

Vortrag von Brigitte Trimper anlässlich der Namensgebung des SPP – Therese Benedek

## **Die Analytikerin Therese Benedek als Wissenschaftlerin**

Vorbemerkung: Dagmar Völker berichtete von Forschungen Therese Benedeks, die vermutlich bereits während ihrer Assistenzarztzeit in der Kinderklinik der St. Elisabeth-Universität in Bratislava – etwa 1915/1916 – ihren Ausgang nahmen. Der von mir ausgewählte Beitrag »Die überwertige Idee und ihre Beziehung zur Suchtkrankheit« erschien 1936 in der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse. Er fußt auf Therese Benedeks auf dem 13. Internationalen psychoanalytischen Kongress 1934 in Luzern gehaltenen Vortrag und ist, Ulrike May zufolge, vermutlich ihr letzter in deutscher Sprache gehaltener.

Der Kongress fand in einer Zeit statt, als die Treffen der Leipziger Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft wegen der Verfolgung durch die Nazis nicht mehr öffentlich (ab 1933), sondern geheim waren. Als ihre Arbeit 1936 veröffentlicht wurde, war Therese Benedek mit ihrer Familie auf dem Weg in die Emigration – wie viele andere Psychoanalytiker, die infolge der Machtergreifung durch das Naziregime Verfolgung und Tod zu fürchten hatten.

Ausgangspunkte ihrer Untersuchung und ihrer Überlegungen sind u. a.:

1. »ein alter psychiatrischer Krankheitsbegriff (Wernicke 1892, Bleuler 1920), nämlich der der überwertigen Idee – als einer Idee, die sich immer aufdrängt, die aber nicht als ich-fremd – und im Unterschied zur Zwangsidee auch nicht als unrichtig empfunden wird, 2. die psychoanalytischen Behandlungen zweier junger anorektischer Frauen (einer 26-jährigen sowie einer 21-jährigen Patientin, die vermutlich in Leipzig stattgefunden haben) sowie 3. die 1926

erschienene Arbeit des ungarischen Psychoanalytikers Sandor Rado:

»Versuch einer psychoanalytischen Theorie der Süchte«. Rados Arbeit hatte die Suchtdynamik in ein psychoanalytisches Modell zu integrieren gesucht. Er führte dabei den Begriff der Initialverstimmung ein. Therese Benedek führt zwei Fallvignetten ein, um ihre Überlegungen zu begründen.

Einen davon will ich kurz skizzieren, weil sie sowohl etwas über die Patientin, als auch über ihre Entwicklung und ihr Umfeld aufzeigt sowie Einblick in die analytische Arbeit der Autorin gibt. Die 26-jährige Patientin kam »bis auf die Knochen abgemagert« und alkoholsüchtig zu ihr in die Behandlung. Es ließ sich eine »komplizierte Süchtigkeit« eruieren, die Patientin »trank jede Sorte schweren und leichten Alkohols«. Da sie nicht immer an Alkohol kam und der teuer war, trank sie die preisgünstigeren »Hoffmannstropfen«. Außerdem nahm sie Abführmittel, Thyroidpräparate, Salze und homöopathische Mittel. In Zeiten, in denen es ihr besser ging, vermochte sie auf Alkohol zu verzichten, ersetzte die Sucht jedoch, indem sie sich »unter Aufbietung aller ihrer moralischen Kräfte« irgendeiner Ernährungsrichtung anhing, sie wurde Vegetarierin, Rohköstlerin u. a..

Therese Benedek beschrieb, dass hinter dieser komplizierten Suchtkrankheit die bewusste Idee der Patientin stand, keinen weiblichen Körper haben zu wollen. Diese Idee tauchte auf, als die Patientin 15 Jahre alt war und »zerstörte ihr Leben«. Bis dahin hatte die junge Frau eine scheinbar normale Entwicklung durchgemacht, war munter und leistungsfähig. Sie war – wie manche sagen würden – gut entwickelt. Als auslösendes Ereignis gab die Patientin an, ein Lehrer habe sie mit »nicht mißzuverstehender Freundlichkeit« vor der ganzen Klasse geneckt, sie angefasst und betätschelt.

Dies sei der Grund dafür, dass sie ihren Körper zu hassen begann und unter allen Umständen mager werden wollte. Therese Benedek vermutete einen »schwerwiegenden psychischen Prozess dahinter«, weil sich die Abmagerungskur – heute würde man dieses Krankheitsbild Anorexie nennen – mit solcher zerstörerischer Wut (die Patientin verlor in wenigen Monaten 30 Kilo) und solcher Unnachgiebigkeit vollzog.

In der analytischen Arbeit fand sie, dass die Patientin ein verwöhntes und einziges Kind gewesen war, das insbesondere vom Vater wie eine Prinzessin behandelt worden war. Für die Patientin kam es zu einer tiefgreifenden unerklärlichen Erschütterung, als der Vater sein Verhalten plötzlich änderte. Nun sollte sie für das Essen, das sie bekam, arbeiten. Sie wurde von ihm wie eine Dienstmagd behandelt. (Die Charakterveränderung des Vaters hing Frau Benedek zufolge mit dessen syphilitischer Erkrankung zusammen.) Die Patientin wurde infolgedessen scheu und schüchtern dem Vater gegenüber, aber sie hasste ihn auch. Sie hasste seine Esslust, seine athletische Figur und sie hasste an sich selbst besonders ihre Ähnlichkeit mit dem Vater. Ihr bewusstes Ich-Ideal gestalte sich als ein Gegensatz zum Vater und ihr ganzes Streben ging dahin, jegliche Ähnlichkeit mit dem Vater zu zerstören. Auf die oben erwähnte tiefe Erschütterung, als der Lehrer – die Vaterimago – sich ihr »sinnlich-zärtlich« näherte, reagierte die Patientin mit einer tiefen Regression. Sie lehnte die weibliche Rolle ab; ihre Regression erfasste den ganzen weiblichen Körper, weil er dem Manne als Sexualobjekt diene. Frau Benedek zufolge war dies jedoch eine Rationalisierung und eigentlich diene der Vernichtungsdrang der Patientin der Abwehr einer verdrängten Homosexualität. Es zeigte sich nämlich, dass die Patientin eigentlich Frauen mit pathologischem Misstrauen und Hass begegnete. Dies bekam die

Analytikerin selbst zu spüren, da die Patientin bei ihr »zur Entgiftung in Pension« war!

Therese Benedek entschlüsselte in ihrer Arbeit die schwere Symptomatik der Patientin als Manifestation eines präödipalen Hasses gegen die Mutter wie auch gegen den weiblichen Körper. Dieser Hass zeigte sich natürlich auch in der Übertragungsbeziehung. Er trat, nach Benedeks Worten »in psychotischer Offenheit zutage«. Was genau sich dabei abspielte, kann jemand, der die analytische Arbeit kennt, sich vermutlich vorstellen. Therese Benedek wird 1973 kommentieren: dass ihre Publikationen der 30er Jahre – ebenso wie die ihrer Kollegen dieser Zeit – kaum etwas über den psychoanalytischen Prozess enthalte. Man habe zwar die Bedeutung der Übertragung gekannt, ihre Entwicklung in der Behandlung aber nicht dargestellt, weil man der Auffassung war, dass Komplikationen des analytischen Prozesses »zum privaten, vertraulichen Teil der Analyse gehörten.« (zitiert nach U. May in Bernhardt / Lockot, S. 68)

Therese Benedek zeigte für den geschilderten Fall auf, dass bei der Patientin im Rahmen einer Regression auf die orale Stufe ein geschlossener Kreislauf entstanden war, der sozusagen einen Querschnitt der Krankheit darstellte: »Der Ausgang des ursprünglichen Triebkonfliktes verlangt 1. die Vernichtung der eigenen Weiblichkeit – das geschieht durch 2. Versagen der oralen Befriedigung. Darauf folgt 3. Hunger. Der Hunger löst den 4. Triebdurchbruch aus – darauf folgt 5. Reue und neuerdings 6. Angst vor der eigenen Weiblichkeit, darauf folgt wiederum 7. ein Essverbot, das zur Vernichtung des weiblichen Körpers führen soll.« Sie interessierte sich dafür, woher diese imperative Idee: »Du darfst nicht essen, um keinen weiblichen

Körper zu haben« die ihr »innewohnende Energie bekommt, wodurch sie mit einer solchen Unerbittlichkeit und Unkorrigierbarkeit die Persönlichkeit beherrscht und ruiniert.« Indem sie diese Idee als ein Symptom auffasste, das von Anfang an als »ein unverrückbarer Anteil des Ichs« auftrat und das durch einen psychotischen Prozess – einem Prozess, in dem Freud zufolge »die Welt untergeht« – ausgelöst wurde, war ihrer Auffassung nach eine Ich-Veränderung vor sich gegangen ist die jede weitere Realitätsprüfung beeinflusste. Und Therese Benedek folgert unter Bezugnahme auf Freuds »Hemmung, Symptom und Angst«, dass am Anfang des psychopathologischen Geschehens ein Zustand tiefer Regression bestanden hatte, in dem alle Objektbeziehungen und auch alle libidinösen Besetzungen des Körperschemas zurückgenommen worden waren: »Diese psychotische Regression geht, wie jede Regression ... mit Triebentmischung einher, und Aggression wird frei«.

Ihrer Auffassung nach erfuhr diese Aggression via Entstehung eines Symptoms eine Bindung, was eine Veränderung im Ich hervorrief und sie meint, dass die bei der Regression freigewordene Aggression die Repräsentanz des Triebkonfliktes besetze. Durch diesen Besetzungsvorgang werde die Idee aber ein wesentlicher Bestandteil des Ichs, nicht aber einer des Überichs. Der überwertigen Idee wohne jedoch eine »Überich-gemäße Strenge inne«. Das Ich sei der Idee sozusagen ausgeliefert, wenn es sich ihrer Macht entziehe, entstehe Angst und Reue – wie man das auch von Über-Ich-Konflikten her kenne.

Therese Benedek fragte sich, ob die »Initialverstimmung«, ein einheitliches Krankheitsbild darstelle und durch welchen Krankheitsprozess die zur

Süchtigkeit führende orale Fixierung freigelegt werde, die dann die zwingende Veranlassung zu der von Rado so genannten »pharmakologischen Erledigung« der Konfliktspannung« erforderlich mache. Ihrer Auffassung nach – und ausgehend von ihrem klinischen Material, geht die »überwertige Idee« aus einer tieferen Regression hervor als die Zwangsidee und entsteht infolge einer Ich- Veränderung. Diese Ich-Veränderung entstamme also einer psychotischen Regression, unterscheide sich aber vom Wahn der Paranoia dadurch, »daß die in der Regression freigewordenen Affekte nicht wie bei dieser durch Projektion in die Umwelt gebunden werden, sondern innerhalb der Instanzen des seelischen Apparates. Dadurch wird nicht eine Umweltveränderung wahrnehmbar, sondern nur eine Ich-Veränderung.« Im von ihr hier beschriebenen Fall sei ihr die Abgrenzung vom »echten Wahn« deshalb besonders leicht gefallen, weil das Symptom ausschließlich den eigenen Körper der Patienten ergriffen hätte, der zum »Objekt der überwertigen Idee wurde«. Therese Benedek folgerte: »Die überwertige Idee löst infolge ihrer aggressiven Strenge neue Konfliktspannungen aus, deren Bewältigung den seelischen Apparat vor neue Aufgaben stellt.

Der Über-Ich Charakter der überwertigen Idee macht es uns verständlich, dass der Bewältigungsversuch zuerst eine Depression ist, und ebenso, daß die orale Triebspannung gesteigert wird. Die auf diese Weise zustande kommende Konfliktspannung kann aber intrapsychisch nicht mehr bewältigt werden.« Und: so werde verständlich, »daß das Symptom, welches ursprünglich die orale Befriedigung versagte, auf der anderen Seite die orale Befriedigung erzwingt, und dadurch die Sucht als zweiphasiges Symptom auslöst«.

Schlussendlich war Therese Benedek der Überzeugung, dass der von ihr geschilderte Fall von Sucht, »wo hinter der Sucht eine monosymptomatische Psychose in Form einer überwertigen Idee als Ursache steht«, für eine spezielle Form der Suchtkrankheit gelte. Die Sucht entstehe hier, weil die Konfliktspannung nicht intrapsychisch zu bewältigen sei, weshalb sich der psychische Apparat mit der Umwelt in Verbindung setzen müsse und dies geschehe – im Gegensatz zu paranoiden Prozessen – »von außen nach innen«. Unabhängig ob die Initialverstimmung durch einen neurotischen oder einen psychotischen Prozess aufrechterhalten werde, werde in dieser Form der Sucht der wiederholte Versuch gemacht, die innere Spannung durch Einverleibung zu lösen.

Mir ist wichtig zu bemerken, dass Frau Benedek am Ende ihres Beitrags an die Ähnlichkeit der geschilderten Symptomatik mit der Perversion erinnert und den Gedanken an die symbolische Bedeutung der Suchtmittel äußert, die ihrer Auffassung nach als Partial- oder Ersatzobjekte dienen. Ich hoffe nun, ich habe Ihnen deutlich machen können, wie scharf und genau der klinische Blick Therese Benedeks war, ein Blick, der ihr auch immer wieder die Anerkennung ihrer Kollegen einbrachte (u. a. Fenichel), aber auch, wie intensiv sie unter Bezugnahme auf aktuelle Diskussionen unter Analytikern analytische Konzepte diskutierte und eigene neue Positionen entwickelte.