sicht der Autorin unterwirft sich der Hypochonder (auf dem Hintergrund eines spezifischen unbewussten Rivalitätskonfliktes) dem Objekt und opfert ihm seine Lebendigkeit. Dieser Abwehrlösung spürt der Beitrag eingehend nach.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Hypochondrie; Selbstdestruktivität; Angststörung; Körper

**CITE AS:** Rupprecht-Schampera, U. (2022): Hypochondrie als selbstdestruktiver Angriff auf die eigene Lebendigkeit. *Psyche – Z Psychoanal* 76 (1), 1–34. DOI 10.21706/ps-76-1-1

Bernd Nissens Entwurf eines Modells der Hypochondrie als Aktualneurose (Nissen 2018), mit dem er die Entstehung von hypochondrischen Ängsten als Endprodukt einer langen Reihe von Abwehroperationen

---

\* Bei der Redaktion eingegangen am 31.5.2021.

Eine Vorfassung des vorliegenden Beitrags erschien in englischer Sprache unter dem Titel »Hypochondria as a Self-Destructive Attack on the Subject's Vitality« in: *The International Journal of Psychoanalysis* 99 (2018), S. 140–158, DOI 10.1080/00207578.2017.1398590.

und als Zeichen für eine autistoide Dynamik zwischen dem Selbst, einem malignen Introjekt und dem hypochondrisch besetzten Organ darstellt und für das er Konzepte von Freud (1895b, 1896b, 1911c, 1914c), Winnicott (1974), Bion (1962a,b, 1970), Rosenfeld (1958, 1964, 1971, 1987), Baranger et al. (1988) und anderen miteinander zu integrieren versucht, verdient Respekt. Allerdings fasst er sein Modell als vor allem für schwere Formen der Hypochondrie gültig auf und die hypochondrischen Ängste als eine letzte Ersatzbildung gegen die Freisetzung eingekapselter Inhalte aus frühen traumatischen Zusammenbrüchen. In der Tradition von Freud (1895b), Klein (1973), Bion (1962a,b) und Rosenfeld (1964) nimmt Nissen an, dass bei hypochondrischen Körperängsten eine Einstellung des Projektionsmechanismus (d. h. dessen Aufgabe oder Verlust) vorliege, die die symbolische Funktion des Individuums schwer beeinträchtigt; dadurch könne der Hypochonder wenig oder keine symbolische Verarbeitung des psychisch Erlebten leisten.

Als Beitrag zu einer Diskussion dieses Modells möchte ich eine alternative Sicht der Hypochondrie nun ausführlicher darstellen, die ich früher als spontanen Beitrag in einem von Nissen in der DPV initiierten und geleiteten Arbeitsprojekt über Hypochondrie und Hysterie skizziert und schließlich als Text für einen Reader (Rupprecht-Schampera 2003) formuliert habe. Seither konnte ich meinen damaligen Entwurf in der analytischen Arbeit mit hypochondrischen Patienten überprüfen. Die dabei entstandenen Erfahrungen fließen nun in diese Arbeit ein, ich werde eigene Fallbeispiele anführen und resultierende Einwände diskutieren. In der englischen Version ist diese Arbeit 2018 bereits im *International Journal*, zusammen mit »Unrepresented States and the Challenge of Historicization« von Jane G. Tillman (2018), als Beitrag für eine »Contemporary Conversation« zur Diskussion von Nissens Arbeit »Hypochondria as an Actual Neurosis« (2018) veröffentlicht worden.

Einige grundsätzliche theoretische Einwände möchte ich gleich vorweg formulieren: So ergibt es aus meiner Sicht wenig Sinn, für einzelne Zustandsbilder einer Störungsform, also z. B. für »eine besonders schwere Ausprägung« der Hypochondrie, eine spezielle genetische

oder psychodynamische Erklärung zu entwerfen. Es ist viel mehr zu fordern, dass die verschiedenen Formen einer phänomenologisch als zusammengehörig erscheinenden Störungsform konsequent »auf ihr Gemeinsames hin« untersucht und beschrieben werden. Nur so ist letztlich das Feld eines bestimmten Symptomkomplexes oder gar einer nosologischen Kategorie zu umreißen und zu begründen, und nur so kann die Theorie ihrer Aufgabe gerecht werden, Datenmengen zu reduzieren und in der erfahrenen Vielfalt übergeordnete Muster erkennbar zu machen.

Ich bin auch überzeugt, dass es möglich ist, ein typisches psychodynamisches Konfliktmuster hinter den phänomenologisch als Gemeinsamkeit imponierenden Symptomen eines Störungsbildes zu entdecken – also auch bei den hypochondrischen Ängsten. Wenn man zwischen dem typischen Abwehrstil (bei der Hypochondrie den typischen Krankheits- und Todesängsten) und dem strukturellen Funktionsniveau unterscheidet, auf dem die Abwehroperation gelungen, grob oder brüchig ausgeführt wird, dann ist es spannend und notwendig zu fragen, welche inneren Bedingungen und damit auch welche lebensgeschichtlichen Faktoren einen Menschen dazu bringen, gerade diese Form der Abwehr zu entwickeln. Damit deute ich an, dass ich die Spezifität der Hypochondrie in einem speziellen *Beziehungskonflikt* begründet sehe, und dass ich sie nicht als Aktualneurose verstehe. Im *Abwehrstil* sehe ich den Schlüssel zum Verständnis des Konflikts.

Ich stimme Nissen zu, dass mit Hilfe eines hypochondrischen Symptoms traumatische Inhalte eingedämmt, jedenfalls so gut wie möglich unschädlich gemacht werden können, denke aber nicht, dass die Hypochondrie eine ganz eigene Kategorie der Ersatzbildung ist, die immer bzw. nur als letzte Lösung gegen die Entbindung von abgekapseltem Traumatischem aufgeboten wird. Eine weitere Differenz zu Nissen besteht darin, dass ich zwar wie er annehme, dass Abspaltung oder Abkapselung des traumatischen Erlebens dessen Beseitigung aus dem bewussten Denken und Fühlen des Subjekts garantieren soll, dies für mich aber nicht zwingend bedeutet, dass seine Dramatik sich nicht dennoch dem *Anderen* projektiv-identifikatorisch mitteilt. Wie Bollas

(1987) mit seiner Formulierung »the unthought known« vorschlägt, hat der betroffene Patient selbst eine Ahnung von nicht formulierbaren Katastrophen und fürchtet sie nach Winnicott (1974) sogar als für die Zukunft drohend, wenn er sich bestimmten Inhalten seiner Erfahrung nähern würde. Noch mehr fühlt der Andere die auf einer besonders zwingenden, manipulativen Form der projektiven Identifikation beruhende wirksame Warnung, dieses Abgesonderte nicht anzutasten und schon gar nicht anzugreifen.

Vor dem Hintergrund der Auffassung, dass jede Kommunikation notwendig symbolisch ist und es dabei um das ganze Spektrum von präsymbolischer, präsentativ-symbolischer und diskursiv-symbolischer Kommunikation<sup>1</sup> gehen muss, werde ich mit meinem Modell und mit meinen Fallbeispielen der Auffassung widersprechen, dass die projektiv-identifikatorische Kommunikationsfunktion bei der Hypochondrie gescheitert sei, dass den hypochondrischen Körperängsten *kein* symbolischer Ausdruckswert zukomme und dass sich das hypochondrische Symptom nicht (mehr) an ein Objekt wende, sondern ausschließlich als eine innerpsychische Ersatzfunktion für freigesetzte autistoide Elemente entstehe.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass solche unterschiedlichen Sichtweisen oft durch unterschiedliche psychoanalytische Grundmodelle bedingt sind und sie sich aus der jeweiligen Theorie notwendig und logisch ergeben. Dennoch ist es wohl so, dass jedes Theoriemodell auch mögliche neue Sichtweisen erschweren kann. Meine Überlegungen basieren auf einem objektbeziehungstheoretischen Grundmodell, das in der Nähe von Fairbairn (1952), Guntrip (1968, 1971) und Winnicott (1958, 1965, 1971) angesiedelt ist. Ich werde mich im Diskussionsteil darum bemühen, meine daraus resultierenden Grundannahmen und ihre Implikationen noch deutlicher zu machen.

---

1 Siehe dazu die luziden Ausführungen der Philosophin Susanne K. Langer (1942).

### Mein Modell der Hypochondrie

Molières klassisches Theaterstück *Der eingebildete Kranke* zeigt einen infantilen Haustyranen, der mit Verweis auf seine angeblichen körperlichen Krankheiten seine familiäre Umgebung manipuliert und tyrannisiert, bis er schließlich auf drastische Weise von aufgeklärteren Zeitgenossen von seinen Illusionen »geheilt« wird. Molière stellt konsequent und psychodynamisch stimmig eine bestimmte Variante eines eingebildeten Kranken dar, den ich aber nicht eigentlich für einen Hypochonder halte: Er ist aus meiner Sicht ein stark agierender Hysteriker, der seine »körperlichen Gebrechen« zelebriert.<sup>2</sup> Es ist fraglich, ob er sich selbst wirklich für krank hält oder ob er nicht jede harmlose kleine Körperbeschwerde strategisch für seine anderen, recht vitalen Interessen und Absichten einsetzt?

Der hypochondrisch um seinen Körper besorgte Patient ist ein »eingebildeter Kranker« eines ganz anderen Typs: Er ist tatsächlich plötzlich davon überzeugt, eine tödlich-bedrohliche Krankheit zu bekommen, entwickelt – im Gegensatz zum hysterischen Patienten – eine floride Angst davor, und sein Lebensinteresse scheint sich darauf zu verengen. Er traut sich deshalb Neues nicht mehr zu, kann Begonnenes kaum weiterführen, zieht sich in eine Position von Selbstschutz und Hilflosigkeit zurück und sucht in der Beziehung Beruhigung und Fürsorge. Allerdings trägt auch die aufwendigste medizinische Abklärung nicht zu seiner Beruhigung bei. Die Angst flackert immer wieder auf.

Röder & Overbeck (2000, S. 296) definieren Hypochondrie als »eine auch durch wiederholte Untersuchungen nicht zu widerlegende Überzeugung, an einer Krankheit zu leiden, für die sich [aber] kein somatischer Befund erheben lässt«. Es sind lebensbedrohliche Krankheiten, durch die der Hypochonder Sinn und Zweck seines Lebens in Frage gestellt sieht. Küchenhoff (1985) benennt diese »tiefgreifende angstbe-

2 Zum triangulären Gebrauch des Körpers beim Hysteriker siehe Rupprecht-Schampera (1997).

tonte Störung der existentiellen Befindlichkeit« (S. 227) als ein differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber der Simulation von Krankheit. Das gleiche Kriterium taugt m. E. auch zur Abgrenzung gegenüber dem konversionshysterischen »eingebildeten Kranken«: Dieser scheint sich mit seinen Körpersymptomen zu »panzern«, zu »verschanzen«; er macht sich mit einer »belle indifférence« für sein Gegenüber unzugänglich, und es herrscht eine Art Kampfsituation, aber er scheint keine Angst zu haben.

Dagegen ruft der hypochondrische Patient mit seinen Krankheitsängsten zunächst fürsorgliche und besorgte (Gegenübertragungs-)Reaktionen im Anderen hervor. Erst wenn er unbelehrbar auf die nicht real bestehende Krankheit fixiert bleibt, provoziert er auch ohnmächtige oder ärgerlich-aggressive Gefühle im (analytischen) Gegenüber. Durch die plötzliche Einführung hypochondrischer Ängste verändert sich also das Beziehungsangebot des Patienten spürbar und oft dramatisch: Der Patient hat mit dem Ausbruch der Krankheitsängste eine **regressive Position eingenommen** und damit auch die Übertragungsbeziehung in diesem Sinn verändert.

Wie aus vielen Fallbeispielen bekannt ist, treten hypochondrische Ängste (auch innerhalb der Behandlung) häufig dann auf, wenn ein Patient Reifungs- und Entwicklungsschritte gewagt hat; manchmal genügt es schon, dass Patienten ihre zaghaften Wünsche nach mehr Selbsterprobung oder Selbstdarstellung realisiert haben und ein freudiges, gehobenes Selbstgefühl<sup>3</sup> entstanden ist, damit die Angstsymptomatik diesen Prozess dramatisch unterbricht. Hypochondrische Ängste tauchen besonders dann auf, wenn mit der Selbstexpression und dem gehobenen, »stolzen« Selbsterleben auch Trennungswünsche und eine entschiedener Abgrenzung in der Übertragung zum Thema werden. Solche Auslösesituationen werden in der Literatur immer wieder ge-

---

3 Siehe Stern (1985) und sein Konzept der »Vitalitätsaffekte«, mit denen dynamische Aspekte der Affektäußerungen beschrieben werden. Vitalitätsaffekte sind in den Abstimmungsprozessen zwischen Mutter und Kind bedeutsam und fördern das »Erleben eines auftauchenden Selbst und des auftauchenden Anderen«.

nannt, sie werden jedoch nicht konsequent als konstitutiv für die hypochondrische Dynamik verstanden.

Aus meiner Sicht haben diese Auslöser eine konflikthafte Bedeutung und einen gemeinsamen psychodynamischen Nenner: Er liegt in der inneren Aktivierung von selbstexpressiven Tendenzen, die ein lustvolles Selbsterleben und damit einen Schritt zur Individuation oder gar einen Neubeginn markieren (könnten) und die genau deshalb beendet und beseitigt werden sollen. Der dramatische Umschwung in einen Angstzustand ist also ein notwendiges Agens einer restitutiven Abwehrbewegung: Die hypochondrischen Ängste sind ein *Versuch des Subjekts, eine expansive Bewegung hin zu mehr Selbstexpressivität<sup>4</sup> und damit tendenziell zu mehr Autonomie mit einem Angriff auf die eigene Vitalität auszubalancieren oder wieder ganz rückgängig zu machen*. Warum wird diese Rücknahme der expressiven und expansiven Tendenzen des Selbst notwendig?

Wenn wir annehmen, dass jeder Mensch mit Hilfe seiner je spezifischen Abwehrstrategie und seiner spezifischen Symptomatik die Beziehung zu seinen Objekten und zu sich selbst – d. h. auf der inneren Bühne die Beziehung zwischen seinen verinnerlichten Objektbeziehungen und seinem Kernselbst – reguliert, dann muss dies auch für den Patienten gelten, der mit hypochondrischen Ängsten als Symptom operiert: Es ist unabweisbar, dass er mit diesen Ängsten unmittelbar in seine inneren und äußeren Objektbeziehungen, auch in die Übertragung, hinein agiert und dass er damit wirksam ist. Der Hypochonder beeinflusst über seine Angstphantasien von drohender Krankheit oder Tod nicht nur das Klima der wesentlichen (Übertragungs-)Beziehung(en) in die Richtung eines regressiven Beziehungsarrangements, er führt auch über die Rücknahme der subjektiv empfundenen Vitalität sowie der Expansions- und Funktionslust eine massive Dämpfung dieses Lebensgefühls herbei. Diese Veränderungen betrachte ich als das zentrale psychodynamische Ziel der hypochondrischen Symptombildung. Auch wenn bei der hypochondrischen Reaktion nicht der Körper selbst an-

4 Vgl. Bollas' Konzept der »self-dissemination« (Bollas 1992).

gegriffen und verändert wird – außer passageren Funktionsstörungen<sup>5</sup> am Ausgangspunkt der Angstentwicklung liegen bei der hypochondrischen Symptomatik ja keine krankhaften Veränderungen des Körpers vor –, kann man doch sagen, dass ein anderes körpernahes »Substrat« angegriffen wird, nämlich die psychische Repräsentanz des Körpers, vor allem das Körperschema eines vitalen, handlungsfähigen Körpers. Warum aber führt das Unbewusste des Patienten diesen Angriff auf die eigenen lebendigen Potenzen durch?

Innerpsychische Angriffe auf Funktionsbereiche des eigenen Selbst können natürlich als Ausdruck einer »negativ-therapeutischen Reaktion«, als die Einwirkung eines »ego-destructive superego« (Bion 1959, S. 314) oder im Sinne von Fairbairn (1952 [1944]) als autodestructive Angriffe des »antilibidinösen Ich« auf eine andere Ich-Instanz, das »libidinöse Ich«, verstanden werden. Ich bevorzuge das Fairbairn'sche Modell, weil Fairbairn schon 1944 diese mächtig wirksame, selbstdestruktive, archaische Instanz, das »antilibidinöse Ich«, als eine dynamische Ich-Struktur beschrieben hat und weil er deren Entstehung als direkt von den Objekterfahrungen des Subjekts und deren innerer Verarbeitung beeinflusst konzipiert hat. Ich werde auf die Bedeutung des Fairbairn'schen Konzepts für mein Modell im Rahmen der Diskussion noch einmal zurückkommen.

Ich nehme jedenfalls an, dass der Patient generell – und auch wieder zu einem Zeitpunkt vor dem Auftreten des Angstsymptoms – seine kreative Vitalität und deren Wirksamkeit unbewusst als vernichtenden Angriff auf eine verinnerlichte Objektrepräsentanz erlebt und dass er über die schnelle Rücknahme der Vitalitätsaffekte und der Expansionslust eine für das Objekt (und damit letztlich auch für das Subjekt) als bedrohlich phantasierte Rivalität *beendet und beseitigt*. Für Außen-

---

5 Vgl. Rangells (1959) Argument, dass Konversionen nicht nur bei der Hysterie vorkommen (wo sie ja Leitsymptome sind) sondern auch bei anderen Krankheitsbildern. Die Hypochondrie ist dafür ein gutes Beispiel, denn sie nimmt eine Konversion zum Ausgang für eine Angstentwicklung, während die Hysterie sie triumphierend, kämpferisch und das Selbst schützend in die Zweierbeziehung einführt.

stehende überraschend, aber im Rahmen der verinnerlichten Objektbeziehungen folgerichtig und notwendig, wird alles Selbstexpansive vernichtet, damit das Subjekt weiterhin mit bestimmten bedeutsamen (alten) Objektrepräsentanzen koexistieren und letztlich auf diese reduzierte Weise psychisch überleben kann. Welche Art der verinnerlichten Objektbeziehung macht eine so krasse Anpassung notwendig?

Meine Patienten, die hypochondrische Ängste als Symptom aufwiesen, schienen einige typische Gemeinsamkeiten zu haben: Ihre Mütter waren zwar fürsorglich, manche sogar grotesk überfürsorglich, alle Patienten hatten aber das Gefühl, bei ihren Müttern nicht wirklich willkommen, ja teils sogar eine ständige Last für sie gewesen zu sein (was die Mütter teilweise brutal-direkt zum Ausdruck brachten). Dabei erwarteten die Mütter umgekehrt von ihrem Kind oft eine ständige narzisstische Zufuhr bis hin zu materieller Versorgung, teils erzwangen sie sie auch manipulativ über extraktive Introjektion (Bollas 1987, S. 168-179). Der wesentlichste Punkt scheint mir, dass die hypochondrischen Patienten ihre Mütter zwar als (über)fürsorglich, aber vor allem als konkurrierend und neidisch erlebten und es sich in den Behandlungen erwies, dass sie die Mütter unbewusst als tödlich-vernichtend phantasierten. Das heißt, dass der prekärste Bereich der Beziehung die unbewusst gehaltene Vorstellung von Todeswünschen des Objekts gegenüber dem Subjekt war und – damit verbunden – auch die unbewusst gehaltenen, als mörderisch empfundenen aggressiven Reaktionen des Subjekts auf das Objekt. Eine solche Beziehungskonstellation ist per se traumatisch und muss »um jeden Preis« abgespalten werden, genauso wie die Schuldgefühle, die mit einem existenziellen Überlebenskampf von Mutter und Kind unweigerlich verbunden sind. Weil sich in dieser Variante der Mutter-Kind-Beziehung die »neidische« Mutter von der expansiven Vitalität und der stolzen Lebensfreude des Kindes bedroht fühlt und diese Entwicklung wiederum zu einer Bedrohung für das kindliche Wohlergehen würde, ist das Subjekt fortan (unbewusst) bereit, sich mit dem überfürsorglich-ängstlichen mütterlichen Umgang mit seinem Körper zu identifizieren und dessen lustvolle Vitalität zu beschneiden. Die eigene Expansivität und die selbsterhaltende Aggres-

sion muss notfalls zerstört werden, um die physische Existenz zu retten. *Diese Subjekt-Objekt-Dynamik begreife ich als den zentralen, jederzeit drohenden existenziellen Konflikt des hypochondrischen Patienten, dem er mit seinem Symptom begegnen will.*

Um nicht die unbewusst befürchtete dramatische Reaktion eines neidischen und vernichtend-todbringenden (inneren und/oder äußeren) Objektes zu provozieren, sondern um es zu besänftigen und vor sich selbst auch die Herkunft der Vernichtungsangst zu verschleiern, wird – als unbewusste Lösung jederzeit verfügbar – eine andere, bewusste Angst installiert, die die tödliche Bedrohung im eigenen Körper lokalisiert und das Subjekt zwingt, von der Expansion urplötzlich auf eine ängstliche Beobachtung des eigenen Körpers umzuschalten. Das Subjekt kann so nicht mehr zum Rivalen des Objekts werden, die zu gefährlich gewordene Lebendigkeit ist vernichtet. **Phantasien von Krankheit und Tod werden also zum Vehikel der Unterwerfung unter das tödlich-neidische Objekt;** sie eignen sich, um einen befürchteten tödlichen Angriff des Objekts in den Phantasien von Krankheit und Tod **vorwegzunehmen; sie fungieren schließlich sogar als Mittel der unbewussten Selbstbestrafung.**

Die abgespaltenen traumatischen Inhalte sind für das Bewusstsein des Patienten zwar nicht verfügbar – in inszenatorischen Übertragungs-Gegenübertragungs-Enactments werden sie jedoch in quälender Weise als konkordante oder komplementäre Gegenübertragungen (vgl. Racker 1978 [1959]) wieder abgebildet: So kann der Analytiker die beredt vorgebrachten hypochondrischen Klagen als ein expressives Lamento, als eine eindringliche symbolische Darstellung der Sorge des Kernselbst um das Körper selbst angesichts der autodestruktiven inneren Vorgänge verstehen, aber auch als eine flehentliche unbewusste Aufforderung des Patienten, nun endlich die Dramatik der lebensgeschichtlichen Objekterfahrung als bedrohlich und psychisch wahr (!) anzuerkennen und ihm zu helfen, damit umzugehen. Während der Analytiker in einer konkordanten Gegenübertragung die in der ursprünglichen Objekt-Subjekt-Interaktion enthaltenen Todesdrohungen erleben kann, wird das Bild der Primärbeziehung schließlich durch

eine komplementäre ärgerliche oder ablehnende Gegenübertragung des Analytikers auch um die nicht direkt mitteilbaren aggressiven Aspekte der ursprünglichen Primärbeziehung ergänzt. In der übermäßigen Angst um den in Wirklichkeit gar nicht kranken Körper lässt sich auch eine symbolische Darstellung der unechten (Über)Fürsorge des Primärobjekts erkennen. Schließlich könnte im Klagen über den von Beschädigung und Tod bedrohten Körper auch der durch Ausschluss und abwertende Attacken »beschädigte« und verlorene (väterliche) Dritte symbolisch dargestellt sein.

Die Phantasie vom Vater als rettendem (triangulierendem) Dritten scheint für den hypochondrischen Patienten (genauso wie für alle Angstneurotiker) nicht verfügbar zu sein. Mit der (regressiven) Veränderung des Körperschemas kann der Hypochonder aber seine Abwehr gegen die befürchtete Vernichtung durch das Primärobjekt auch ohne Einbezug eines personalen Dritten »alleine« bewerkstelligen. Dies kann mithilfe einer monosymptomatischen Hypochondrie auf benignem oder malignem funktionellem Strukturniveau geschehen. Die gleiche Funktion haben aber auch hypochondrische Reaktionen, die durchaus neben anderen Symptombildern auftauchen können. So kann man in der Behandlung punktuelle hypochondrische Ängste (d. h. ein regressives Abwehrgeschehen) neben einer sonst primär hysterischen (also progressiven, sexualisierten) Abwehr erleben: Die erotisierte Einbindung eines Dritten (hysterische Abwehrtechnik) wird dann basal als eine progressive Abwehr der Konflikte aus einer frühen, genuin regressiven Mutterübertragung (Verlassenwerden, Ferienunterbrechungen, Angst vor depressivem Einbruch) eingesetzt, während im Laufe der Behandlung neue Wünsche nach Selbstexpression die Gefahr einer verstärkten genuin progressiven Rivalität mit den neidischen oder sadistischen Aspekten des Mutterintrojekts heraufbeschwören, die dann durch (regressive) hypochondrische Ängste abgewehrt werden. Für Borderline-Patienten ist eine solche »schlingernde«, also kreuzweise springende Abwehrsituation typisch, für den Behandler aber verwirrend. Solche gemischten Symptomlagen zeigen, dass das hypochondrische Symptom inhaltlich spezifisch wirksam ist, es aber mit Abwehr-

formen, die strukturell anders gelagerten Objekterfahrungen gelten, koexistieren kann.

Je nach dem Grad der Traumatisierung und dem resultierenden allgemeinen strukturellen Funktionsniveau ist die Massivität der Hypochondrie und die dadurch einsetzende Ich-Einschränkung unterschiedlich gravierend. Wo eine Separation-Individuation unbewusst als das Mutter-Introjekt zerstörend oder als vom Mutter-Introjekt kategorisch verboten und für das Selbst als grundsätzlich unmöglich phantasiert wird, zielt die Einschränkung des Selbst durch ein extrem verfolgendes »antilibidinöses Ich« auf die Errichtung und Einhaltung eines quasi-symbiotischen inneren »Selbst-mit-Objekt«-Zustandes, der in einer traurigen Faktizität durch Symptome psychotischer Qualität hergestellt wird. Auch hypochondrisch-wahnhaft Ängste tragen dann dazu bei, die eigene Vitalität zu unterminieren, die Wünsche nach Individuation zu unterbinden und die Symbiose zu affirmieren.

Woran also leidet der Hypochonder? Der Hypochonder ist ein »eingebildeter Kranker«, weil er tief davon überzeugt ist, dass er, um zu überleben, nicht wirklich »gesund sein« darf! Gesund zu sein, also selbstexpressiv, selbstbehauptend, der Welt zugewandt, erfolgreich und stolz auf sich und sein Tun, bedeutet für ihn, den tödlichen Neid und den vergeltenden Hass des Objekts zu entfachen und damit sich selbst und das Objekt zu gefährden. Unbewusst schreibt er sich und seiner vitalen Zuwendung zur Welt die Schuld für Objektverlust, Traumata und letztlich auch für seinen eigenen unzeitig drohenden Tod zu. Er ist zwar nicht objektiv krank, aber er muss sich »todkrank fühlen«, um angesichts unbewusst wirksamer Todesängste, die aus der Objektbeziehung stammen, durch drastische Selbsteinschränkung eine Überlebenschance zu haben.

Dies möchte ich nun an zwei verschiedenen Fallvignetten – in der Form zweier Verbatim-Protokolle – illustrieren.

## Klinische Beispiele

### Fall I: Langjährige hypochondrische Störung

Patient, 52 Jahre, Re-Analyse

Donnerstagsstunde

Patient: Tja, was beschäftigt mich? – Ich habe mit der schwer kranken jungen Kollegin gesprochen, sie hatte gute Vorschläge. Ich habe sie gelobt, aber ihr auch gesagt, dass sie die Probleme anscheinend immer bis ins Detail lösen will. Sie war zufrieden, hat sich bedankt. Dann habe ich sie gefragt, wie es ihr gehe. Sie war offen, sagte, ihr Immunsystem erhole sich nicht. Ich habe ihr von meinem Eindruck von damals erzählt. Sie hat bestätigt, dass sie unter übermäßigem Leistungsdruck steht. Sie wolle es immer dem Vater recht machen. Sie hasse sich selber, mehr oder weniger. Sie sei bei drei Therapeuten gewesen, einer war als »Sterbebegleitung« gedacht gewesen, was sie erst später herausfand. – Ich war fassungslos, wie Ärzte die Leute alleine lassen. Das Gespräch muss sie sehr bewegt haben, ihre Haut am Hals verfärbte sich, mal rot, mal blass. – Warum mache ich das? – Mein erster Impuls war, ihr zu helfen. Aber morgens, im Halbschlaf – ich habe da eine Stelle am linken Bein, die macht sich irgendwie bemerkbar. Das habe ich Ihnen noch nicht gesagt! Ich dachte: Wenn die kein Immunsystem entwickelt – der Tod steckt in dieser Frau! Da warst du so nahe am Tod dran! Dann: Habe *ich* Knochenkrebs? Da habe ich diese Stelle so gespürt. Immer wieder. Und zu Anfang dieser Stunde jetzt – da habe ich die Stelle auch gespürt. Ich habe gedacht: Suche ich die Nähe zu dem Tod? Der macht ja dann ziemlich schnell Schluss! Meine resignative Haltung kommt wieder: Es ist ja eh nicht erfreulich, auf der Welt zu sein.

Analytikerin: Wann haben Sie denn mit der Kollegin gesprochen?

P: Dienstag. Und meine Gedanken hatte ich von Dienstag auf Mittwoch. Vielleicht spielt noch mit: Mein Onkel Eugen wird ein Greis, er fällt zusammen, das geht jetzt schnell. Der Arzt wollte mich sprechen.

A: Alles Themen, die Sie daran erinnern, dass das Leben endlich ist. Bisher haben wir beobachtet, dass Sie in dieser Art so ängstlich werden, wenn Sie sich erlaubt haben, ein bisschen mehr zu leben?

P: Also, mit 15, 16 hatte ich schon Angst, ich hätte Zungenkrebs, die Knötchen unter der Zunge wären Krebs (er schildert ausführlich und ganz absorbiert, wie er sich zunächst nicht traute, sich jemandem anzuvertrauen, er lange von Angst gepeinigt war und er schließlich unter einem Vorwand einem Arzt den Zungengrund zeigte, der ihn beruhigte, das sei alles normal). Damals habe ich mich zunächst auch beruhigen lassen! Bei meinem Bruder war das ähnlich, der dachte, er hat Krebs, Speiseröhrenkrebs, in den ersten Studiensemestern. Er hat ähnliche Symptome entwickelt.

A: Ich frage mich, ob die Angst, die Sie da zwischen der letzten und dieser Stunde entwickelt und heute wieder gespürt haben, mit uns und mit dem zu tun hat, was uns hier gerade beschäftigt?

P: Ach, am Dienstag habe ich doch den Traum erzählt, in dem ich zu Monika sage: Nein! Nein! Nein! Ich liebe dich nicht! Und Sie sagten: »Monika? So heißt doch auch Ihre geschiedene Frau?« Dann ist mir noch was eingefallen: Diese Lisa, die ich bei Paul eingeführt habe, die ist doch ganz nett. Sie würde mir schon gefallen, aber sie ist doch noch jung. Ich will nicht den Katalysator für ihre Entwicklung spielen. Aber Phantasien, sie näher kennenzulernen, sind schon da. Monika hat so eine helle Haut und rote Haare. Lisa auch. Da hat sich im Traum das Gesicht von der Lisa reingeschoben. Übrigens, Sylvia habe ich jetzt angerufen. Wenn ich nach W. fahre, da liegt S. doch auf der Strecke. Sie hat mich eingeladen, auch zum Übernachten. Das hat mich gefreut, im Nachhinein dachte ich aber: Nein! Lieber nicht übernachten. Als Ehemann wäre mir das nicht so recht, wenn da ein Verflössener auftaucht. Ich habe es aber doch gewollt. Und dann kommt wieder so eine Gegenseite, die das wieder abmurksen will.

A: Die Gegenseite, die es wieder abmurksen will ...?

P: Vielleicht – ja! Ich hatte einen Traum, *da bin ich mit den Praktikanten ins Labor II, damit die mal sehen, wie es aussieht, welche Projekte da bearbeitet werden. (...) Es passiert gar nicht so viel in dem Traum, man sieht das Labor usw. usw. – aber eine Praktikantin spricht mich mit Vornamen an. Eine ganz neue, so eine ganz Wache. Ich war überrascht, hab ihr gesagt: Würden Sie mir Ihren Projektentwurf geben? Das ist ja genau das, was ich mir so vorgestellt habe. – Das mache ich bei allen Praktikanten, wenn die Entwürfe gut sind. – Ach! Die im Traum ist auch so eine Rothaarige! – Hinterher habe ich*

gedacht, was war denn das? Ich zeige, was mir wichtig ist, was mir am Herzen liegt und kriege die Rückmeldung. Ich brauche die jungen Kollegen auch, um (...) eine Resonanz zu kriegen, (...) dass sie mich wertschätzen und mögen. Das ist schon eine Motivation für mich, warum mir das Pädagogisch-Didaktische so am Herzen liegt und dass ich viel von mir zeige: Meine Sicht der Dinge. Dass ich gesehen werde. Ich bin ja nicht gesehen worden von den Eltern!

A: Fällt Ihnen zu »rothaarige Frau« etwas ein?

P: Pippi Langstrumpf! Oh!!! (lacht) – Das kommt sicher daher, dass ich an einem Kino vorbeigefahren bin! – Aber ja, das ist der Typ, Monika, Lisa, die Praktikantin. Vielleicht ist das ein Gegenbild? Ich weiß, welchen Typ Frau meine Mutter gut gefunden hat: brünett, apart. Na, so ähnlich wie sie selbst mal war. Nee, eine Rothaarige, das ist eine andere Vorstellung, die ist doch eher auffällig! Gar nicht nach dem Geschmack meiner Mutter.

A: Pippi Langstrumpf?

P: Eine Freche! Ja! Nicht so eine Brave! Kann schon sein, dass das der Kern ist. Das Gegenbild dessen, was meine Mutter gut finden würde. (...) Meine Freundinnen (...) wurden immer furchtbar bewertet und beurteilt. – Diese schwerkranke Frau, die wollte immer die gute Tochter ihres Vaters sein, dem wollte sie gefallen. Ihre Schwester ist motzig und alles das, was die Erstgeborene nicht darf. Ich habe bei ihr eigentlich offene Türen eingerannt, sie sagte, ja, da gibt's einen Zusammenhang zwischen Psyche und Körper.

A: Sie sehen das so klar bei der jungen Kollegin, weil es Sie in manchem an Sie selbst erinnert. Wären Sie gerne wie Pippi Langstrumpf?

P: So wollte man mich nicht! – Aber – inzwischen wäre ich vielleicht gerne so?

A: Wenn Sie heute auf dem Weg zu mir Todesangst bekommen, dann muss das aber etwas mit mir und mit Ihnen zu tun haben!

P: Also, da ist noch was! Gestern hatte ich eine Präsentation, sechs jüngere Kollegen, einer davon ist auch krebskrank, der hat Lymphdrüsenkrebs. Ein Mitarbeiter sagte, dieser Mann hätte bei der letzten Präsentation einen epileptischen Anfall gehabt. Ich weiß, dass der mit Medikamenten vollgepumpt ist, er sagt aber immer nur: »Alles kein Problem!« Dem Mitarbeiter habe ich nur gesagt: »Ja, der ist sehr krank!«

A: Meine Bemerkung, dass Ihre Todesangst etwas mit mir und mit Ihnen zu tun hat, die macht Ihnen Angst? Ich will noch einmal konkreter fragen (vielleicht kommt Ihnen das weit hergeholt vor): Gibt es im Moment etwas, von dem Sie vermuten, dass ich nicht damit einverstanden bin? Dass ich es Ihnen übelnehme?

P: Nee! – Also, ich hatte nur jetzt einen Einfall oder eine Erinnerung, als Sie das gesagt haben: Ich weiß nicht – in welchem Zusammenhang – da habe ich von dieser Tina gesprochen, die mir nachgestellt hat – da sagten Sie: »Ja, so frisches Fleisch!«

A: Wie???

P: Ja, das haben Sie gesagt! Einerseits kann das heißen: Ist ja reizvoll! Aber so eine Bemerkung von Ihnen, von einer Frau, das ist auch etwas komisch! Als ob Sie mich herausfordern wollten: Eine jüngere Frau mit frischem Fleisch? Zumindest haben Sie nicht zugestimmt. Das wäre wohl nicht nach Ihrem Geschmack?

A: *Ich* bin jedenfalls nicht mehr das frische Fleisch. Und da taucht in ihnen die Frage auf, ob ich es Ihnen gönnen würde, was Sie sich selbst nicht so ohne Weiteres erlauben würden? Jedenfalls erscheint es Ihnen eher gefährlich, *vor mir* über eine sexuelle Beziehung mit einer jungen Frau nachzudenken und davon zu träumen? Eine, die Ihnen etwas von ihrer Frechheit abgeben könnte?

P: (schweigt) – Na ja, auffällig ist ja diese Kombination mit dem Tod! Todbringende Krankheit und schwere Krankheit. Das muss ja in meinem Kopp' schon als Schüler so eine Verbindung eingegangen sein. – Andererseits merke ich seit einigen Wochen, dass ich nicht mehr so abhängig bin von dem Gedanken, verhungern zu müssen! – Also, davon habe ich noch gar nicht so richtig gesprochen! Morgens denke ich immer: Was isst du denn? Ich nehme mir auch immer irgendeine Notration mit. Ich musste immer ganz regelmäßig essen: Jetzt ist es elf oder ein Uhr, jetzt musst du essen! Sonst wird dir schlecht, oder du fällst um! – Das hat sich seit ein paar Wochen so gegeben, dass ich gar nicht mehr darauf achte, ob ich was mit dabei habe. Und eigentlich gefällt mir, dass ich damit auch abnehme. Ich kann das aber erst, seit ich nicht mehr so darauf angewiesen bin, immer viel Essbares in der Nähe zu haben und das dann auch aufzuessen. – Sonst verbindet sich

das immer mit dem Gedanken: Du musst was essen, sonst wird dir schlecht! Gleich kippst du um! – Komisch! Das sind so Sprüche von meiner Mutter! Die hat mich immer zum Essen genötigt. Die Kekse meiner Mutter sind so vollgepackt mit guten Zutaten, dass sie schon nicht mehr schmecken. Wenn da Butter im Rezept steht, nimmt sie immer noch mehr Butter, wenn zehn Eier drinsteht, nimmt sie 14! Wir haben auch immer »Multibionta« gekriegt, jeden Tag, und Kalktabletten haben wir gefressen, pausenlos!

A: Und wie ist das dann, wenn Sie mir erzählen, dass Sie lieber eine junge Frau anknabbern würden?

P: Nee, nee! Entwicklungshelfer spielen, das will ich nicht! – Na gut, ich reagiere da ein bisschen schnell. Müsste sich ergeben. – Der Michael sagt, mach Dir doch nicht so einen Kopp' – die jungen Frauen, die profitieren doch auch von den alten Männern! Typisch Michael. Der ist aber eine gute Ergänzung für mich, er hat etwas Spontanes und Lebensfreudiges! Wir verstehen uns gut, weil er von mir profitiert und ich von ihm.

A: Wenn Sie heute solche Todesangst hatten, als Sie zu mir herkamen, dann muss es um etwas Bedrohliches gehen. Vielleicht ist es nicht ausschlaggebend, ob Sie wirklich real eine so junge Frau haben werden, aber können Sie vor mir mit solchen Gedanken spielen, oder glauben Sie, Sie greifen mich damit an? Und ich räche mich dann, ich gönne sie Ihnen nicht, ich zerstöre sie Ihnen, oder ich mache Sie lächerlich?

P: (schweigt) – Mhm!

Ich sage ihm, dass wir hier für heute aufhören müssen. Er steht auf. Als er mir die Hand gibt, sagt er: Ja, ja – man wird ja sehen – (er lächelt mich plötzlich verschmitzt an) – äh – Mann und Frau werden sehen, was alles noch passiert!

### Kommentar zu Fall I

Dieser Patient hatte seit der Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter ständig an wechselnden Krankheitsängsten, manchmal auch an einer Herzangst gelitten. Sie nahmen in den Stunden viel Raum ein, seit wenigen Wochen war jedoch nicht mehr jede Stunde von ihnen dominiert. Nun war ich überrascht, wie drangvoll er seine Krankheitsängste wieder an mich herantrug.

Nachträglich mag es nicht so geheimnisvoll erscheinen, worum es ging. In der Situation fühlte ich mich aber durch seine immer wieder variierten hypochondrischen Klagen wirkungsvoll darin gehindert, die Übertragungssituation zu erkunden, und zudem durch die banal erscheinenden Einfälle über rothaarige Frauen und Pippi Langstrumpf auch verwirrt und »im Dunkeln tappend«. Erst nach einiger Zeit wurde ich wieder sicherer, dass es letztlich doch um einen Konflikt innerhalb unserer Beziehung gehen müsste und blieb dann mit meinen Interventionen auf dieser Linie. Ich war aber darauf gefasst, dass auch meine zweimal variierte »Blinddeutung« vielleicht zu nichts führen würde. Umso überraschter war ich, welche konkrete Neidphantasie dem Patienten in der mir unterstellten Aussage vom »frischen Fleisch« dann »einfiel«. Ich war sicher, dass ich dies nicht gesagt hatte, konnte nun aber durch seine Projektion die Übertragung verstehen: Mit seiner kannibalistischen Phantasie über mich als einem neidisch-gierigen Mutter-Objekt, das sein männliches Begehren missgünstig kommentierte, es herabsetzte und zu zerstören drohte, formulierte er gleichzeitig eine aggressive Phantasie über mich als der »Alten«, von der er sich wiederum trotzig abzusetzen wünschte. Als ich diese Projektion aufnehme, wird er nachdenklicher und berichtet dann von neuen inneren Entwicklungen, mit denen er sich aus der Identifikation mit seiner grotesk überfürsorglich-besitzergreifenden und doch ablehnenden Mutter zu lösen begonnen hatte. Diese neuen inneren Schritte können ein weiterer, vielleicht sogar der zentrale Anlass für die sich verstärkenden Todesängste gewesen sein. Nach dieser Stunde ist der Patient – für seine Verhältnisse – erstaunlich spontan und humorvoll, er wagt es, mit einem Wortspiel ein bisschen »frech« zu sein.

## Fall II: Hypochondrische Reaktion

**Patientin, 42 Jahre**

**Montagsstunde, erste Stunde nach meinen Ferien**

Patientin: Voilà! – Es hat mich viel beschäftigt in den Ferien! Ich hatte einen Streit mit Frau A. (Direktorin einer großen Einrichtung, in der die Patientin in einer gehobenen Position arbeitet). Eine richtige Auseinandersetzung, sowas

habe ich noch nie gemacht. Das ist jetzt formal wieder ausgeräumt, aber das war eine heiße Kiste! Das Grundsätzliche, das dahintersteht! – Und am Anfang von Ihren Ferien hatte ich einen ganz eindrücklichen Traum. Der hat sich damit verzahnt. Ich weiß nicht, war er gleich danach?

Und zwar habe ich geträumt, dass ich lebertransplantiert sei. Ich habe mir anscheinend die Geschichte von meiner Cousine ausgeliehen. (Ihr wurde tatsächlich eine Leber transplantiert!) – Dann kam ein Anruf aus Berlin, ich hätte ganz schlechte Leberwerte. Es sei eine Abstoßung im Gange! Zu wenig Immunsuppression, die Situation war lebensgefährlich. Ich hätte eigentlich eine neue Stelle antreten sollen, aber wegen der schlechten Werte sollte ich unbedingt an dem Freitag zur Blutabnahme gehen – wie meine Cousine. Und da hab' ich sie gefragt, ob ich noch ein Milligramm von ihrem Medikament haben kann? Prophylaktisch! Dann trat meine Mutter auf den Plan. Ich hatte mich schon gefragt, ob ich an der Abstoßung selber schuld bin, weil ich das Medikament in der letzten Zeit nur unregelmäßig eingenommen hatte. Ich hatte es vergessen, weil ich mich zu gut gefühlt hatte! Meine Mutter sagte, das kann sie sich gar nicht vorstellen, dass ich so etwas vergessen würde! Und da habe ich gesagt, das ist ja das Problem, dass ich jetzt nicht mehr so zwanghaft bin! Da kann ich das schon vergessen haben! Das war das Ende vom Traum! –

Ja, jetzt weiß ich es wieder: Ich habe den Traum hinterher geträumt, nach dem Streit! Ich habe dann auch überlegt, was das »Transplantat« ist. Und dass ich dauernd – was ich da dauernd einnehmen muss, um die Situation unter Kontrolle zu halten? – Ich hatte (in der Realität) der Direktorin gesagt, dass meine Kollegin B. und ich an der Konferenz in Z. teilnehmen werden, aber eher, um sie in Kenntnis zu setzen. Da war sie ganz irritiert: Wieso wir das wollen? Ich sagte: »Weil das Thema für unser Projekt wichtig sein könnte!« Und dann ging's los! Sie fing an zu argumentieren und stakst herum und ob die Zeit arbeitstechnisch abgedeckt sei? Das war schon alles geregelt, es war ein vorgeschobener Grund. Sie wollte nicht, dass wir dort hingehen, vielleicht wegen der Kontakte, und wohl auch nicht, dass wir da beide hingehen. Und dann blieb es völlig offen, ob sie einverstanden ist. Das hat mich tief schockiert, das Ganze!

A: Sie hat das als eine Genehmigungssituation aufgefasst?

P: Ja, und als eine sehr, sehr schwierige Frage! – Ich hatte so eine Art Verbot gar nicht erwartet. Da brach eine Konkurrenz auf! So ein Konflikt kam noch nie vor! Aber vielleicht bin ich bisher nicht kollidiert, weil ich immer schon viel früher meine Bedürfnisse und all das ausradiert habe. Ich habe dann noch mal mit ihr geredet und es auf eine grundsätzlichere Ebene gebracht, dass so ein enges Verständnis von Leitung das Projekt behindert. Dann ging es darum, wenn sie uns das erlaubt, dann könnte ja jeder kommen! Allerdings, wenn ich noch was Anderes in Z. zu tun hätte, dann –. Das hat mich noch wütender gemacht, ich habe dann aufgetrumpft und gesagt: »Nein! Ich will mir nicht was einfallen lassen, was ich dort angeblich zu tun habe, damit ich mein Bedürfnis kaschieren kann, dort hinzugehen.« Es ging hin und her, dann sollte nur eine von uns teilnehmen. Aber B. wollte doch auch hin. Irgendwann ging ich noch mal hin und sagte: »Wir fahren, das sind vorgeschobene Gründe!« Da war sie vielleicht sauer! In dem Gespräch war ich nicht mehr so souverän. Aber ich hatte so eine Wut. Ich hab' so geschnaubt vor Zorn – ich hab' die ganze Wut so gefühlt! Das ist ganz neu für mich, dass ich so unglaublich wütend werde. – Diesen Traum hab' ich nach dem ersten Gespräch geträumt. Wo ich abgeblitzt bin bei ihr. Der Streit zog sich über mehrere Tage hin, das war ganz ungewohnt. Zuerst ging's mir schlecht. Ich war depressiv und wütend und ohnmächtig und hatte den Wunsch, zu gehen und den ganzen Laden hinter mir zu lassen. – Und dann passierte was: Ich hab' mich plötzlich ganz klar gefühlt in der Entscheidung, das richtig gemacht zu haben! – Aber nochmal zu dem Traum: Was ist denn in mich so eingepflanzt, das etwas Fremdes für mich ist? Und dass ich ständig Immunsuppressiva genommen habe, dass ich das aushalte? Ich weiß schon, die Tage, als ich »zu wenig davon eingenommen habe«, das war vor den Ferien hier – als es drum ging, dass ich Sie hinterfragen wollte und als ich ja tatsächlich ziemlich direkt geworden bin und nachgefasst habe. – Da ist noch etwas Eigenartiges: Plötzlich hatte ich solche Angst, ich würde Krebs haben! Es war so stark – dauernd hatte ich den Gedanken, das könnte Krebs sein. Die Angst ging gar nicht mehr weg! Ich habe seit einiger Zeit an der Nase so eine Rötung, die ich mir nicht richtig erklären kann. Krebs im Gesicht! Dann wäre ich ja ganz entstellt! Scheußlich! Der Gedanke hat mich gar nicht mehr losgelassen. Dann wäre sowieso alles futsch!

A: Wann war das?

P: Das komische ist, ich hatte jetzt so Angst die letzten zwei, drei Tage. Es war nicht damals, als ich deprimiert war und Schuldgefühle hatte wegen der Frau A. Da hatte ich den Traum.

A: Es war jetzt, kurz bevor Sie wieder mit mir zusammenkamen?

P: Ja! Stimmt! – Ich habe mich irgendwann schon so gewundert, wieso das gar nicht mehr aufhören wollte. Es war furchtbar: Angst!!! Angst!!! Angst!!!

A: Krebs im Gesicht? Und Sie dachten, Sie würden entstellt aussehen – vielleicht hässlich?

P: Hmm – ja, kann sein!

A: Heißt das, wenn Sie jetzt wieder zu mir kommen, dann könnte ich Ihnen ansehen, dass Sie jetzt fähig sind, so wütend zu sein und hassen zu können? Und auch, dass Sie jetzt kämpfen wollen. Vielleicht auch mit mir, vielleicht noch mehr als vor den Ferien?

P: Mhm, ja. – Oje, jetzt fällt mir was ein! Die Frau A., die Chefin, ist vor zwei Tagen nach Brasilien geflogen. Das hatte sie ganz überraschend mitgeteilt. Und da hatte ich kurz den Gedanken: Was wäre, wenn das Flugzeug abstürzt? Ich war immer noch wütend auf die! Uns gönnt sie den kleinen Ausflug zu der Konferenz in Z. nicht und unsere gute Zusammenarbeit auch nicht, aber sie fliegt nach Brasilien! Klar, weil sie dort – selbstverständlich, sicherlich unaufschiebbar – was zu tun hat! Dann geht natürlich alles, wenn man ein Alibi hat und sich alles selbst genehmigt. Der Kollege C. darf auch mitfliegen, der wird für die Nachfolge gestylt. Der ist angepasst. – Hach! So wie ich früher? – Hatte ich deswegen solche Angst, ich kriege Krebs? Das gibt's doch nicht! Hab' ich mich da bestraft, dass ich sie zum Teufel gewünscht hatte? Jetzt würde ich sie am liebsten noch mit dem Flugzeug abstürzen lassen! Oh je! Wenn ich die Potenzträgerin abstürzen lasse, dann muss ich mich auch – an der Nase amputieren? Talionsprinzip? Zahn um Zahn! Nase um Nase! Wenn sie schon mal die Nase vorn hat! (Sie fängt an zu lachen)

A: Ich war auch in Ferien! Das kann Ihnen doch nicht gefallen haben?

P: Nein! Das hat mir auch nicht gefallen. Aber ich glaube, ich hatte mehr Angst, dass Sie das nicht vertragen haben, dass ich Sie vor den Ferien so gelöchert habe mit meinen Fragen.

A: Mich mit Fragen löchern, das ist gefährlich? Das bedeutet ja immer: Meine Fassade könnte einstürzen! Hatten Sie Angst, Sie haben mich ganz abstürzen lassen?

P: Mhm – sieht so aus – habe ich mich schon prophylaktisch kaputtgemacht, bevor ich wieder herkomme? – Dann kann ich ja meine Nase nirgendwo mehr reinstecken, wo ich nicht soll!

An diesem Punkt beende ich die Stunde.

### Kommentar zu Fall II:

Auch dieses Fallbeispiel stammt aus einer sehr langen Analyse. Einiges von der schweren Pathologie, mit der diese Patientin sowohl auf gewaltsam-überwältigende wie auch auf unterschwellige, kumulativ-traumatische Erfahrungen reagiert hatte, war – wie sie im Traum ja andeutet – schon verstanden worden und hatte sich bereits verändert. Obwohl die Hypochondrie hier nicht das Leitsymptom war, hatte diese Patientin immer wieder einmal Krankheitsängste entwickelt, und mein im Laufe ihrer Analyse gewachsenes Verständnis dieser Ängste war schon in Deutungen eingeflossen. Ich denke, dass die Stunde für sich selbst spricht und die anderen Störungsbereiche hier nicht unbedingt dargestellt werden müssen, um die Dynamik dieser hypochondrischen Reaktion zu verstehen. Spannend erscheint mir, dass die Patientin ihre Angst zunächst im Traum »halten« kann,<sup>6</sup> die Angst aber gegen Ende meiner Ferien umso stärker in der Form einer über Tage anhaltenden Krebsangst ausbricht, vermutlich dann, als die Patientin mit ihren Todeswünschen gegen die Chefin in Kontakt kommt. Auch von mir fürchtet sie Vergeltung, weil sie es wagte, mir vor der Ferien-Trennung neugierige Fragen zu stellen. Die Krebsangst trifft sie diesmal mit voller Wucht: Sie habe nur noch

---

6 Vgl. Freuds Bemerkung über die diagnostische Fähigkeit des Traums, beginnende Körperleiden hypochondrisch vergrößert zu verspüren: »[...] alle psychische Besetzung [wurde] von der Außenwelt auf das eigene Ich zurückgezogen [...], und sie ermöglicht nun die frühzeitige Erkennung von körperlichen Veränderungen, die im Wachleben noch eine Weile unbemerkt geblieben wären« (1917, S. 413f.).

»Angst! Angst! Angst!« empfunden und sich drei Tage lang nicht mehr beruhigen können. Der peinigende Zustand hält bis zur Wiederbegegnung mit mir an. Es kann gut sein, dass sie mehr Angst bekam als früher, weil sie sich nun erstmals real und durchaus risikoreich der Chefin widersetzt hatte und sie Lust verspürte, auch mich weiter herauszufordern. Die dahinterliegenden Todesängste und Todeswünsche drohten nun, bewusst zu werden, was faktisch einen Fortschritt in der Analyse darstellte, aber für die innere Ökonomie der Patientin eine Bedrohung bedeutete. Ein Symptom wurde notwendig.

### Zum Vergleich der beiden Fallbeispiele

Ich habe mich nach einigem Abwägen entschlossen, in dieser Arbeit zwei Fallbeispiele zu präsentieren, weil ich glaube, damit leichter zeigen zu können, wie bei unterschiedlichen Ausgangslagen dennoch eine bestimmte zentrale Konfliktfigur wirksam ist:

#### Unterschiede bei der Symptomausprägung:

Der Patient (Fall I) imponiert mit einer langjährigen »monosymptomatischen« Hypochondrie mit wechselnden Körperängsten. Die Patientin (Fall II) erlebt plötzlich eine starke hypochondrische Reaktion, die neben ganz anderen Symptombildern akut auftaucht.

#### Unterschiede beim strukturellen Funktionsniveau:

Der Patient zeigt eine zähe, vielmals variierte Abwehrformation mit konkretistischer Zuschreibung einer Projektion ohne kommentierende Bezugnahme auf die aktuelle analytische Beziehung. Die Patientin bietet gut mentalisierte Schilderungen ihrer inneren Vorgänge und der Vorgänge in der Psyche der Chefin an und trägt viele flüssig formulierte und stimmige Ideen zum Verständnis der symbolischen Bedeutung des Symptoms bei.

Unterschiede bei der auslösenden Konfliktsituation:

Der Patient gibt seinen Wünschen nach einer intimen Beziehung mit einer jüngeren Frau Raum und verteidigt erstmals seine männliche Identität und seine sexuellen Wünsche gegen mich, er nimmt einen neuen inneren Prozess der De-Identifikation von der mütterlichen Überversorgung wahr und auch eine Veränderung seines Selbstbildes, das besagte, dass er ständig von einem körperlichen Kollaps bedroht sei. Die Patientin riskiert nach langem Durcharbeiten erstmalig und im Bewusstsein des Risikos eine scharfe aggressive Auseinandersetzung mit einer (autoritären) Vorgesetzten und wagt spät (!) in der Analyse, weniger angepasst zu sein und an der analytischen Grenze der Nichtbeantwortung von Fragen zu rütteln.

Gleiche unbewusste Konfliktfigur:

Bei beiden Patienten geht es um die Realisierung expansiver Wünsche und den Gebrauch selbstbestimmend-aggressiver Abgrenzung vom Objekt und von der Übertragungsfigur. Diese innere vitale Bewegung kann voraussichtlich zu einem gehobenen Selbstgefühl und zu vermehrter Abgrenzung vom (Übertragungs-)Objekt führen. Beide Patienten unterbrechen diesen konflikthaft werdenden Prozess durch das Angstsymptom, wobei sich bietende Körpereigenarten (die empfindliche Stelle am linken Bein oder der nicht zu deutende Fleck an der Nase) projektiv mit der Phantasie einer Krebserkrankung belegt und zum Ausgangspunkt für Krankheits- und Todesängste werden. Die Wahl des Körperteils kann beliebig, aber auch überdeterminiert bedeutsam sein, die Ängste beginnen im Zusammenhang mit dem inneren und äußeren Neubeginn, intensivieren sich aber – precisely timed – kurz vor der Stunde, also kurz vor dem Zusammentreffen mit mir, dem Übertragungsobjekt. Dabei ist beeindruckend, dass die Intensität der akuten Angst bei beiden Patienten hoch ist, sie sich also bei der hypochondrischen Reaktion keineswegs harmloser anfühlt als bei den Ängsten des langjährig hypochondrisch kranken Patienten. Dies demonstriert, wie selektiv bedrängend und wie genau der unmittelbaren Konfliktsituation angepasst die symptomatische Abwehr funktioniert. In beiden Fällen ist gut erkennbar,

wie die aktualisierte Interaktion mit einem äußeren Objekt und die Übertragung auf die Analytikerin verschränkt sind, dass das Symptom aber, ganz klassisch, leichter über die Arbeit an der Übertragungsbeziehung verstehbar wird. Beide Patienten signalisieren dann auch, dass sie die Bedeutung ihres Symptoms in der Aktualität verstanden haben: Die Patientin (Fall II) trägt mit stimmigen Überlegungen aktiv zur weiteren Entschlüsselung bei, der Patient (Fall I) übermittelt sein Verstehen – weniger objektal und eher implizit, aber nicht weniger treffend – durch seinen Bericht über die neue innere Entwicklung und seine humorvoll-herausfordernde Schlussbemerkung zu mir.

### **Einige grundsätzliche Gedanken zur Theoriebildung über Hypochondrie**

Wie viele andere Autoren (vgl. Röder & Overbeck 2000, S. 299) sehe ich die hypochondrische Symptomatik nicht als eine eigenständige nosologische Kategorie, sondern als eine spezielle Unterform der Angststörungen.<sup>7</sup> Ich selbst begründe diese Einordnung damit, dass für die Hypochondrie wie für alle Angststörungen die Green'sche Definition einer »zentral phobischen Position« (Green 2000) zutrifft, die als charakteristische Objektbeziehungsfigur die Verschiebung der Bedrohung weg vom (Primär-)Objekt auf ein Drittes (Körper oder Welt) und eine dann möglich werdende regressive Anklammerung an das Primärobjekt, also die Re-Idealisierung der Dyade und den Ausschluss des Dritten (der väterlichen Position) beschreibt. Jeder Angstneurotiker unterwirft sich mit Hilfe seiner Angstsymptomatik dem Primärobjekt, er macht sich klein, hilfsbedürftig und schwach. Er braucht die regressive Angstsymptomatik, um das (Primär-)Objekt größer, stabiler, fürsorglicher, liebevoller zu machen oder um es zu befrieden. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass frühe Traumata und Konflikte mit dem gleichen (frühen) Objekt unbewusst und abgewehrt gehalten werden können.

---

7 Eine ausführliche Diskussion findet sich in meiner Erstveröffentlichung zum Thema (Rupprecht-Schampera 2003).

Die Hypochondrie unterscheidet sich von anderen Angststörungen durch den (inhaltlich anders gelagerten) abzuwehrenden Konflikt und die zu hemmenden unterschweligen, unbewusst zu haltenden Affekte und Impulse. Aus meiner Sicht ist die Hypochondrie also nicht eine allgemeine Bewältigungsform für (beliebiges) abgekapseltes Traumatisches, sondern eine spezifische Abwehrlösung, die für einen bestimmten unbewussten Konflikt und eine bestimmte Art der traumatischen Angst genau »maßgeschneidert« ist. Wie dargestellt ist es also nicht zufällig, dass Körperängste als funktionales Ergebnis die Zerstörung von Vitalität und Lebensfreude zur Folge haben, während zum Beispiel Phobien durch die Lokalisierung des Bedrohlichen draußen in der Welt Neugierverhalten, Trennungsbestrebungen und Selbstbehauptung verhindern und dazu eine sekundäre Anklammerung an das re-idealisierte Primärobjekt herstellen.

Um Verwirrung zu vermeiden, ist es wichtig, im Auge zu behalten, dass alle Angstpatienten mit einer bewussten Angst ganz andere, unbewusste Ängste bekämpfen, die aus traumatischen Beziehungserfahrungen mit dem Primärobjekt stammen oder mit existenziell bedrohlichen Erfahrungen seines Fehlens verbunden sind: Es sind namenlose Ängste vor Überwältigung oder Objektlosigkeit, vor überflutendem Schmerz, mörderischer Wut, unerträglicher Schuld; es sind existenzielle Ängste vor Selbstverlust und Fragmentierung, die mit der bewussten (verschobenen) Angst abgewehrt werden. Für alle Angstpatienten ist es stimmig, mit einer bewussten bzw. bewusstseinsfähigen Angst das familiäre bzw. analytische Beziehungsgefüge zu gestalten und dadurch ihre unbewussten existenziellen Ängste zu kontrollieren, während andere Menschen dies mit ganz anderen Mitteln, d. h. mit anderen (z. B. zwanghaften oder hysterischen) Abwehrstilen oder »Abwehrtechniken«<sup>8</sup> tun. Über die Abwehrtechnik wird traditionell die gemeinsame nosologische Kategorie definiert.

Fairbairn (1952, S. 41–46) war der Meinung, dass sich die typischen Abwehrtechniken in der sogenannten Übergangsphase, d. h. im Rahmen

8 Der Begriff und das Konzept stammen von Fairbairn (1952, S. 45f.).

des Separations-Individuations-Prozesses herausbildeten, was mir plausibel erscheint, weil das Individuum – auch unter schwierigen Bedingungen – versuchen muss, einerseits die Beziehung zum Objekt und andererseits die Beziehung zu sich selbst als Subjekt zu regeln und eine innere Separation oder wenigstens eine Form der Pseudo-Separation zu erreichen. Fairbairn meinte natürlich nicht, dass alle Störungen (!) in dieser Lebensphase ihren Anfang nähmen. Traumata und Beziehungskonflikte können früh im Leben beginnen, psychosomatische Störungen scheinen dort ihren Ausgangspunkt zu haben. Ein umschriebenes Angstsymptom wie die Hypochondrie ist jedoch eine (schwere) Befindlichkeitsstörung, die sich bestimmter Vorstellungen und Kenntnisse bedient und massive Affekte erzeugt, und kann deshalb (als Angststörung) zu den typischen Abwehrtechniken gezählt werden, die sich in und mit dem Beziehungsgefüge der Kindheitssituation herausbilden. Ein Abwehrstil ist eine eigene Abwehrleistung, er entsteht aber nicht unabhängig vom Rahmen des familiär Angebotenen oder Tolerierten. Vereinfacht gesagt, muss dem späteren Hypochonder schon früh eine besondere, nicht unbedingt angemessene Aufmerksamkeit für seine Ängste oder für Krankheiten entgegengebracht worden sein (vgl. Überfürsorge). Er wird sie aber nur dann als überdauernde Abwehrform entwickeln, wenn sie geeignet ist, einen entsprechenden frühen Beziehungskonflikt abzuwehren. Der Hypochonder scheint keinen Dritten in seine Abwehrlösung einzubinden, er war mit einem schwierigen oder bedrohlichen frühen (!) Objekt subjektiv alleine. Auch diese Beziehungscharakteristik formt den Abwehrstil, sie trifft auf alle Angstneurotiker zu, egal wie benigne oder prekär das strukturelle Funktionsniveau ist.

Das strukturelle Funktionsniveau, der Schweregrad der Störung, wird bekanntlich nicht durch die speziellen Konflikthalte geformt, sondern durch die strukturelle Qualität der Selbst- und Objekterfahrungen, also durch die Qualität des mütterlichen Containments, der Hilfe zur Mentalisierung, das Maß an systemischer Überlastung durch Traumatisierung oder andauernden konflikthaften Stress. Es wird beschrieben anhand allgemeiner psychischer Funktionskriterien wie des Kriteriums der Flexibilität, mit der ein bestimmter Abwehrstil einge-

setzt wird, des Vorhandenseins von Objekt Konstanz und triangulärer Organisation des Selbst, der Grobheit, der Perversität oder Psychosnähe in der Anwendung des Abwehrstils, anhand der Massivität der Spaltungsvorgänge, des Grads der Einkapselung des Traumatischen oder gar des Auftretens eines autistoiden Rückzugs auf das Symptom.

Man kann sich die Abwehr einer Person in einer Gitterstruktur aus konfliktorientierter Abwehrtechnik (wie z. B. Angststörung, Hysterie, Zwang ...) auf vertikalen Achsen und strukturell-funktionaler Verfasstheit (neurotisch, borderlinehaft oder psychotisch) in davon unabhängiger horizontaler Schichtung vorstellen. Damit ist dargestellt, dass jede Abwehrtechnik auf jedem strukturell-funktionalen Niveau ausgeführt werden kann. Es beinhaltet auch, dass das strukturelle Funktionsniveau der Abwehr einer Person je nach Stress, Beziehungssituation oder Konfliktlage schwanken kann.

Gibt es typische »hypochondrogene« Mütter? In meiner ersten Arbeit zur Hypochondrie (Rupprecht-Schampera 2003) habe ich das häufig genannte biographische Detail einer »überfürsorglichen« Mutter bzw. eines als neidisch oder tödlich-ablehnend imponierenden Introjekts ausführlich diskutiert. »Überfürsorglich« kann Ausdruck einer Reaktionsbildung gegen Aggression oder Neid sein, sie ist immer Ausdruck eines doppelbödigen mütterlichen Verhaltens, das die Sorge um das Kind betont, auf der verborgenen, unbewussten Ebene jedoch sein unabhängiges Funktionieren untergräbt, möglicherweise auch gezielt sabotiert. Dies muss sich in der Introjektbildung des Kindes niederschlagen. Es ist aber anzunehmen, dass ein »neidisch-sadistisches Introjekt« aus der Verarbeitung von solchen Objekterfahrungen stammt, in denen Lebendigkeit, Befriedigungssuche und Erfolg des Kindes für das Primärobjekt keine Quelle von Freude waren und das Subjekt deswegen seine Vitalität immer wieder beschneidet. Auch Britton (2006) verwendet das »Konzept eines neidischen Über-Ichs: ein inneres Objekt, das sich gegen die Entwicklung und Kreativität des Ichs richtet [...]«. Er meint hier »nicht ein strenges kritisches Gewissen, sondern ein destruktives Über-Ich, wie es Bion (1959) beschrieben [...] hat«. Britton bezieht sich dabei auch auf Fairbairn (1952), wenn er davon

spricht, dass »ein Teil der Persönlichkeit zu einem Feind des zentralen Selbst werden könnte« (Britton 2006, S. 162f.). In diesem Zusammenhang betont er auch, dass der feindselige oder neidische Charakter der tatsächlichen Elternobjekte bei der Ausbildung eines »neidischen Über-Ichs« eine bedeutsame Rolle spielt (S. 175f.). Nissen beschreibt diese selbstdestruktive Instanz als das »mütterliche Objekt, fusioniert mit primitiven Über-Ich-Aspekten« (Nissen 2015, S. 107). Ähnlich ist das »ego-destructive superego« bei Bion in »Attacks on Linking« (1959, S. 314) als eine archaische Über-Ich-Struktur beschrieben, die zerstörerisch und blockierend eingreift. Das Rosenfeld'sche Konzept des negativen Narzissmus, der narzisstischen Organisation als innerer »Mafia-Gang« (1971) oder Steiners (1993) Beschreibung eines perversen Persönlichkeitsanteils, der eine unnachgiebige Kontrolle über das Selbst ausübt, sind nicht so eindeutig einer bestimmten Ich-Struktur zugeordnet.

Fairbairn konzeptualisiert den Organisator der selbstdestruktiven Abwehr als eine in der Grundstruktur des Ich entstehende, psychodynamisch wirksame strukturelle Einheit. Sie generiert die selbstdestruktive Abwehr (und damit die unterschiedlichsten Symptome), sie ist nicht Teil einer speziellen Störungsform. Fairbairn (1952, S. 83–136) beschreibt diese innere Instanz, ursprünglich »innerer Saboteur« genannt, als einen **antilibidinösen Teil des Ich** (!), der sich im Rahmen der »endopsychischen Struktur des Ich« ausbildet und sich funktionell gegen eine andere Teilstruktur, das »libidinöse Ich« wendet. Das »antilibidinöse Ich« entsteht (sehr verkürzt gesagt) aus der Anpassung an die introjizierten schlechten (d. h. zurückweisenden oder übererregenden) Objekterfahrungen, die in der Struktur eines »antilibidinösen (inneren) Objekts« (!) niedergelegt sind.

Fairbairn unterscheidet also zwischen einem introjizierten antilibidinösen Objekt und einem sich in Reaktion darauf bildenden, psychodynamisch wirksamen Ich-Anteil, dem antilibidinösen Ich. Im Extremfall entwickelt sich diese notwendige und normale, die Anpassung regulierende Ich-Instanz zu einer tyrannischen Ersatzstruktur, die die ganze kindliche (Objekt-)Aggression an sich zieht und sie im Zusam-

menspiel mit der Ausbildung eines »moralischen Masochismus«<sup>9</sup> gegen das Kind und seine expansiven Wünsche richtet. Mit Hilfe dieser selbsteinschränkenden Abwehrmaßnahmen wird auch eine fortdauernde Bindung an das schlechte Primärobjekt aufrechterhalten.

Fairbairns Konzept des »antilibidinösen Ich« zur Erklärung der Selbstdestruktion hat einige Vorteile: Seine unterdrückende Struktur ist nicht statisch. Als *dynamische* Ich-Struktur konzipiert, ist diese psychische Instanz mit allen potenziellen Interventionsmöglichkeiten nach innen und außen ausgestattet. Es stehen ihr auch alle Informationen des Ich zur Verfügung, so dass sie wechselnd präzise, subtil oder extrem massiv die Abwehr organisiert. Sie ist in engem genetischem Zusammenhang mit den (unterschiedlich traumatischen) Objekterfahrungen formuliert, und daraus folgt logisch, dass sie je nach Objekterfahrung, je nach deren Verarbeitung und je nach der aktuellen Konfliktthematik relativ benigne oder aber extrem verfolgend und selbstschädigend ausfallen kann. Fairbairn öffnet mit dieser Konzeptualisierung die Tür zu einer inhaltlichen, d.h. *konfliktorientierten* Beschreibung aller Abwehrvorgänge, auch derer, die einen selbstdestruktiven, extrem selbsteinschränkenden und verfolgenden Charakter haben. Er schärft auch den Blick dafür, dass die präzise angepassten, vom antilibidinösen Ich je nach Konfliktlage mit selektiver Malignizität gesteuerten wechselnden Abwehrvorgänge als Reaktionen auf ganz bestimmte introjizierte Objekterfahrungen und damit assoziierte Katastrophenerwartungen zu verstehen sind. Dies impliziert, dass alle – auch die hypochondrischen – Abwehrbewegungen in der Übertragung auffindbar und deutbar sind.

Aus dieser Sicht bin ich allerdings skeptisch, ob es darüber hinaus beim Stand der derzeitigen psychoanalytischen und neurobiologischen Forschung möglich ist, ein sinnvolles psychoanalytisches Modell für das komplexe und präzise innere Funktionieren dieser Ich-Struktur (des »antilibidinösen Ich«) während der Generierung einer beliebigen

---

9 Verkürzt gesagt muss das Kind sich selbst als »böse« und als Ursache der Zurückweisung durch das Objekt sehen, um das Objekt als ein gutes und idealisierbares aufrechtzuerhalten.

Abwehr – also auch bei der plötzlichen Generierung einer hypochondrischen Angst – zu entwerfen, das in der Lage wäre, weitere Einblicke zu vermitteln und die zu beschreibenden Fakten sinnvoll zu reduzieren. Man kann über die Präzision der komplexen Abwehrvorgänge vor allem staunen. Dafür ein Funktionsmodell zu entwickeln, liefe derzeit vermutlich darauf hinaus, eine völlig spekulative Maschinerie von inneren Vorgängen zu entwerfen. Für die analytische Arbeit ist es jedoch nicht unbedingt nötig, die »Hardware« dieser evolutionär vorgegebenen und beim Menschen angesichts seiner langen entwicklungsbedingten sozialen Abhängigkeit hoch entwickelten Ich-Struktur in ihrem feinsten inneren Funktionieren zu verstehen. Durch die Nutzung der freien Assoziation und der Übertragung können wir auch jetzt schon die durch die maßgeblichen Kindheitsbeziehungen eines Patienten geformte selektive Härte seines »antilibidinösen Ich« und die spezielle Bedeutung seiner Angriffe erkennen und den Patienten darin unterstützen, sie zu verändern.

Kontakt: Ute Rupprecht-Schampera, Schönbuchstraße 10, 72074 Tübingen.  
E-Mail: ute.rupprecht-schampera@dpv-mail.de

---

## LITERATUR

- Baranger, M., Baranger, W. & Mom, J.M. (1988): The Infantile Psychic Trauma from Us to Freud: Pure Trauma, Retroactivity and Reconstruction. *Int J Psychoanal* 69, 113–128.
- Bion, W.R. (1959): Attacks on Linking. *Int J Psychoanal* 40, 308–315.
- Bion, W.R. (1962a): A Theory of Thinking. *Int J Psychoanal* 43, 306–310.
- Bion, W.R. (1962b): Learning from Experience. London (Tavistock).
- Bion, W.R. (1970): Attention and Interpretation. London (Karnac).
- Bollas, C. (1987): The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known. London (Free Association Books).
- Bollas, C. (1992): Being a Character: Psychoanalysis and Self Experience. New York (Hill & Wang).
- Britton, R. (2006 [2003]): Sexualität, Tod und Über-Ich. Psychoanalytische Erfahrungen. Übers. A. Vaihinger. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Fairbairn, W.R.D. (1952 [1944]): Psychoanalytic Studies of the Personality. London (Tavistock Publications/Routledge & Kegan Paul).

- Freud, S. (1895b): Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als »Angst-Neurose« abzutrennen. *GW* 1, 313–342.
- Freud, S. (1896b): Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. *GW* 1, 377–403.
- Freud, S. (1911c): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). *GW* 8, 239–316.
- Freud, S. (1914c): Zur Einführung des Narzißmus. *GW* 10, 137–170.
- Freud, S. (1915e): Das Unbewußte. *GW* 10, 264–303.
- Freud, S. (1916–17g): Trauer und Melancholie. *GW* 10, 428–446.
- Green, A. (2000): »The Central Phobic Position«: A NEW Formulation of the Free Association Method. *Int J Psychoanal* 81, 429–451.
- Guntrip, H. (1968): *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self*. London (Hogarth Press).
- Guntrip, H. (1971): *Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self*. London (Basic Books).
- Klein, M. (1973 [1949]): *The Psycho-Analysis of Children*. Authorized translation by Alix Strachey. New York (Grove Press Inc.).
- Küchenhoff, J. (1985): Das hypochondrische Syndrom. *Nervenarzt* 56, 225–236.
- Langer, S.K. (1942): *Philosophy in a New Key: A Study in the Symbolism of Reason, Rite and Art*. Cambridge, MA (Harvard University Press).
- Nissen, B. (Hg.) (2003): *Hypochondrie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme*. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Nissen, B. (2015): *Hypochondrie*. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Nissen, B. (2018): Hypochondria as an Actual Neurosis. *Int J Psychoanal* 99, 103–124. DOI 10.1111/1745-8315.12655.
- Racker, H. (1978 [1959]): Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. Übers. u. hg. von G. Krichhauff. München, Basel (Reinhardt).
- Rangell, L. (1959): The Nature of Conversion. *J Amer Psychoanal Assn* 7, 632–663. DOI 10.1177/000306515900700403.
- Röder, C. & Overbeck, G. (2000): Hypochondrie. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hg.): *Handbuch Psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Rosenfeld, H. (1958): Some Observations on the Psychopathology of Hypochondriacal States. *Int J Psychoanal* 39.
- Rosenfeld, H. (1964): The Psychopathology of Hypochondriasis. In: Ders.: *Psychotic States: A Psychoanalytic Approach*. New York (Routledge), 83–122.
- Rosenfeld, H. (1971): A Clinical Approach to the Psycho-Analytical Theory of the Life and Death Instincts: An Investigation into the Aggressive Aspects of Narcissism. *Int J Psychoanal* 52, 169–178.
- Rosenfeld, H. (1987): The Narcissistic Omnipotent Character Structure: A Case of Chronic Hypochondriasis. In: Ders.: *Impasse and Interpretation*. London (Tavistock Publications).
- Rupprecht-Schampera, U. (1997 [1995]): Das Konzept der frühen Triangulierung als Schlüssel zu einem einheitlichen Modell der Hysterie. *Psyche - Z Psychoanal* 51, 637–664.

- Rupprecht-Schampera, U. (2003): Woran leidet der Hypochonder? Eine Objektbeziehungstheorie der Hypochondrie. In: Nissen, B. (Hg.): Hypochondrie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Rupprecht-Schampera, U. (2018): Hypochondria as a Self-Destructive Attack on the Subject's Vitality. *Int J Psychoanal* 99, 140–158. DOI 10.1080/00207578.2017.1398590.
- Steiner, J. (1993): *Psychic Retreats*. London (Routledge).
- Stern, D.N. (1985): *The Interpersonal World of the Infant*. New York (Basic Books).
- Tillman, J.G. (2018): Unrepresented States and the Challenge of Historicization. *Int J Psychoanal* 99, 125–139. DOI 10.1111/1745-8315.12709.
- Winnicott, D.W. (1958): *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London (Basic Books).
- Winnicott, D.W. (1965): *Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London (Hogarth Press).
- Winnicott, D.W. (1971): *Playing and Reality*. London (Tavistock Publications).
- Winnicott, D.W. (1974): Fear of Breakdown. *Int Rev Psycho-Anal* 1, 103–107.

---

**ABSTRACT:** *Hypochondria as a Self-destructive Assault on Personal Vitality.* – The author understands hypochondria as a form of anxiety disorder in which attention is suddenly restricted to the perception of the body (as sick or in mortal danger). This triggers a functional disorder accompanied by apprehensive self-observation but does not affect the physical substrate. In psychodynamic terms, however, the hypochondriac stages an effective self-destructive attack on his/her subjective experience of the body. The vital body-schema suddenly changes into its negative counterpart, and the experience of joy, functional pleasure, and self-expression is radically curtailed. Against the background of a specific, unconscious rivalry conflict, the hypochondriac surrenders to the object to which they sacrifice their vitality. The article proposes a detailed investigation of this defensive solution.

**KEYWORDS:** hypochondria; self-destructiveness; anxiety disorder; body

**RÉSUMÉ :** *L'hypochondrie comme attaque autodestructrice de la vitalité.* – L'auteur comprend l'hypochondrie comme une forme de trouble anxieux dirigé avec une attention subitement intense sur la perception du corps (comme malade et menacé de mort), déclenchant un trouble du bien-être avec auto-observation anxieuse, mais sans que le substrat corporel

lui-même soit attaqué. D'un point de vue psychodynamique, cependant, l'hypocondriaque mène une attaque autodestructrice efficace contre son expérience corporelle : soudain, le schéma corporel vital est transformé négativement et l'expérience de la joie, du plaisir fonctionnel et de l'expression de soi est considérablement réduite. Selon l'auteur, l'hypocondriaque se soumet à l'objet (sur fond d'un conflit inconscient spécifique de rivalité) et lui sacrifie sa vitalité. Cet article retrace en détail cette solution défensive.

**MOTS-CLÉS** : Hypocondrie ; autodestruction ; trouble d'angoisse ; corps.