

Trauma und Versöhnung – Über die Grenzen der Analysierbarkeit*

*Samir Stephanos***

Mein Leben in Deutschland seit 1960, als ein Fremder aus Ägypten, mein nicht selbstverständlicher Integrationsprozeß, auch meine Universitätskarriere wären nicht denkbar ohne die Hilfe mancher meiner Vorgesetzten und Freunde, vor allem nicht ohne den großzügigen Kredit von Toleranz, den Wolfgang Loch mir von Beginn an und zu jeder Zeit eingeräumt hat.

Ich habe Wolfgang Loch Anfang des Jahres 1961 bei einem Besuch der Mitscherlich-Mitarbeiter an der neuropsychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt kennengelernt. Ich suchte ihn einige Monate später auf, denn ich brauchte Orientierung in einer mir sehr fremden Welt. Der eigentliche Grund, mein Land zu verlassen, ob Flucht vor der dortigen Willkür oder Ausdruck des Bedürfnisses, einen Neubeginn zu wagen, war mir noch nicht richtig bewußt. Auch war ich unsicher, ob ich mit Deutschland die richtige Entscheidung getroffen hatte, wäre

* Ich möchte dem Beirat der Stiftung Wolfgang Loch Vorlesung für die Einladung danken, in Tübingen in dem Saal, in dem ich 1971 mein psychoanalytisch-psychosomatisches Behandlungskonzept vorgestellt und die ordentliche Mitgliedschaft bei der DPV erworben habe, die 7. Wolfgang-Loch-Vorlesung zu übernehmen.

** Prof. Dr. med. Samir Stephanos, ordentliches Mitglied der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (Zweig der IPA), emeritierter Lehrstuhlinhaber für Psychosomatische Medizin an der Universität Ulm, arbeitet in Privatpraxis in Ulm. Bücher: *Analytisch-psychosomatische Therapie* (1973), mit F. Lamott: *Seelenverletzung und Körperleid* (1997), *Wiedergefundene Hoffnungen. Vier Frauen im Kampf gegen den Krebs* (1998). Zahlreiche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Vorträge.

mir Frankreich doch durch Tradition und Familie sehr viel näher gewesen. Wolfgang Loch fand in diesem Augenblick die richtigen Worte: »Sie haben diese Emigration gesucht, stehen Sie dazu.« Er versöhnte mich durch diese Äußerung mit meiner Entscheidung.

Ich habe für diesen Anlaß »Trauma und Versöhnung« als Thema gewählt. Meine Grenzen als Theoretiker kenne ich. Mein Wissen nährt sich aus der Praxis, aus meinem Sinn für Eigenheiten und Traditionen verschiedener Kulturen und meiner steten Suche nach der Subjektivität des Menschen im Austausch mit seiner Umwelt.

Gerade meine Patienten in der Psychosomatik konfrontierten mich immer aufs neue mit den verheerenden Auswirkungen der Gewalt, der sie ausgesetzt waren. Die dadurch entstandenen Traumatisierungen bestimmten ihr Leben und sind Auslöser ihrer Störungen und der damit einhergehenden typischen Sprachlosigkeit. Im Umgang mit ihnen mußte ich mich mit den Grenzen der Analysierbarkeit befassen.

Ich entdeckte die Bedeutung der *Versöhnlichkeit* als notwendige innere Haltung und erkannte, daß sie der Garant eigener Unversehrtheit ist – gerade im Strudel der sich ausbreitenden Gewalt, die den Patienten und seine unmittelbaren Bezugspersonen erfaßt. Versöhnlichkeit erweist sich als Ausweg aus dem Teufelskreis der sich wiederholenden Traumatisierungen im Patienten, einem Teufelskreis, dessen Verstrickungen auch uns Therapeuten bedrohen.

Es war Wolfgang Loch, der mir im Laufe unseres Austausches half, mein Verständnis von Trauma und darüber hinaus das von Versöhnlichkeit zu entwickeln, sei es im Konsens oder in Absetzung von einigen seiner Vorstellungen.

Was hat Wolfgang an meiner Arbeit interessiert? Es war wohl die Bedeutung, die ich in meinem Setting jener Übertragungsinstanz eingeräumt hatte, die ich, in Anlehnung an den Begriff von Denise Braunschweig und Michel Fain (1971), *femme amante* genannt habe, für mich das Sinnbild des versöhnlich Weiblichen.

Dabei greife ich auf die *altägyptische Mythologie* zurück, auf Isis, die dem zerstückelten Osiris das Leben wieder gibt. Isis ist in Ägypten die Schlüsselfigur für Versöhnung und erneute Einsetzung der Tradition innerhalb der Generationen. Sie sorgt dafür, die Beziehung zu den Göttern aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen.

Denn die Menschen vergessen sich immer wieder, lassen sich auf Exzesse ein, die Götter wenden sich ab, eine umfassende Sinnkrise entsteht, wie es der Ägyptologe Jan Assmann in seinem Buch (*Stein und Zeit*, 1991) erörtert. Der Bruch mit den Göttern hatte die sich jedes Jahr wiederholende Dürrekatastrophe, das schicksalhafte Trauma Ägyptens zur Folge. Isis interveniert und rettet das Land vor dem Zerfall. Durch ihr Beweinen und ihre Hingabe holt sie den von seinem Bruder Seth getöteten und zerstückelten Osiris, Pharao und Gott zugleich, wieder ins Leben. Eine Handlung der Liebe, die die Versöhnung mit den Göttern herbeiführt, dem Land die Fruchtbarkeit wiedergibt und damit das Schicksalhafte aufhebt. In der Umarmung von Mann und Frau wird Horus gezeugt, Reinkarnation des Osiris, der jetzt im Jenseits ist.

Den »Isis-Mythos« habe ich mir als kulturell-philosophische Grundlage für mein Stationssetting herangezogen. Ein Mythos ist für Wolfgang Loch »ein Erklärungssystem, um in beobachtete Phänomene eine Ordnung zu bringen« (2001, 140).

In meinem *Therapiemodell* habe ich dem *Konzept des versöhnlich Weiblichen* eine wesentliche Bedeutung zugemessen und es in ein Setting umgesetzt, das auf den Instanzen *maternel singulier*, *femme amante* und *père maternel* aufbaut – Begriffe aus der literarischen Welt französischer Philologen und Psychoanalytiker.

Ilse Barande (1977) hat uns mit dem *maternel singulier*, dem einzigartigen Mütterlichen, bekannt gemacht, ein Thema, mit dem sich auch Nicolas Abraham befaßte: das Kind, der Mensch, behält in sich die innere Repräsentanz der Mutter, die ihm schon bei seiner Geburt das Überleben garantiert hat und in ihm als kreatives Potenzial bestehen bleibt, seine Chance zur Regeneration.

Nicolas Abraham formuliert es so: »Die Mutter ist die *créature*, das Geschöpf des Kindes. Das Kind ist die Mutter aller Mütter, all dieser Mütter, die irgendwann verlorengegangen und vom Kind wieder geschaffen, wieder in die Welt gesetzt werden« (1972, zit. n. I. Barande in *Le maternel singulier*, 7).

Nicolas Abraham deckt uns das Geheimnis der Regeneration und des Überlebens auf: In der Krise greift der Mensch auf die innere Mutter zurück, sie belebt ihn seelisch und befähigt ihn zu kreativer Leistung, so überlebt er.

Die *femme amante*, die ihren Mann liebende Frau, ist eng mit dem *maternel singulier* verbunden. Mit Denise Braunschweig und Michel Fain unterstreiche ich, wie wichtig die sich ihrer Weiblichkeit und Sexualität bewußte Frau für die

Entwicklung des Kindes ist, als Modell für Hingabe und zugleich selbstbewußter Präsenz. In Korrespondenz zu dieser Mutter steht der *père maternel*. Er sorgt dafür, daß sich das Kind von der kindlichen Anklammerung an seine Mutter befreit, doch versöhnlich und verantwortungsvoll seine Beziehung zu ihr als Liebesobjekt aufrechterhält.

Die Psychosomatik hat mir einen Ort für mein Experiment mit diesen Konzepten gegeben. In meiner langjährigen Zusammenarbeit mit Pierre Marty im Institut de Psychosomatique in Paris eignete ich mir seine Lehre zur psychosomatischen Störung an und befaßte mich mit den klinischen Eigenarten dieser Patienten, für die Marty (1963, 1990) die Begriffe *pensée opératoire* und *dépression essentielle*, die leere Depression, eingeführt hat. Ersterer Begriff bezeichnet ein mechanistisches, also prä-neurotisches Denken, bei dem es nur Funktionalität gibt. Die Franzosen sprechen von *le factuel*, Phantasien und Gefühle fehlen. Die *dépression essentielle*, die sich von der *pensée opératoire* ableitet, ist ein Zustand von inhaltloser Depressivität und unterscheidet sich von der klassischen Depression.

Für die Behandlung solcher Patienten habe ich in Gießen ein *Stationssetting* organisiert, das auf einem neuartigen Konzept von Teamarbeit basiert. Das Team übernimmt dabei die Rolle der therapeutischen Familie. Marty bezeichnete mein Experiment als provokante Innovation, wobei er von meinem Team als einem »heilenden Milieu« sprach – einem *village de guérison*.

In der Zusammenarbeit des aufeinander eingestimmten Teams können die Belastungen im Kontakt mit dem Patienten besser ausgehalten und kann die richtige Einstellung zu ihm eher gefunden werden. Dieses Setting gibt dem Patienten – wie in einem Psychodrama – die Möglichkeit, sich zwei Übertragungen zu öffnen, die komplementär zueinander stehen: zum einen der mütterlichen Instanz, jener Mutter, die ich zuvor als *femme amante* angesprochen habe, zum anderen der väterlichen Instanz, zum Vater als *père maternel*.

Die Rolle der *femme amante* fiel dabei den speziell ausgebildeten Mitarbeiterinnen zu. Einfühlsam begleiteten sie den Patienten, gewannen sein Vertrauen und halfen ihm, sich in der Identifikation mit ihnen als Teil der therapeutischen Familie zu verstehen. So konnte sich dieser – diskret getragen – meist wohl zum ersten Mal auf eine ödipale Situation einlassen und sich einem *père maternel*, dem Analytiker, öffnen. Vorbild für dieses Szenario war das psychoanalytische Psychodrama von Jean Kestenberg und Robert Barande.

Im Jahre 1979 übernahm ich die Leitung der Abteilung Psychosomatik in Ulm. Ich wurde mit der Herausforderung konfrontiert, Analytiker und gleichzeitig Chefarzt einer Station in der inneren Medizin, mit einem unselektiert-internistischen Patientenkreis, zu sein. Die analytische Begleitung mußte dabei in jedem Fall flexibel und unter Berücksichtigung der somatischen Parameter gestaltet werden.

Unsere Patienten in Ulm waren vorrangig Herz- und Krebskranke, oft in der *pensée opératoire* gefangen. Ein psychischer Zugang zu ihnen war schwierig. Es galt zudem zu vermeiden, in ihnen unnötige emotionale Regungen auszulösen, die sich negativ auf den somatischen Befund hätten auswirken können.

Gerade für diese Patienten entwickelten wir in Anlehnung an Wolfgang Loch eine Variante seiner »Episodenarbeit«. Diese hatte zum Ziel, uns ausgehend von einer Episode in das Vorfeld der sich anbahnenden Desorganisation hineinzu fühlen und dieses krisenhafte Ereignis in der Geschichte des Patienten als *Konstrukt* zu veranschaulichen. So wurden wir auf das Geschehen der *Traumatisierung* vor dem Hintergrund bleibender Spuren von Verletzungen in früher Kindheit aufmerksam.

Der Patient in einer *pensée opératoire* ist in einen Prozeß verstrickt, den ich als »Devalisierung in der Objektbeziehung« bezeichnet habe. In der Nähe zu ihm erlebten alle Teammitglieder eine eigenartige Ambivalenz: zunächst vom Patienten angesprochen, ja angezogen, empfanden wir ihn zugleich – durch seine Anklammerung – auch als störend und bedrohlich, als würde er sich an uns vergreifen. Ein anhaltendes Unbehagen, ein Gefühl, der Patient erstickte uns, trennte uns von eigenen Phantasien, lähmte uns geradezu.

Ich spreche von einem »sentiment d'étrangeté« (Jacques Berque), einem Gefühl der Befremdung, das wir noch deutlicher verspüren, wenn der Patient – nach diesem scheinbaren Klammern – den Kontakt unvermittelt abbricht und unerreichbar wird für jegliche Ansprache. Der Therapeut hält die Spannung kaum aus, seine Gegenübertragung ist durch die *Deprivation* seines Patienten erheblich belastet. Er vermißt das Leben, das Belebende.

Wo war die Lösung? Wir fanden sie in der Episodenkonferenz. Hier möchte ich mich bei Gemma Jappe besonders bedanken. Sie war oft Gast bei uns, und in engem Kontakt mit ihr gelang es uns, diese Konferenz zu strukturieren.

In der *Episodenkonferenz* wurde über den Patienten berichtet. Die Mitglieder des Teams trugen eine Episode, ein anscheinend banales Ereignis in der Begeg-

nung mit dem Patienten, vor. Sie widerstanden der Verführung des Schweigens, der Sprachlosigkeit des Patienten, sie brachten eigene Einfälle ein und überließen sich der »imaginativen Ausschweifung«. Diese Konferenzen dienten dazu, eine erste Skizze der traumatischen Situation, in der der Patient steckte, zu erarbeiten. Gelang es dann, auch mit ihm über diese, ihn verletzenden Ereignisse zu sprechen, konnte er dazu bewogen werden, den Dialog mit seinen Therapeuten aufzunehmen.

Im Mythos wendet sich Isis ihrem Mann voller Hingabe zu. Sie ordnet »Zerstücktes« und Verletzendes und gibt ihm das Leben wieder. Der von seiner Krankheit angegriffene Patient findet im Kontakt mit dem sich für ihn einsetzenden Team innere Kraft, er trifft auf Zuhörer, die in sein Chaos Ordnung bringen. Der emotional »Aufgelöste« spürt Vertrauen in sich aufkommen. Er erwacht psychisch, die bisher verschütteten guten Erinnerungen leben wieder auf. Und diesen Rest von Gutem – das Kleinkindparadies in jedem von uns –, die *libidinösen Inseln* wieder zu wecken, ist das zentrale Anliegen meines Ansatzes.

Wolfgang Loch hat uns als Mentor bis zu seinem Tod 1995 begleitet. Schon bei meiner ersten Begegnung mit ihm imponierte mir seine Erscheinung, eine Mischung aus Einfachheit, Eleganz und Souveränität. Korrekt, konservativ gekleidet, meist in Grau, seiner Lieblingsfarbe, immer mit Hosenträgern als persönlicher Note. Ich mochte besonders die »simplicité«, mit der er Kontakt zu anderen anzuknüpfen verstand. Sein Gast, sein Zuhörer, wohl auch sein Patient, alle waren von der Authentizität seiner Persönlichkeit beeindruckt, dabei gab seine Discretion der in ihm angelegten Autorität ihre besondere Prägung. Wolfgang Loch in Aktion zu erleben, frei von dem perfektionistischen Zwang, welcher seine Schriften auszeichnet, hat uns, wie ich heute erkenne, zu einem wichtigen Aspekt seiner Behandlungskunst geführt: zu der in ihm angelegten Eigenschaft, versöhnlich zu sein – und das gerade im Umgang mit dem Bösen im Schicksal traumatisierter Patienten.

In den Episodenkonferenzen plädierte Wolfgang Loch stets für die Wahrnehmung der Gegenübertragung als Ausgangspunkt zum Verstehen des Falles. Dies half mir zu erkennen, wie der Patient die Devitalisierung auf den Therapeuten projiziert und wie dieser automatisch in den traumatisierenden Prozeß verstrickt wird. In der Nähe seines traumatisierten Patienten werden im Therapeuten

eigene, früher erlittene Traumata reaktiviert. Ich habe mit Wolfgangs Unterstützung gelernt, diese Anteile in mir wahrzunehmen, mich meinem aufkommenden Konflikt mit mir selbst – ich würde es eine Gefahr der inneren Verblutung nennen – zu stellen. Diese Einsicht hilft mir, den Patienten, Opfer und Aggressor zugleich, auszuhalten und versöhnlich zu bleiben.

Wolfgang regte uns immer zu Einfällen an, er belebte unser Team durch aufmerksames Zuhören. Er verfügte über ein inneres Feuer, hörbar in seiner Stimme, er vermied zu viel Theoretisches, seine Interventionen waren oft knapp, kurz gefaßt. Er besaß eine besondere deklamatorische Begabung. Seine Hände untermalten seinen Diskurs. Wir diskutierten, Votum folgte auf Votum, der »Dirigent« sorgte für die Kontinuität des Denkprozesses, Details setzten sich zu einem ersten Entwurf zusammen. Durch die kreative Arbeit, die wir so leisteten, schufen wir uns den Raum, den wir dann unseren Patienten zur Verfügung stellen konnten.

In meinen Augen war Wolfgang Loch der Inbegriff des *père maternel*. Mit ihm verbinde ich den Begriff *la tendresse raisonnable* des französischen Philosophen Blaise Pascal, die vernünftige Zärtlichkeit, eine äußerst anspruchsvolle Forderung, die der Philosoph an den verantwortungsvollen Menschen stellt. Ich zitiere Pascal: »Sie besteht darin, daß wir an allem, was unseren Freunden zustoßt, auf jede Weise teilnehmen, die die Vernunft vorschreibt, auf Kosten [...] unserer Bequemlichkeit, unserer Freiheit.« (Zit. n. Stephanos/Auhagen (1977) aus Pascal-Perier (1947))

In unseren Seminaren kam es nicht selten zu heftigen Debatten. Ich erinnere mich an eine Intervention von Wolfgang Loch in einem besonders schwierigen Fall, bei einer jungen Leukämie-Patientin mit einem anorektischen Syndrom. Das Protokoll stammt von 1986. Die Unklarheit ihres Krankheitsbildes und die diagnostische Einordnung beschäftigten uns. Wolfgang intervenierte: »Der Zustand der Patientin ist höchst bedrohlich, um *sie* geht es. Die Kontroversen, gut, es gibt sie. Nun, alle Wege führen nach Rom.« Diese Worte halfen den Teammitgliedern, sich ihrer Verstrickung in die Deprivation der Patientin bewußt zu werden. Sie hatten Schulkonzepte, psychosomatische Störung kontra Neurosen, diskutiert, wurden aber davon abgehalten, sich mit der Realität des Schicksals ihrer traumatisierten Patientin zu befassen. Jetzt erst lud der Weg für eine Konstruktion der Lebensgeschichte zu seiner Begehung ein.

Nach meiner Emeritierung endete mein Experiment mit diesem Stationsmodell. Wie ging es weiter? Mein Interesse richtete sich auch in der Folge auf traumatisierte Patienten, aber es war nicht leicht, mich in meiner Sprechstunde, allein, ohne Team, mit ihnen zu befassen. Ausgehend von meinem stationären Modell entwickelte ich jeweils entsprechende Varianten.

Die Station – sprich meine therapeutische Familie – lebt in mir fort und steuert mein therapeutisches Handeln. Sie ist der Ort meiner Inspiration geblieben. Sie gehört zu meinem *maternel singulier*, ein inneres Szenarium, auf das ich in der Gefahr der ansteckenden Devitalisierung zurückgreifen kann.

Ein Fall aus meiner Praxis, die Patientin *Regina*, soll exemplarisch den Interaktionsprozeß in der Begegnung Analytiker/devitalisierter Patient mit einzelnen, signifikanten Sequenzen veranschaulichen. Reginas Fall bietet eine klinische Entität, die dem entspricht, was Pierre Marty als *névrose de caractère mal organisée* oder *non mentalisée* bezeichnet hat. Er beschreibt die charakterneurotische Struktur, die er von den Neurosen abgrenzt und als *structure mosaïque* bezeichnet. Marty vertritt die Meinung, daß bei solchen Patienten motorische Aktivität und Verhaltensstörungen vorherrschen und automatisiert sind, sie sind in der *dépression essentielle* gefangen. Regina ist seit Januar 2005 in meiner Behandlung und kommt zweimal pro Woche.

Sie ist eine 37-jährige Frau, Friseurmeisterin. Sie kann nicht ruhig sitzen, sie rutscht in ihrem Sessel hin und her. Ihre Jeans und ihre Bluse sind verknittert und voller Löcher. Ihr Gesicht, ausdruckslos, strahlt keinen Charme aus. Habe ich eine leblose Puppe vor mir? Nervöse Gesten und Zuckungen verraten die intensive innere Unruhe, die sie in sich birgt. Für kurze Augenblicke schaut sie zu mir, dann lese ich in ihren Augen Desorientierung und Überforderung.

Auf meine Intervention hin, »ich sehe, Ihnen geht es nicht gut«, fängt sie sich und spult dann ihre Beschwerden herunter: vielerlei Allergien, Juckreiz, Rötungen und Schwellungen an Gesicht und Händen, trockener Husten, Myalgien am ganzen Körper, Fieberanfälle bis 39 Grad mit Schüttelfrost, auch Schlaflosigkeit. Die Beschwerden seien in den letzten Jahren schleichend aufgetreten und hatten sich im Dezember 2004, kurz nach ihrer Eheschließung, akut verstärkt, so schlimm, daß eine mögliche Vergiftung durch kosmetische Stoffe vermutet wurde.

Seit Wochen verbringe sie die meiste Zeit zu Hause, laufe mehrmals am Tag ein bis zwei Stunden mit ihrem Hund durch den Wald, ziellos, getrieben bis zur Erschöpfung. Ich erkundige mich nach ihrem Friseursalon und ihren Bezugspersonen. Sie habe ihr Geschäft im November 2004 verkauft. Zu ihrer Mutter und zu ihrem Bruder Roland,

ein Jahr jünger als sie, habe sie vor drei Jahren jeden Kontakt abgebrochen. Beide hätten sie immer bestimmen wollen. Ihren Vater kenne sie nicht, sie war 7 Jahre alt, als er verschwand. Ihren Mann hat sie vor 10 Jahren kennengelernt, von Beruf ist er Wirtschaftsingenieur, seit 3 Jahren arbeitet er als Kinesiologe, er hängt an ihr.

Mir fällt die farblose Darstellung ohne sichtbar emotionalen Hintergrund auf. Ich bin mir bald meiner Befremdung, meines *sentiment d'étrangeté*, bewußt. Ich sehe von der Monotonie ihrer Darstellungen, von ihrer Redeflut ab. Ich suche den roten Faden. Bald bietet er sich durch eine Episode an, von der Regina jetzt scheinbar ganz nebenbei berichtet.

Nach längerem Schweigen fährt die Patientin fort: Motorradfahren sei ihr Hobby gewesen, Geschwindigkeit ein Rausch für sie. Heute fahre sie weder Motorrad noch Auto. Nochmals Schweigen. Wieder folgt eine monotone Aufzählung von Beschwerden. Zusammenhanglos erwähnt sie, ihr Bruder habe vor sechs Jahren einen schweren Motorradunfall erlitten. In diesem Augenblick registriere ich eine Anspannung in ihrem Gesicht. Ich frage nach dem Unfall, keine Antwort. Nach einer Weile sagt sie: »Er hat einen alten Mann totgefahren und war selbst sehr schwer verletzt.« Ihr Ton wirkt abgehackt und kommt mir feindselig vor. Blick auf die Uhr. »Ich muß gehen.« Sie eilt hektisch zur Tür.

Eine Woche später ist sie wieder bei mir. Der Unfall ihres Bruders hatte meine Aufmerksamkeit geweckt – während ihres Gesprächs mit mir sei ihr dieser Unfall blitzartig in den Sinn gekommen, aber sie wollte sich nicht damit befassen.

In meiner Klausur rekonstruiere ich: Der Unfall geschah im August 1999, im November darauf hatte sie den Einzug in das von ihrem künftigen Mann Klaus gerade gebaute Haus in einem nahe gelegenen Dorf geplant. Bisher hatte sie in ihrer eigenen Wohnung gelebt. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Unfall des Bruders und ihrer Absicht, in Klaus' Haus einzuziehen?

Ich taste mich vor: »Sie haben mir von dem Unfall Ihres Bruders erzählt, was ist geschehen?« Sie zögert, dann: »Mein Bruder ... ich will von ihm nichts wissen ... Ich mußte mich mein Leben lang um ihn kümmern. Er war schwierig, anhänglich, aggressiv. Mit elf Jahren wurde er wegen seiner Ausbrüche von einem Psychiater behandelt. Er provozierte immer Schlägereien mit anderen Kindern, wurde manchmal schwer verprügelt. Ich war dabei, schaute zu, eigentlich ließ es mich kalt. Trotzdem mußte ich immer eingreifen und Ordnung schaffen, da ich wußte, meine Mutter erwartete das von mir.« Pause.

Hat mir die Patientin irgendein Signal gegeben? Hat sie eine kleine Tür geöffnet, um mir den Einblick in ihre innere Welt zu erlauben? Jetzt kommen ihr zärtliche Erinnerungen, eine unterdrückte Nostalgie, in den Sinn.

»Mit 24 hatte ich zwei Jahre lang einen Freund, einen 46-jährigen Italiener, Franco, ein Friseurmeister. Mein Bruder war dagegen. Seinetwegen habe ich mich von ihm getrennt. Franco hatte einen Sohn, Fabio, den er mir anvertraut hatte, er war damals 9 Monate alt. Beide habe ich seitdem nicht mehr gesehen.«

Ich sage: »Der Unfall Ihres Bruders war für Sie ein schwerer Schock. Es hat sie wohl aus der Bahn geworfen.«

Es wird für einen Moment still. Sie fährt fort: »Ich erzählte meinem Bruder, daß ich zu Klaus ziehen wollte, das paßte ihm überhaupt nicht. Ich hielt trotzdem zu Klaus, das machte Roland wütend. Dann überraschte er mich. Er wollte zu seinem 30. Geburtstag mit Klaus und mir einen Wochenend-Motorradausflug machen. Zuerst sagte ich zu, doch in letzter Minute habe ich es mir anders überlegt. Roland war außer sich, doch dann war er damit einverstanden, mit Klaus allein zu fahren.

Regina stockte: »Sonntag früh, an seinem Geburtstag, passierte es. Mein Bruder hatte sich die ganze Zeit ein paar Meter hinter Klaus gehalten, dann fing er völlig ohne Grund an zu rasen und prallte gegen einen 70-jährigen Passanten, der auf der Stelle starb. Roland erlitt viele Brüche. Er ist ein Invalide geblieben, ein Wrack, körperlich und seelisch. Er läßt sich gehen, ist total verkommen.«

In ihrem Gesicht lese ich in diesem Augenblick eine deutliche Verachtung für den Bruder.

Regina ist sich offenbar nicht bewußt, daß ihre Absage für den Unfall mit ausschlaggebend war. Hat sie, als sie in letzter Minute den Ausflug absagte, ihrem Bruder mit ihrem »Nein« zum ersten Mal Grenzen setzen wollen? Vermutlich wurde sie in diesem Augenblick von Angst befallen und daraufhin unkontrolliert von aggressiven Impulsen überrollt. Sie schickte die zwei Männer weg, überließ sie sich selbst.

Ihr Bruder verbrachte zwei Jahre in Krankenhäusern. Sie hat sich in dieser Zeit von ihm, aber auch gleichzeitig von ihrer Mutter, endgültig getrennt. Ihr wohl erstes Nein an den Bruder hatte zur Konsequenz, in diesem eine primär-prozeßhafte Gewalt auszulösen. Die Revolte gegen ihren Bruder wandte sich gegen sie selbst, die Befreiung scheiterte. Regina wurde von der Gewalt eingeholt, jetzt selbst Opfer ihres Neins. Ihre Pseudofassade von Normalität, ihre mecha-

nistische Abwehr im Sinne von Pierre Marty, bröckelte im Laufe der folgenden sechs Jahre zunehmend ab.

Sie heiratete im Dezember 2004, ein weiteres Nein an ihre Ursprungsfamilie. Ihr Zustand verschlechterte sich daraufhin akut. Devitalisiert stagniert sie heute in stumpfer Erregung und somatischen Komplikationen.

Gibt es bei der Episode im Erstinterview zum Unfall einen Zusammenhang mit der These von Michel de M'Uzan (1976, 2002) zum *systeme paradoxal*, zum angelegten Determinismus, der dem Patienten selbst unbewußt ist, welcher sich aber unter Umständen im Laufe einer Sitzung als Signal bemerkbar macht? Da treffen Gedanken und Aussagen des Patienten, seine *pensées paradoxales*, zusammen mit Einfällen des Analytikers, seinen – so Michel de M'Uzan – *idées paradoxales*.

Die Episode, die Regina »zufällig« oder beiläufig erzählte, könnte als Signal verstanden werden, das sie unbewußt an ihren Therapeuten gab. Ich nahm diese Episode wahr und entwarf für mich eine Hypothese zur perversen sado-masochistischen Beziehung Bruder/Patientin bzw. Mutter/Patientin.

In der darauf folgenden Stunde wirkt Regina euphorisch aufgekratzt: »Also ist es nicht meine Ehe, die mich krank gemacht hat, wie es die Psychotherapeuten behauptet haben. Sie meinen, es sei der Unfall meines Bruders.« Sie scheint entlastet zu sein: »Sie sagen mir völlig neue Dinge. Ich möchte, daß Sie erzählen, ich will hören, ich will lernen. Niemand sonst spricht mit mir.«

Es folgen Stunden, mit dem gleichen Ablauf, kurze Berichte über ihre Beschwerden, relativ bald kommt ihr der stereotype Satz über die Lippen: »Erzählen Sie, ich möchte hören.« Der Druck, den sie ausübt, belastet mich, zugleich realisiere ich, wie wichtig es ihr ist, daß ich erzähle und nicht schweige. Ich höre zu, greife manche karge Mitteilung auf, erstelle Hypothesen. Dabei orientiere ich mich an kleinen Details aus ihrem Leben, an Bruchstücken aus ihrer Jugend.

Ihren Vater hat sie kaum gekannt, ihre Mutter, die launisch, unberechenbar und dominant war, hatte nur Augen für den Sohn; dieser wurde verzogen und in der Folge tyrannisch. So wie Isis die verstreuten Körperteile des Osiris zusammensetzte, reihe ich nun alle Teile passend aneinander und skizziere so ein genaueres Bild meiner Patientin. Ausgehend von meiner Konstruktion erfinde ich für sie die Geschichte eines Mädchens, das zu Hause keine Liebe erfuhr: die Tochter hat keinen Vater gehabt, der ihr zur Seite stand; sie fühlte sich gegenüber den Kindern des Dorfes benachteiligt; das Mädchen, isoliert und verbittert, hatte sich im tiefsten Inneren gewünscht, ein

richtiges Zuhause zu haben, Eltern, die es umsorgen und lieb haben. Sie wartete und hoffte.

Regina hört immer angespannt zu, dabei ist sie bereits involviert und damit motiviert, weitere Details aus ihrem Leben zu erwähnen, die mir mehr Stoff für meine Konstruktion geben.

Wie kann der Analytiker seinem Patienten die von ihm erarbeitete Hypothese vermitteln? Wenn sich die Kommunikation als schwierig erweist, bevorzuge ich wie in Reginas Fall einen Weg, der sich in meiner Praxis bewährt hat. Ich spreche hier von der *fiktiven Erzählung*. Ich biete dabei dem Patienten eine fiktive, von mir konstruierte Erzählung, die sein persönliches Drama mit seinem Milieu wiedergeben soll. Der Protagonist dieser Geschichte teilt mit dem Patienten ein ähnliches Schicksal, ist selbst Opfer von Gewalt und Traumatisierungen.

In diesem »Psycho-Drama« kann sich der Patient wiedererkennen, allerdings aus einer ihn schützenden Distanz. Die Erzählung kann ihn in ihrem narrativen Stil nicht aufs neue traumatisieren. Der Patient ist vom Erzählten beeindruckt. Er realisiert, daß sein Analytiker ihn versteht. Der Dialog mit ihm ist angebahnt.

Ein Traum, acht Monate nach Behandlungsbeginn, stellt eine Wende dar: Regina ist in einem Hotel, in einem Aufzug, der nach oben fährt, sie sucht fieberhaft einen Schlüssel. Hochfahren, Ausdruck ihrer motorischen Aktivität, bedeutet vielleicht diesmal nicht wie sonst in den Leerlauf hinein. Sucht sie nun, weil sie dabei ist, mich »hineinzulassen«, einen Schlüssel zu ihrer Gefühlswelt?

Einen Monat später überraschte mich Regina mit einer Neuigkeit. Sie hatte die Adresse ihrer Großmutter väterlicherseits recherchiert, diese in einer benachbarten Stadt gefunden, die alte Dame angerufen und besucht. Die 80-jährige Frau ist gerührt und glücklich, nach gut 30 Jahren ihre Enkelin wieder zu sehen. Regina war sieben Jahre alt, als die Beziehung zu den Großeltern im Zusammenhang mit dem Auszug ihres Vaters abbrach. Sucht Regina über die Großmutter jetzt ihren Vater, deren einziges Kind?

Reginas nächster Traum führt uns in die sich abzeichnende Übertragung zu mir als *père maternel*. Ihr Großvater väterlicherseits, den sie ebenfalls seit ihrem siebten Lebensjahr nicht mehr gesehen hat (er war vor ca. fünf Jahren gestorben), arbeitet für sie in ihrem früheren Friseursalon, er putzt und schrubbt den Boden. Er lehnt sich an ihre Schulter, was ihr ein angenehmes Gefühl gibt. Sie erinnert sich, daß ihr Großvater bei seinen Besuchen immer sehr nett zu ihr war und ihr Märchen erzählte.

Die Therapie gewinnt eine neue Qualität. Die Patientin wirkt lebhafter, selbstsicherer: einerseits wie eine Jugendliche in ihrer Begeisterung, andererseits eine

erwachsene Frau in ihrer Art, sich ernsthaft mit ihrer Lebensgeschichte zu befassen. Die Grenzen zur Analysierbarkeit sind durchlässig geworden. Regina hat sich mit der fiktiven Erzählung identifiziert. Beeindruckt – fast möchte ich sagen verführt –, hat sie sich nun auf den psychischen Prozeß eingelassen.

Jean Laplanche (1989) bezeichnete die diskrete Verführung durch die Mutter im Umgang mit ihrem Säugling als *mouvement fondateur*, eine »grundlegende Bewegung«, die er in seiner »allgemeinen Theorie der Verführung« genauer erörtert. In einem gewissen Maß trage die Verführung in einer Therapie ebenfalls zur psychosexuellen Entwicklung bei, vorausgesetzt, der Therapeut übernehme die Verantwortung und halte die Grenzen ein. Nach Michel de M'Uzan ein gewagtes Unternehmen, auch wenn er es befürwortet. Er spricht von einer *politique de bord du gouffre*, einer Politik am Rande des Abgrundes.

Regina beschäftigt sich weiterhin mit ihrem Schicksal: Warum haben ihre Mutter und ihr Bruder sie über die Jahre manipuliert, ausgebeutet? Warum hat sie alles mit sich »machen lassen«? Mit 31 spürte sie einen Impuls, gegen ihre Mutter zu rebellieren; diese störte sie bei der Arbeit in ihrem Friseursalon. Könnte sie ihr das Betreten des Salons verbieten? Zu dieser Zeit bekam Regina schwere vaginale Blutungen, es wurden ein Cervixkarzinom und Myome diagnostiziert und entsprechend behandelt. Hatte Regina sich darüber Gedanken gemacht, ob sie eines Tages selbst Mutter sein würde? Im gleichen Jahr, einige Monate später, ereignete sich der Unfall des Bruders.

Mit großem Affekt kommt sie auf einen Unfall zu sprechen, den sie mit anderthalb Jahren erlitt. Sie war drei Meter tief vom Balkon gefallen und wurde erst ein paar Stunden später von Nachbarn bewußtlos daliegend gefunden. Regina mußte acht Wochen lang mit einem Schädelbasisbruch auf der Intensivstation zubringen. Sie kommentiert: »Hätte nur meine Mutter besser auf mich aufgepaßt! Aber mein Bruder war ihre einzige Sorge!«

Einige Wochen darauf berichtet sie über ein Ereignis aus ihrem sechsten Lebensjahr. Sie erinnert sich an eine Szene, wie sie und ihr Bruder im Dorf spazierengingen, am Haus der Nachbarn vorbei, deren 14-jährige Tochter als Babysitter für sie fungierte. Die Tür war offen, die Kinder traten ein. Das Mädchen lag im Bett, neben ihr ein Baby, das Mädchen wirkte erschrocken. Regina und ihr Bruder eilten nach Hause. Regina erzählte ihrer Mutter, was sie gesehen hatten. Diese reagierte mit einem heftigen Wutausbruch, beschimpfte Regina mit harten Worten und erteilte ihr auf der Stelle das Verbot, die Nachbarn zu besuchen. Regina wurde plötzlich von einem Zitteranfall gepackt, verspürte einen heftigen Druck in ihrem Bauch, sie konnte kein Wort sagen. Eisiges Schweigen der Mutter, sie ließ Regina allein im Wohnraum. Später hörte sie, wie ihre Mutter ihrer Schwester sagte, dieses Baby sei das Kind ihres Mannes, der

dabei war, das Dorf zu verlassen. Reginas Vater erschien von einem Tag zum anderen nicht mehr, er war aus ihrem Leben verschwunden. Reginas Welt war zusammengebrochen, ihre libidinösen Inseln verschüttet. Sogar die Großeltern zogen in eine andere Stadt.

Das Trauma, das Regina damals erlitt, hatte verheerende Auswirkungen, auch auf ihre psychosexuelle Entwicklung. Sie verfiel in einen primären depressiven Zustand.

Nach und nach reorganisierte sie sich mit Hilfe eines Mechanismus, für den Michel de M'Uzan (2003) den Begriff *disjonction* eingeführt hat, gemeint ist ein Entweder-oder-System. Dabei verbot sich die Patientin den einen möglichen Weg, und zwar das Ausleben ihrer Triebwelt, in erster Linie ihrer Aggressionen. Sie verharnte in der zweiten Möglichkeit, passiv in einem Leben auf Sparflamme, psychisch reduziert, angepasst und abhängig. Sie tat alles, was die Mutter von ihr verlangte, betreute den Bruder und kümmerte sich um den Haushalt.

Das System funktionierte so lange, bis sie sich in dem in ihr aufkommenden Bedürfnis, sich zu befreien, dazu verleiten ließ, doch offensiv zu sein und ihre Aggressionen auszuleben. Dadurch beschwor sie den Terror, den sie damals mit ihrer Mutter erlebt hatte, aufs Neue herauf – den Terror, der in ihr als anhaltende traumatische Erfahrung verankert blieb.

Jetzt überblicken wir die Kette von Traumatisierungen, die die Abwehr der Patientin immer aufs neue erschüttert haben. Der Fall in die Desorganisation war programmiert. Dieses traumatisierende Schicksal bedeutet für mich in Anlehnung an Samuel Beckett das »Schlimme« (1983, bei P. Casanova, 1997, 19). Jeder Analytiker muß sich in »das Schlimme«, das dem Patienten zugestoßen ist, so weit einfühlen, daß er Einsicht in den erbarmungslosen Ablauf dieser verletzenden Ereignisse gewinnt. Er führt sich diesen schrecklichen automatisierten Ablauf vor Augen, ganz im Sinne von Becketts »some-how«, irgendwie, so gut es eben geht. Beckett bezeichnet den Höhepunkt des Schlimmen als »no-how«, eine schwer übersetzbare Wortfindung des Autors, wortwörtlich »nirgendwie«, was aber besagt: »die-Negation-des-Irgend-wie«; für uns ist es der Zustand, in dem der schwer traumatisierte Patient, gefangen in seiner malignen Isolierung und devitalisiert, nicht mehr kreativ handeln kann. Und uns, selbst verstrickt in diese schreckliche Not, fehlen die Worte, um sie zu beschreiben.

Der Analytiker realisiert die Tiefe des Abgrundes. Er sucht einen Ausweg, um zur Kreativität zurückzufinden. Seine Skizze stellt das Schlimme dar, doch

zugleich deckt sie die Bedürfnisse des Patienten auf, die Sehnsüchte, die in dessen früher Kindheit ihren Ursprung haben. Auf diese Weise findet der Analytiker zu sich selbst und zu seinem Patienten.

So löst sich seinerseits der traumatisierte Patient im Kontakt mit seinem Analytiker langsam, für sich selbst unmerklich, von seinem mechanistischen Denken. Jetzt ist er begleitet, er hat einen Gesprächspartner. Mit der Zeit findet er sogar Worte, um über das Ausmaß des Schlimmen in seinem Schicksal zu berichten. Dadurch öffnet sich für ihn die Möglichkeit, sich mit sich selbst zu versöhnen, und er realisiert: »So ist der Ablauf der Ereignisse gewesen, die mein Leben infrage gestellt haben, mein Zusammenbruch ist verständlich.« Diese Einsicht, die er mit seinem Analytiker teilt, befreit ihn von seinem Alptraum, der Unvermeidlichkeit des Scheiterns. Jetzt endlich ist der Patient in der Lage, für sein Leben und seine Konflikte die Verantwortung zu übernehmen.

Und Regina? Sie kann jetzt in ihrer Übertragungsbeziehung zum *père maternel* die in Krisensituationen jederzeit mögliche Reaktivierung des Terrors in sich besser abfangen. Sie reagiert sogar mit mehr Gelassenheit und Verständnis auf Annäherungsversuche von Mutter und Bruder. Eine Vision von Versöhnlichkeit zeichnet sich ab.

Mit einer Passage aus *Warten auf Godot* von Samuel Beckett möchte ich abschließend den Prozeß der Absetzung vom scheinbar unabänderlich Vorgegebenen und damit der Versöhnung in literarischer Weise anschaulich machen:

Zwei Protagonisten:

Estragon (wieder einmal resigniert): »*Nichts zu machen!*«

Vladimir: »*Ich fange an, es zu glauben. Ich habe mich über längere Zeit gegen diesen Gedanken gewehrt, ich sagte zu mir selbst, Vladimir sei vernünftig, du hast noch nicht alles probiert, und ich nahm den Kampf wieder auf.*« (1952, 1953)

Nichts zu machen, was dasselbe ist wie immer wieder stereotyp den sterilen Kampf aufzunehmen, ist bei beiden Protagonisten Ausdruck des Absurden, letztlich des Scheiterns, vor dem sie sich nicht retten können. Gibt es einen Ausweg? Erst die Einsicht in das Schlimme, nämlich die eigene Verstrickung in Wiederholungen und die Erkenntnis, daß ein solches Leben einem programmierten Mechanismus folgt, gibt den Anstoß dazu, Abstand von dem leeren Ablauf zu nehmen und sich für Kreatives zu öffnen.

Der Schriftsteller tut es selbst, indem er das Absurde schonungslos offenlegt. Mit der Darstellung seiner Protagonisten Estragon und Vladimir, d. h. mit seinem kreativen Werk, setzt er sich von der Absurdität ab. Dadurch öffnet er sich seiner Umwelt gegenüber versöhnlich – »Wieder gefundene Hoffnungen!«.

Der Analytiker wird herausgefordert, sich von dem Schlimmen, dem Unbeschreiblichen, abzusetzen und jenseits der Traumata das Menschliche im Patienten zu erfassen. Die Konstruktion, zu der er sich durchringt, vermittelt ihm selbst Struktur und Ordnung. Sie bedeutet einen Sieg über die »Realität der Unordnung«, über das »Chaos« im Patienten.

Ich sehe Wolfgang Loch noch immer vor mir, am Ende eines Seminars. Er sagte: »Wir haben gute Arbeit geleistet«, und er wirkte zufrieden. Ich: »Du hast uns viel beigebracht.« – Er: »So wichtig bin ich nicht.« Eine Abschiedsgeste mit der Hand, er eilte zu seinem vertrauten Mercedes. Seine versöhnliche Haltung hinterließ mir immer einen nachhaltigen Eindruck. Ist nicht erst die Versöhnlichkeit mit uns selbst die Voraussetzung zur therapeutischen Arbeit mit dem Patienten? Versöhnlichkeit, die über alle Kontroversen hinweg den Konsens ermöglicht? Führen uns nicht alle Wege nach Rom?

Zusammenfassung

Diese Arbeit befaßt sich mit dem Schicksal von Menschen, die in ihrem Leben seit frühester Kindheit psychische Traumatisierungen erlitten haben. Deren Kumulation führt bei diesen prädisponierten Patienten zum Zusammenbruch der bis dahin gültigen charakterneurotischen Abwehr. Infolgedessen geraten sie in einen Zustand von »dépression essentielle« (Pierre Marty), von leerer Depression, isoliert und unversöhnlich ihrer Umwelt gegenüber. Der Autor erörtert seine psychosomatischen Thesen, die sich an die Pariser Schule von Pierre Marty anlehnen. Zur Behandlung solcher Patienten beschreibt er sein analytisch-psychosomatisches Stationsmodell, dessen Herzstück das Therapeutenteam darstellt. Ferner stellt es eine ambulante Variante seines stationären Settings für die Behandlung von traumatisierten Patienten dar. Sie baut auf Episodenarbeit und sukzessiver Konstruktion der Lebensgeschichte auf. Der Autor setzt die fiktive Erzählung zur Vermittlung seiner Hypothesen ein. Der Heilungsprozeß beginnt mit der Anerkennung des »Schlimmen« (Samuel Beckett). Das Ziel ist die Ver-

söhnung des Patienten mit sich selbst und seinen Objekten, die sich zuerst in der eigenen inneren Welt des Therapeuten vollziehen muß.

Summary

Trauma and Reconciliation – On the Limits of Analysability

This paper engages with the fate of people who have suffered traumata from their earliest childhood. The accumulation of these traumata leads to the collapse of their character-neurotic defences. Consequently, they fall into a state of »dépression essentielle« (Pierre Marty), of vital depression, isolated and irreconcilable towards their environment.

The author discusses his psychosomatic hypotheses, which are based upon the Paris School of psychosomatics. For the treatment of these patients he describes his analytic-psychosomatic model ward, at the heart of which lies the therapeutic team. Further, he presents an ambulatory variation of the ward-setting for the treatment of traumatised patients. This is structured around episode work and the successive construction of the patient's life-history. The author uses fictitious narration to communicate his hypotheses to the patient. The healing process begins with the recognition of the »bad« (Samuel Beckett) and its aim is the reconciliation of the patient with himself or herself and his or her objects, which has to take place first of all in the therapist's own inner world.

Literatur

- Abraham, N. (1972): *Parentèmes*. In: *L'instinct filial*. Paris: Denoel.
Assmann, J. (1991): *Stein und Zeit*. München: Fink.
Barande, I. (1977): *Le maternel singulier*. Paris: Editions Aubier Montaigne.
— (1984): Das einzigartig Mütterliche. In: *Jahrb. Psychoanal.* 16, 73–93.
Beckett, S. (1952): *En attendant Godot*. Paris: Minuit.
— (1953): *Warten auf Godot*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
— (1983): *Worstward ho*, Prosatext. London: Calder.
Berque, J. (1970): *L'Orient second*. Paris: Editions Gallimard.
Braunschweig, D./Fain, M. (1971): *Éros et Antéros*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
Casanova, P. (1997): *Beckett l'abstracteur*. Paris: Editions du Seuil.
De M'Uzan, M. (1994 [1977]): Contre-transfert et système paradoxal. In: *Rev. Fr. Psychanal.* XL, 2, et in *De l'art à la mort*, Paris: Ed. Gallimard.
— (2003): La séance analytique. In: *Rev. Fr. Psychanal.* 2.

- Laplanche, J. (1989): *Nouveaux fondements pour la psychoanalyse*. Paris: PUF.
- Loch, W. (1993): *Deutungs-Kunst*. Tübingen: edition diskord.
- (2001): *Mit Freud über Freud hinaus*. Tübingen: edition diskord.
- Marty, P. (1990): *La psychosomatique de l'adulte*. Paris: PUF.
- Marty, P./De M'Uzan, M./David, C. (1994 [1963]): *L'investigation psychosomatique*. Paris: PUF.
- Plaum, F.G./Stephanos, S. (1979): Die klassischen psychoanalytischen Konzepte der Psychosomatik und ihre Beziehungen zum Konzept der pensée opératoire. In: *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, hg. von Th. v. Uexküll, 203–216. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stephanos, S. (1973): *Analytisch-Psychosomatische Therapie*. Bern: Huber.
- (1975): The Object Relations of the Psychosomatic Patient. In: *British Journal of Medical Psychology* 48, 257–266.
- (1978): Sexualobjekt, libidinöses Objekt und Übertragungsprozeß. In: *Jahrb. Psychoanal.* 10, 111–134.
- (1978): Analytisch-psychosomatisches Setting zur Behandlung internistischer Erkrankungen. In: *Therapiewoche* 28, 8097–8115.
- (1979): Das Konzept der pensée opératoire und das psychosomatische Phänomen. In: *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, hg. von Th. v. Uexküll, 217–241. München: Urban & Schwarzenberg.
- (1979): Objektpsychologisches Modell auf der Basis der französischen psychoanalytisch-psychosomatischen Konzepte. In: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 9, Psychosomatische Medizin*, hg. von P. Hahn, 162–181. Zürich: Kindler-Verlag.
- (1979): Theorie und Praxis der analytisch-psychosomatischen Therapie (Ergebnisse eines experimentellen stationären Behandlungsmodells). In: *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, hg. von Th. v. Uexküll, 368–388. München: Urban & Schwarzenberg.
- (1980): Ein psychoanalytisches Konzept für die Psychosomatik im Rahmen der Objektbeziehungspsychologie. In: G. Jappe/C. Nedelmann: *Zur Psychoanalyse der Objektbeziehungen*, 75–79. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog.
- (1982): Der Herzinfarkt und seine Behandlung als analytisch-psychosomatische Aufgabe. In: *Jahrb. Psychoanal.* 14, 210–235.
- (1983): Zur Problematik des omnipotenten Objekts – Eine psychoanalytische Studie über Psoriasis. In: *Jahrb. Psychoanal.* 15, 145–168.
- (1986): *Au sujet d'une expérience thérapeutique avec des malades souffrant de troubles psychosomatiques*, These (Genève).
- (1986): *Psychoanalysis of Somatically very ill Patients*. Monographs of Psychiatria Fennica, 14.

- (1986): *Médecine psychosomatique et analyse des relations d'objet*. *Psychothérapies*, vol. VI, 4, 197–203.
 - (1987): Die Psychoanalyse als Grundlage für die Psychosomatik. In: *Jahrb. Psychoanal.* 21, 132–158.
 - (1991): Le traumatisme transgénérationnel. In: *Psychothérapies*, vol. XI, 2, 87–96.
 - (1992): Le traumatisme cumulatif comme fait signifiant. In: *Rev. Franc. Psychosom.* 2, 149–162.
 - (1992): Pour une thérapie psychosomatique d'orientation analytique: ébauche d'une théorie I. In: *Psychothérapies*, vol. XII, 1, 9–16.
 - (1993): Pour une thérapie psychosomatique d'orientation analytique: ébauche d'une théorie II. In: *Psychothérapies*, vol. XIII, 2, 115–121.
 - (1996): Das Schicksal der Frühtraumatisierten – ein altägyptischer Mythos als psychoanalytisch-ethischer Rahmen. In: *Jahrb. Psychoanal.* 3, 65–89.
 - (1998): *Wiedergefundene Hoffnungen – Vier Frauen im Kampf gegen den Krebs*. Tübingen: Attempo.
- Stephanos, S./Auhagen, U. (1977): *Die Bewältigung des psychosomatischen Phänomens – Überlegungen zur Biographie von Blaise Pascal*. Basel/New York: Confinia Psychiatrica.
- Stephanos, S./Biebl, W./Plaum, F. G. (1979): Die Konversionssyndrome. In: *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, hg. von Th. v. Uexküll, 441–452. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stephanos, S./Lamott, F. (1997): *Seelenverletzung und Körperleid – Ein psychosomatisches Lesebuch*. München: J. Pfeiffer.