



Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. habil. Stefan Borgwardt

*Die psychische Verarbeitung einer Lungentransplantation auf der
Achse der psychosomatischen Totalität und die Aktualisierung des
Transplantationskomplexes*

Inauguraldissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck

Sektion Medizin

vorgelegt von

Marie Luise Eichenlaub

M.Sc. (Klinische Psychologie und Psychotherapie)

M.Sc. (Rechtspsychologie)

Lübeck 2021

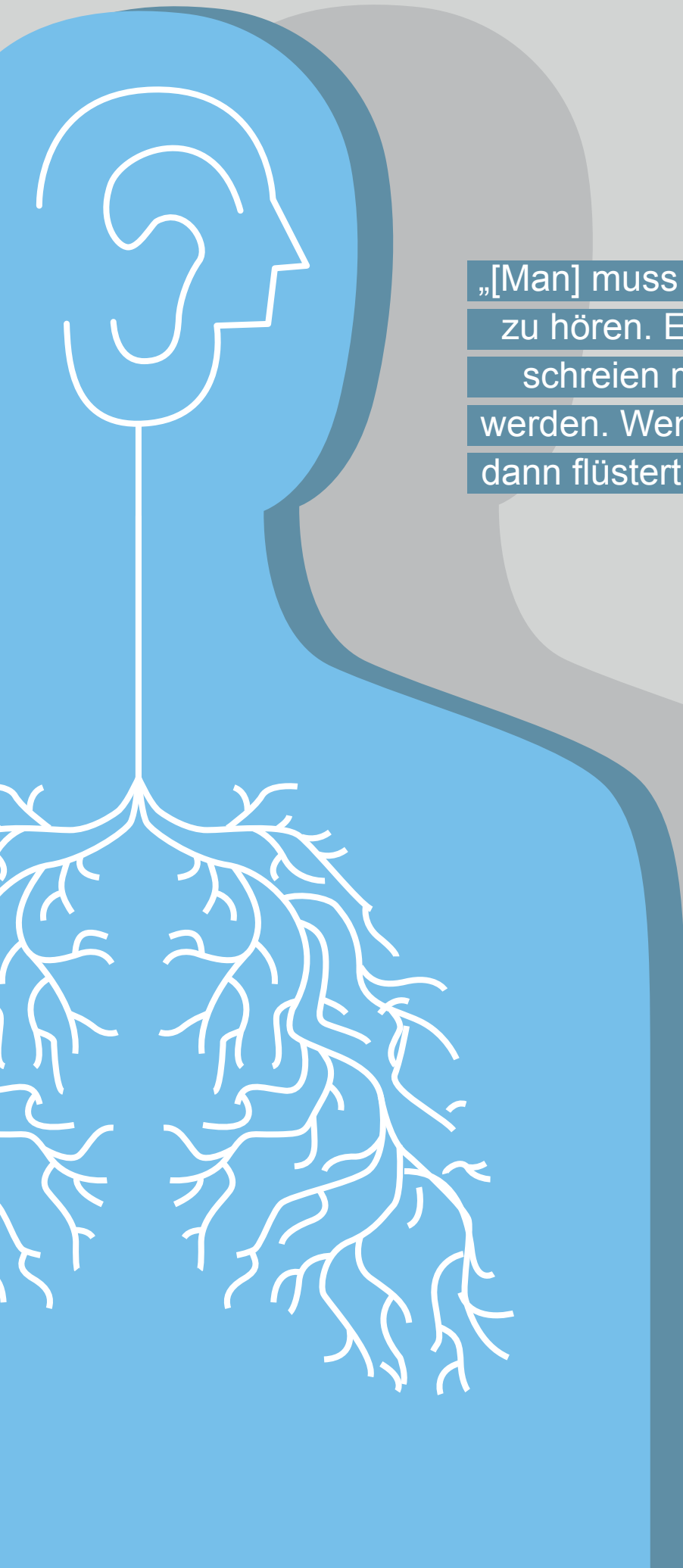
1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Lutz Götzmann

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Peter Sterk

Tag der mündlichen Prüfung: 03.04.2023

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 03.04.2023

-Promotionskommission der Sektion Medizin-



„[Man] muss lernen mit dem dritten Ohr zu hören. Es stimmt nicht, dass man schreien muss, um verstanden zu werden. Wenn man gehört werden will, dann flüstert man“ (Reik, 1976, S.165).

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis	IV
II Abbildungsverzeichnis	V
III Tabellenverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Medizinischer Hintergrund einer Lungentransplantation	4
2.2 Psychische Hintergründe einer Lungentransplantation	6
2.2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	7
2.2.2 Adhärenz lungentransplantierte Patienten	9
2.2.3 Phasen der Verarbeitung	11
2.2.4 Verarbeitung einer Lungentransplantation aus psychodynamischer Perspektive	13
2.3 Transplantationskomplex	16
2.3.1 Konzept der unbewussten Phantasie nach Melanie Klein	16
2.3.2 Der Traum und seine Transformation	20
2.3.3 Die Konzeptualisierung des Transplantationskomplexes	23
2.4 Achse der psychosomatischen Totalität	26
2.4.1 Einführung in die Theorieansätze	27
2.4.2 Traumatische Situation, traumatische Reaktion und traumatischer Prozess	28
2.4.3 Der Ödipuskomplex	31
2.4.4 Die Register des Psychischen	38
2.4.5 Die Achse der psychosomatischen Totalität	41
2.4.6 Behandlungstechnischer Zugang durch die Achse der psychosomatischen Totalität	47
2.5 Zusammenfassung bisheriger Forschungsergebnisse	49
3 Fragestellungen	51
3.1 Präzisierung der Fragestellungen vor dem Hintergrund der Grounded Theory	51
3.2 Fragestellungen und Hypothesen	52
4 Methode	58
4.1 Rekrutierung und Beschreibung der Stichprobe	58
4.2 Methodik	59
4.2.1 Qualitative Methodik: Tiefenhermeneutik und Grounded Theory	59
4.2.2 Qualitative Datenerhebung	62
4.2.3 Güte der qualitativen Untersuchung, Inter-Coder Agreement Analysis	63
4.2.4 Quantitative Datenerhebung	65
4.2.5 Güte der quantitativen Untersuchung, Reliabilitätsanalyse	65
4.3 Datenanalyse	66
4.3.1 Datenanalyse qualitativer Daten	66
4.3.2 Datenanalyse Fragestellung 1 (Co-Occurrence-Analyse des Transplantationskomplexes mit der Achse der psychosomatischen Totalität)	68
4.3.3 Datenanalyse Fragestellung 2 (Geschlechtsspezifische Untersuchung des Transplantationskomplexes)	71
4.3.4 Datenanalyse Fragestellung 3 (Analyse der Natur des Transplantationskomplexes)	71
4.3.5 Datenanalyse Fragestellung 4 (Thematische und zeitliche Entwicklung des Transplantationskomplexes)	81

4.3.6 Datenanalyse quantitativer Daten	81
4.3.7 Datenanalyse und explorative Analyse Fragestellung 5 (Einfluss des Transplantationskomplexes auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität).....	81
4.3.8 Datenanalyse Fragestellung 6 (Einfluss des Transplantationskomplexes auf die Adhärenz).....	82
5 Ergebnisse	83
5.1 Ergebnisse Fragestellung 1: Co-Occurrence-Analyse des Transplantationskomplexes mit der Achse der psychosomatischen Totalität	83
5.2 Ergebnisse Fragestellung 2: Geschlechtsspezifische Untersuchung des Transplantationskomplexes.....	88
5.3 Ergebnisse Fragestellung 3: Allgemeine und geschlechtsspezifische Analyse der traumatischen bzw. konflikthaften Natur des Transplantationskomplexes.....	94
5.3.1 Gesonderte Darstellung der traumatischen und der konflikthaften Aspekte der Transplantationserfahrung.....	95
5.3.2 Ergebnisse Fragestellung 3: Allgemeine und geschlechtsspezifische Analyse der traumatischen bzw. konflikthaften Natur des Transplantationskomplexes.....	104
5.4 Ergebnisse Fragestellung 4: Thematische und zeitliche Entwicklung des Transplantationskomplexes.....	117
5.5 Ergebnisse Fragestellung 5: Zusammenhang Transplantationskomplex und EQ-5D	122
5.5.1 Weitere Ergebnisse Fragestellung 5: Zusammenhang Transplantationskomplex und EQ-5D	124
5.6 Ergebnisse Fragestellung 6: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz	125
5.6.1 Weitere Ergebnisse: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz	126
6 Diskussion	128
6.1 Interpretation der Ergebnisse	128
6.1.1 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 1: Co-Occurrence-Analyse des Transplantationskomplexes mit der Achse der psychosomatischen Totalität	128
6.1.2 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 2: Geschlechtsspezifische Untersuchung des Transplantationskomplexes	138
6.1.3 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 3: Gesonderte Darstellung der traumatischen und konflikthaften Aspekte der Transplantationserfahrung	147
6.1.4 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 3: Allgemeine und geschlechtsspezifische Analyse der Natur des Transplantationskomplexes.....	159
6.1.5 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 4: Thematische und zeitliche Entwicklung des Transplantationskomplexes.....	171
6.1.6 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 5: Zusammenhang zwischen dem gesamten Transplantationskomplex und EQ-5D	176
6.1.7 Diskussion weiterer Ergebnisse Fragestellung 5: Zusammenhang einzelner Aspekte des Transplantationskomplexes und der Lebensqualität	178
6.1.8 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 6: Zusammenhang zwischen dem gesamten Transplantationskomplex und der Adhärenz.....	179
6.1.9 Diskussion weiterer Ergebnisse Fragestellung 6: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz.....	183
6.2 Limitierungen	184
6.3 Implementierungen für Forschung und Praxis.....	187
6.3.1 Implementierungen für zukünftige Forschung	187
6.3.2 Implementierungen für Praxis	190

7 Zusammenfassung	192
IV Literaturverzeichnis	194
Anhang A: Interviewleitfaden	214
Anhang B: Codebook (Die psychische Verarbeitung einer Lungentransplantation auf der „Achse der psychosomatischen Totalität“ und die Aktualisierung des „Transplantationskomplexes“)	217
Anhang C: Tabellarische Übersicht der konflikthaften Natur des Transplantationskomplexes	252
Anhang D: Danksagung	253

I Abkürzungsverzeichnis

α	Alpha
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
f.	folgende
I	Interviewerin
LAS	Lung Allocation Score
<i>M</i>	Mittelwert
<i>m</i>	männlich
<i>Max</i>	Maximum
<i>Min</i>	Minimum
<i>N</i>	Stichprobenumfang
<i>n</i>	Anzahl der Elemente eines definierten Teils der Gesamtstichprobe
o. D.	ohne Datum
P	Patient
<i>p</i>	Signifikanzwert
<i>r</i>	Korrelationskoeffizient
r_{τ}	Kendall's Tau
<i>SD</i>	Standardabweichung
t	Zeitpunkt
USZ	Universitätsspital Zürich
vgl.	vergleiche
<i>w</i>	weiblich
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel
ZDPCS	Zurich Dream Process Coding System
ZVK	Zentraler Venenkatheter

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stadien der Verarbeitung einer Lungentransplantation	12
Abbildung 2: Entstehung unbewusster Phantasien nach Melanie Klein	19
Abbildung 3: Reaktivierung von oral-sadistischen Phantasien durch die Transplantation.....	26
Abbildung 4: Der borromäische Knoten	40
Abbildung 5: Achse der psychosomatischen Totalität, Version 2019.....	46
Abbildung 6: Achse der psychosomatischen Totalität, Version 2020.....	46
Abbildung 7: Epoché und der Sprung ins Imaginäre	48
Abbildung 8: PRISM	62
Abbildung 9: Liniendiagramm der zeitlichen Entwicklung des Transplantationskomplexes.....	117
Abbildung 10: Streudiagramme Fragestellung 5: Zusammenhang Transplantationskomplex und gesundheitsbezogene Lebensqualität	123
Abbildung 11: Streudiagramme Fragestellung 6: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz	126
Abbildung 12: Die Einbettung des Transplantationskomplexes innerhalb des Torus	130
Abbildung 13: Sekundäre Beeinflussung durch den Transplantationskomplex ..	182

Vermerk zur Illustration: Die Illustration auf der Titelseite (Hören mit dem dritten Ohr) wurde von Emily Eichenlaub designt.

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bewertungsrange Krippendorff's Alpha.....	63
Tabelle 2: Krippendorff's Alpha der übergeordneten Themen	64
Tabelle 3: Übersicht direkte und indirekte Hinweise auf den Transplantationskomplex	70
Tabelle 4: Co-Occurrence Analyse des Transplantationskomplexes mit der Achse der psychosomatischen Totalität (Fragestellung 1).....	84
Tabelle 5: Geschlechtsspezifische Betrachtung des Transplantationskomplexes	88
Tabelle 6: Hinweise auf die traumatische Natur	95
Tabelle 7: Hinweise auf die konflikthafte Natur	100
Tabelle 8: Geschlechtsspezifische Co-Occurrence Analyse: Die traumatische Natur des Transplantationskomplex	105
Tabelle 9: Zeitliche und inhaltliche Entwicklung des Transplantationskomplex ..	118
Tabelle 10: Deskriptive Statistik Fragestellung 5: Zusammenhang Transplantationskomplex und gesundheitsbezogene Lebensqualität	122
Tabelle 11: Deskriptive Statistik Fragestellung 6: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz	125
Tabelle 12: Weitere Ergebnisse Fragestellung 3 (Geschlechtsspezifische Analyse der konflikthafte Natur des Transplantationskomplexes)	252

1 Einleitung

Bedingt durch die aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen zur Widerspruchslösung ist das Thema der Organspende in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Dabei steht im Diskus, ob in Deutschland ein Gesetz eingeführt wird, bei dem nach dem Tod die Organe entnommen werden dürfen, sofern der Bürger¹ sich zu Lebzeiten davon nicht explizit distanziert hat (140. Sitzung des Bundestags am 16.01.2020). Durch die öffentlichen Debatten und die Sensibilisierung der Gesellschaft stieg dabei die Zahl der potentiellen Organspender deutlich an (Adt, 2020; DSO, 2019). Damit Patienten mit terminaler Erkrankung von diesem Anstieg profitieren, sind diese auf ein optimales Therapieergebnis angewiesen, das sich sowohl aus physiologischen als auch aus psychischen Aspekten zusammensetzt (vgl. z.B. Goetzmann et al., 2009).

Basierend auf dem Fokus der psychologischen Aspekte der vorliegenden Arbeit konnte hinsichtlich einer spezifischen Form der Transplantation (Lungentransplantation) nachgewiesen werden, dass die Lebensqualität und das Wohlbefinden postoperativ signifikant ansteigt (vgl. Aversa et al., 2018; Goetzmann et al., 2018; Kugler et al., 2004; Kugler et al., 2007; Limbos et al., 2000; Littlefield al., 1996; Munro et al., 2009; Rodrigue et al., 2005; Seiler et al., 2015; Seiler et al., 2016b; Shahabeddin et al., 2018; Singer et al., 2017). Trotz langbestehender Transplantationsmedizin werden weitere psychologische Aspekte in vorangegangener Empirie kaum berücksichtigt. Das daraus resultierende Forschungsdefizit trägt nicht dazu bei, dass die psychische Verarbeitung in Gänze abgebildet werden kann (Goetzmann et al., 2019a; Hoodin & Weber, 2003). Besonders die unbewusste Verarbeitung fand in bisherigen Untersuchungen kaum Berücksichtigung, was möglicherweise an der Herausforderung, unbewusstes Material wissenschaftlich zu operationalisieren, liegt. Erste psychoanalytische Studien zur prozesshaften Integration eines neuen Organs liegen rund 50 Jahre zurück. Vorangegangene Studien (Lefebvre & Crombez, 1972; Lefebvre et al., 1973; Muslin, 1971, 1972) zeigten auf, dass Patienten verschiedene Phasen durchlaufen, bis das neue Objekt (Lunge) integriert wird. Diese Annahmen

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich das generische Maskulinum verwendet. Dabei sind im Folgenden grundsätzlich alle Geschlechter gemeint. Das Femininum wird in Ausnahmefällen, z.B. wenn ausdrücklich auf Patientinnen oder die Autorin hingewiesen wird, verwendet.

wurden durch aktuelle Studien bestätigt (vgl. Lewin et al., 2013; Neukom et al., 2011). Das unterbrochene bzw. nicht vollständige Durchlaufen dieser Phasen wurde mit schweren Folgen, die sich sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene äußern können, in Verbindung gebracht (z.B. geringe Adhärenz mit der Gefahr einer Organabstoßung) (Goetzmann et al., 2007, 2008).

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts wurde die unbewusste Verarbeitung in einer qualitativen Einzelfallstudie untersucht (Goetzmann et al., 2019a). Basierend auf den postoperativen Traum- und Wacherzählungen eines lungentransplantierten Patienten wurde ein unbewusster *Transplantationskomplex* rekonstruiert. Dieses Konzept beschäftigt sich damit, dass durch bestimmte Lebensereignisse, in diesem Fall durch einen komplexen medizinischen Eingriff, frühe oral-sadistische Phantasien (vgl. Klein 1930, 1946) aktiviert werden und so die psychische Verarbeitung beeinflussen können (Goetzmann et al., 2019a). Das Konzept der oral-sadistischen unbewussten Phantasie fußt auf der Idee Melanie Kleins. Diese Phantasien stellen für die psychische Entwicklung eine große Bedeutung dar und sind als „strukturierende Prinzipien des psychischen Lebens zu begreifen“ (Bell, 2013; Klein, 1946; Weiss, 2013, S. 903). Den Inhalt dieser Phantasien als oral-sadistisch zu beschreiben, geht darauf zurück, dass das Kind gemäß Klein (1930, 1946) danach strebt, „sich den vermuteten Inhalt des Inneren der Mutter einzuverleiben und die Mutter dann auf sadistische Weise zu zerstören“ (Klein, 1930, S. 36).

Durch die vorangegangene Arbeit (Eichenlaub, 2019²) konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse der Einzelfallstudie (Goetzmann et al., 2019a) über diese hinausgehen und die Berücksichtigung objektbeziehungstheoretischer Annahmen (Klein 1930, 1946; Lewin, 2013) durchaus Berechtigung finden sollte und es einer tiefgreifenden wissenschaftlichen Analyse bedarf. Dabei wird der *Transplantationskomplex* in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich seiner Natur (traumatisch oder konflikthaft) sowie der geschlechtsspezifischen und zeitlichen Entwicklung untersucht. Für ein tieferes Verständnis des *Transplantationskomplexes* werden ebenfalls quantitative

² Das vorliegende Material wurde bereits innerhalb einer vorangegangenen Arbeit (Masterarbeit, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Eichenlaub, 2019) untersucht.

Maße, wie das Screeninginstrument für die psychische Fehlverarbeitung einer Organtransplantation (TxEQ-D, Ziegelmann et al., 2002) sowie ein Lebensqualitätsfragebogen (EQ5-D, Hinz et al., 2005) herangezogen.

Neben dem *Transplantationskomplex* stellt auch die Vielzahl der körperlichen Symptome lungentransplantierte Patienten eine große Besonderheit dar. In der vorangegangenen Arbeit (Eichenlaub, 2019) wurde dafür das Konzept der *Achse der psychosomatischen Totalität* (Goetzmann et al., 2019c) hinzugezogen. Das Konzept berücksichtigt sowohl die psychische als auch die körperliche Dimension (*Totalität*) eines Symptoms und ordnet diese entlang einer Achse an (Goetzmann et al., 2019c, 2020). Auf Grund der unterschiedlichen linguistischen Darstellungen der Symptome wurden verschiedene Sprachstile (operativ, imaginär, symbolisch) konzipiert und mit einbezogen (Goetzmann et al., 2019c, 2020). Die vorangegangene Arbeit (Eichenlaub, 2019) zeigt, dass die Patienten das Erlebte auf einer überwiegend operativen Weise darstellen. Dieser Sprachstil ist mit einigen Herausforderungen verbunden, so etwa, dass das operative Denken keine Distanz zum Objekt, wie dem Spender, erlaubt oder der Patient die Realität, etwa die Transplantation, nicht richtig bewältigen kann (Marty & De M'Uzan, 1978). Zudem wurde dieser Denk- und Sprachstil mit körperlichen Beschwerden (somatische Desorganisation) in Zusammenhang gebracht (Goetzmann et al., 2019c, 2020). Unter Berücksichtigung dieser Aspekte könnte es dazu kommen, dass die Phasen hin zur Integration des neuen Organs nicht vollständig durchlaufen werden könnten (Eichenlaub, 2019; Neukom et al., 2011). Neben den psychischen Folgen der Desintegration könnten sich die Folgen auf physischer Ebene durch die inkorrekte Medikamenteneinnahme äußern, was schwere gesundheitliche Folgen mit sich bringen kann (Goetzmann et al., 2007, 2008). Die möglichen Folgen zeigen die klinische Relevanz eines erneuten Einbeziehens der *Achse der psychosomatischen Totalität* (Goetzmann et al., 2019c, 2020) auf.

Zusammenfassend festgehalten, ist die aktuelle Forschungslage unzureichend, um der psychischen, unbewussten Verarbeitung einer Lungentransplantation ein adäquates und tiefgehendes Verständnis entgegen zu bringen. Dies untermauert die klinische Bedeutsamkeit der Psychoanalyse. Besonders die unbewusste Verarbeitung scheint eine große Rolle zu spielen, welche bislang jedoch kaum untersucht

wurde. Durch die vorliegende Arbeit soll die interdisziplinäre Aufmerksamkeit gestärkt und die dichotome Betrachtung zwischen Körper und Seele aufgehoben werden.

Kapitel 2 gibt hierzu zunächst einen vertiefenden Überblick über den medizinischen und psychologischen Hintergrund einer Lungentransplantation. In *Kapitel 3* werden anschließend die Fragestellungen vor dem Hintergrund der *Grounded Theory Methodologie* (Glaser & Strauss, 1998) präzisiert. Die qualitative und quantitative Methodik wird in *Kapitel 4* dargestellt. Die Ergebnisse der Arbeit finden sich in *Kapitel 5* wieder, welche im anschließenden Kapitel (*Kapitel 6*) diskutiert werden. In diesem Kapitel werden zudem die Limitierungen und Implementierungen für Forschung und Praxis vertiefend dargestellt. In *Kapitel 7* wird die Arbeit zusammengefasst.

2 Theoretischer Hintergrund

Kapitel 2 geht zunächst auf die medizinischen Hintergründe und dann auf die psychischen Aspekte einer Lungentransplantation ein. Die medizinischen Hintergründe werden nur einführend erläutert und nicht in Gänze dargestellt, da sich die vorliegende Arbeit primär auf die psychischen Hintergründe einer Lungentransplantation konzentriert.

2.1 Medizinischer Hintergrund einer Lungentransplantation

Die Gründe, warum es zu einer Lungentransplantation kommt, sind sehr unterschiedlich. Die drei häufigsten Ursachen der untersuchten Stichprobe ist die chronische obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, COPD), die Mukoviszidose (zystische Lungenfibrose) sowie die idiopathische Lungenfibrose (Seiler et al., 2015).

Die COPD zeichnet sich, neben einer chronischen und fortschreitenden Verengung der Atemwege und damit einhergehenden Atembeschwerden, durch produktiven Husten aus. Durch diese Erkrankung der Lunge sind meist weitere Organe betroffen, weshalb es im fortschreitenden Stadium zu körperlichen Beeinträchtigungen, wie Muskelabbau, kommen kann. In Deutschland leben rund 13% mit dieser Form der Lungenerkrankung (Geldmacher et al., 2008; Lungeninformationsdienst, o.D.). Bei einer Mukoviszidose bzw. einer zystischen Fibrose (pathologische Vermehrung

von Bindegewebsfasern) handelt es sich um eine angeborene Stoffwechselerkrankung, die sich vor allem durch die Produktion von zähem Schleim und damit einhergehenden Atembeschwerden charakterisieren lässt. Durch den Schleim kann es weiterhin zu Beschwerden des Verdauungssystems kommen. Deutschlandweit leiden rund 8.000 Patienten an einer Mukoviszidose (muko.info, o.D.). Innerhalb einer heterogenen Gruppe von Fibrosen, die mit Veränderungen des Lungengewebes einhergehen, stellt die idiopathische Lungenfibrose die schwerwiegendste Form dar. Die Symptome zeichnen sich zunächst durch Reizhusten und Luftnot bei körperlicher Aktivität aus, über die Patienten in späteren Stadien auch in Ruhezuständen klagen. In Deutschland sind schätzungsweise rund 10.000 Personen von der Erkrankung betroffen (Lungeninformationsdienst, o.D.).

Im Endstadium der jeweiligen Erkrankungen und nach bisherigen erfolglosen medizinischen Interventionen stellt ein Austausch des Organs eine der letzten Therapiemethoden dar. Dafür wird zunächst die Dringlichkeit dieses komplexen medizinischen Eingriffs bestimmt. Die Dringlichkeitsbestimmung (LAS-Wert, Lung Allocation Score) wird seit 2011 in Deutschland durchgeführt und setzt sich aus den medizinischen Daten, den Körpermaßen, den soziodemographischen Daten, der Dringlichkeit sowie aus einer Erfolgsprognose zusammen. Dieser Wert bestimmt dann den Platz auf der Warteliste auf ein neues Organ, auf der Patienten aller Eurotransplantmitglieder (Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn und Slowenien) stehen. Laut Angaben von Eurotransplant, welche das internationale Management der Spenderorgane regelt, stehen derzeit rund 14.000 Patienten auf der Warteliste. In Deutschland sind es 9.004 Patienten, die aktiv seit dem 01. Januar 2020 auf der Warteliste stehen (eurotransplant, o.D.,a).

Steht das passende Organ zur Verfügung kann, je nach medizinischer Ursache, ein (unilateral) oder beide (bilateral) Lungenflügel transplantiert werden. Die kombinierte Herz-Lungen-Transplantation stellt eine weitere Methodik dar, die an einem der Transplantationszentren durchgeführt werden kann (Dietrich et al., 2009). An diesen Zentren wurden 2019 1.375 Lungentransplantationen durchgeführt (eurotransplant, o. D.,b).

Werden die postoperativen Überlebenschancen betrachtet, wird deutlich, dass es sich dabei lediglich um eine lebensverlängernde Maßnahme handelt. Durchschnittlich liegt die Überlebenschance mit dem neuen Organ bei ca. 5,7 Jahren. Im ersten Jahr nach der Transplantation liegt diese bei 80%, nach fünf Jahren bei 54% und nach zehn Jahren bei 31% (Yusen et al.; 2013, Yusen et al., 2015). Aktuelle Analysen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (2018), die sowohl Lungen- und Herztransplantationen inkludierte, gehen, bei bekanntem Status, von 84.07% Überlebenschance nach einem Jahr postoperativ aus. Die zwei-Jahres-Überlebenschance liegt bei 79.84% und das drei-Jahres-Überleben bei 72.51%. Im Vergleich zu den Erhebungsjahren davor ist die Überlebenschance nach der Transplantation merklich angestiegen.

Beeinflusst werden kann die Überlebenschance durch Vorerkrankungen oder postoperative Komplikationen, z.B. Abstoßungsreaktionen des neuen Organs (Dietrich et al., 2009; Seiler et al., 2016b; Yusen et al.; 2013, Yusen et al., 2015). Diese Risikofaktoren gilt es, z.B. durch eine enge medizinische Betreuung und eine gute medikamentöse Einstellung (z.B. Immunsuppressiva) zu minimieren (Boehler & Weder, 2014; Lungeninformationsdienst, o.D.).

2.2 Psychische Hintergründe einer Lungentransplantation

Der psychische Hintergrund geht zunächst auf die (postoperative) gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten ein, die als subjektiver Parameter eines Therapieerfolgs gesehen werden kann (Tecic et al., 2009). Um die Beziehung zwischen dem Ärzteteam und dem Patienten beschreiben zu können, wird im darauffolgenden Kapitel die Adhärenz lungentransplantierte Patienten vertiefend dargestellt. Bei der psychischen und prozesshaft stattfindenden Verarbeitung einer Lungentransplantation stellen individuelle Einflussfaktoren eine große Wichtigkeit dar, die unter anderem durch unbewusste Prozesse bedingt werden können. Bei der unbewussten Verarbeitung wird dabei vertiefend auf psychodynamische Aspekte, wie dem *Transplantationskomplex* und dessen Konzeptualisierung, eingegangen. Für die Einordnung der vielfältigen körperlichen Symptome lungentransplantierte Patienten wird die *Achse der psychosomatischen Totalität* herangezogen und mit ihren dazugehörigen Konzepten, wie den trauma- und ödipalen Aspekten, dargestellt.

2.2.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Für eine allgemeine Darstellung der Lebensqualität wird zunächst die Definition der WHO (1997) herangezogen, bei welcher vor allem der subjektive Bewertungsprozess (Renneberg & Lippke, 2006) im Vordergrund steht:

Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Einstellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt (WHO, 1997, S. 29).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich auf einen Bereich, der die körperliche, psychische und soziale Komponente beinhaltet (Renneberg & Lippke, 2006). Schumacher und Kollegen (2003) untergliedern das Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in vier Bereiche: die körperliche Symptomatik (1) und die psychische Komponente (Lebensqualität, allgemeines Wohlbefinden und emotionale Befindlichkeit) (2). Damit einhergehend sind Einschränkungen in Funktionalität (3) oder im sozialen Bereich (4) durch die Erkrankung zu nennen. Auch bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität spielt die subjektive Wahrnehmung eine große Rolle. Diese kann innerhalb des Lebens einer Person durch verschiedene Aspekte beeinflusst werden, was dazu führt, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität als dynamisches Konstrukt zu verstehen ist (Renneberg & Lippke, 2006).

Wird nun die postoperative Lebensqualität nach einer Lungentransplantation untersucht, konnte durch eine Vielzahl von Studien bestätigt werden, dass diese signifikant ansteigt (vgl. Aversa et al., 2018; Goetzmann et al., 2018; Kugler et al., 2004; Kugler et al., 2007; Limbos et al., 2000; Littlefield et al., 1996; Munro et al., 2009; Rodrigue et al., 2005; Seiler et al., 2015; Seiler et al., 2016b; Shahabeddin et al., 2018; Singer et al., 2017). Dabei sollte der individuellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der psychischen Belastung eine besondere Bedeutung beigegeben werden. Seiler und Kollegen (2015) untersuchten dieselbe Stichprobe der vorliegenden Arbeit und stellten fest, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit dem HRQoL (health-related quality of life), deutliche Variationen

aufzeigt. Diese Variation kann in drei unterschiedliche Typen eingeteilt werden. Der erste Typ (optimal) lässt sich durch eine sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität und durch eine niedrige psychische Belastung charakterisieren. Der zweite Typ (gut) berichtet hingegen erst nach drei Monaten (postoperativ) von einer signifikant besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität und niedriger psychischer Belastung. Laut den Autoren lassen sich rund 23% der untersuchten Stichprobe dem dritten Typ (schlecht) zuordnen. Diese beschreiben neben erhöhter psychischer Belastung lediglich nur einen leicht erhöhten Wert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL), was sich auch nach erneuter Evaluation (sechs Monate postoperativ) nicht verbesserte (Seiler et al., 2015). Schlechte Werte des HRQoL oder eine psychische Belastung wurden durch eine Vielzahl an Studien mit höheren Risiken, z.B. Morbiditätsrate, in Verbindung gebracht (vgl. Havik et al., 2007; Rosenberger et al., 2012; Sirri et al., 2010). Um mögliche Gründe der Entstehung dieser Typen aufzuführen, werden im Folgenden biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren dargestellt.

Biologische Einflussfaktoren beziehen sich auf die Schwere der zugrundeliegenden Erkrankung, Komplikationen oder Komorbiditäten, die nach der Operation auftreten können und sich so auf das Therapieergebnis und die Lebensqualität auswirken können (Dew et al., 2012; Kugler et al., 2005; Vermuelen et al., 2003). Als körperliche Veränderungen sind beispielsweise vermehrter Haarwuchs (Hirsutismus), Gewichtszunahme, Verdauungsbeschwerden, Erbrechen, Zittern oder Kopfschmerzen zu nennen, die unter anderem auch als Nebenwirkungen der Vielzahl der Medikamente (z.B. Immunsuppressiva) auftreten können (Seiler et al., 2015; Seiler et al., 2016a).

Psychische Einflussfaktoren setzen sich laut vorangegangenen Studien aus Resilienz und Selbstwirksamkeit (Schumacher et al., 2014) oder aus einer optimistischen Einstellung und einem guten Kohärenzgefühl (Goetzmann et al., 2007) zusammen. Generell scheinen die Einstellung und die Wahrnehmung eine große Rolle zu spielen, so etwa, wenn Patienten die Transplantation oder die langen Aufenthalte auf der Intensivstation als traumatisch wahrnehmen (Seiler et al., 2015). Eine gute Beziehung zum neuen Organ und dessen Spender, die sich z.B. durch Dankbarkeit ausdrückt, scheint sich positiv auf die Lebensqualität des Patienten auszuwirken

(Goetzmann et al., 2008). Negativ beeinflusst werden könnte sie etwa durch affektive Störungen, wie einer Depression und damit einhergehender psychopharmakologischer Einstellung mit Antidepressiva oder durch neurotische Persönlichkeitsmuster (O'Carroll et al., 2003). Auch das Empfinden von Hilflosigkeit oder der Angst, das neue Organ abstoßen zu können, stellen identifizierbare Faktoren dar, welche sich negativ auf die Lebensqualität auswirken können (Goetzmann et al., 2008; Goetzmann et al., 2018).

Ein weiterer Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellen soziodemografische Aspekte, etwa Alter oder Geschlecht, dar (Archonti et al., 2004; Kugler et al., 2005; Santana et al., 2012; Vermeulen et al., 2003). Andere Studien hingegen konstatieren, dass der Einfluss des Alters und des Geschlechts gering scheint (Vassiliadis et al., 2006). Als soziale Komponente sollte die soziale Unterstützung durch Familie oder Freunde einbezogen werden. Durch vorangegangene Studien konnte gezeigt werden, dass sich ein sozialer Support mit guten postoperativen Ergebnissen in Verbindung bringen lässt (Archonti et al., 2004; Goetzmann et al., 2007; O'Carroll et al., 2003). Die drei aufgelisteten Faktoren eignen sich nicht zur Vorhersage postoperativer physischer Ergebnisse (vgl. Goetzmann et al., 2007).

Es zeigt sich, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität, mit ihren individuellen Einflussfaktoren, einen großen Stellenwert einnimmt und das Therapieergebnis maßgeblich beeinflussen kann. Ein weiterer Einflussfaktor auf das Therapieergebnis stellt die Adhärenz dar, die im folgenden Kapitel (2.2.2) näher erläutert wird.

2.2.2 Adhärenz lungentransplantierter Patienten

Für eine differenzierte Definition der Adhärenz wird vorab auf den Begriff der Compliance eingegangen. Dieser lässt sich vor allem durch die paternalistische Beziehung zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam charakterisieren – der Patient hat kein Mitspracherecht, ist weisungsgebunden und trägt die alleinige Verantwortung für das Befolgen seines Therapieplans (Gray et al., 2002). Durch den Paradigmenwechsel deutscher Gesundheitssysteme wurden diese Vorstellungen der alleinigen Verantwortung des Patienten revidiert (Klemperer, 2015). Bei der Modernisierung und dem neuen Rollenverständnis eines aktiveren Patienten wird die Verantwortung des Einhaltens des Therapieplans sowohl von dem Patienten als

auch vom Ärzteteam getragen. In diesem Zusammenhang steigt nicht nur das Mitspracherecht, sondern auch die Mündigkeit des Patienten (Ohlbrecht, 2016; Simon, 2005).

Das Verhalten und die daraus resultierende Adhärenz kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, was die Operationalisierung zusätzlich erschwert. Laut WHO (2003) können die Einflussfaktoren in verschiedene Domänen eingeteilt werden. Zum einen kann die Adhärenz durch sozialökonomische Faktoren, wie dem sozialen Status, aber auch den kulturellen Vorstellungen einer Krankheit, beeinflusst werden. Das Gesundheitssystem, unter dem z.B. die Beziehung zwischen Arzt und Patient gefasst wird, versteht die WHO als möglichen Einflussfaktor auf die Adhärenz. Die Krankheit an sich und die mögliche Schwere der Erkrankung sowie komorbide Beschwerden und die Therapie kann sich auf das adhärente Verhalten auswirken. Beeinflusst werden kann das adhärente Verhalten auch durch den Patienten selbst, etwa durch eigene Ressourcen, schlechte Erfahrungen oder Ängste, eine geringe Motivation oder ein verletztes Vertrauensverhältnis zum Behandlungsteam (Schäfer, 2020; WHO, 2003). Hält sich der Patient, z.B. auf Grund der genannten Einflüsse, nicht an den gemeinschaftlich herausgearbeiteten Therapieplan, wird von einer Non-Adhärenz gesprochen, die das Therapieergebnis merklich beeinflussen kann (Schäfer, 2020).

In Bezugnahme auf den medizinischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit (Lungentransplantation) kann sich eine Non-Adhärenz auf den posttransplantären Verlauf auswirken und so lebensbedrohliche Folgen mit sich bringen, wenn die Patienten die Medikamente nicht korrekt einnehmen (de Geest et al., 2014). Laut aktueller Studienlage scheint die Adhärenz bei unterschiedlichen Organtransplantationen verschieden zu sein, was jedoch auch durch unterschiedliche Forschungsdesigns bedingt worden sein kann (de Geest et al., 2014). Durch Götzmann und Kollegen (2008) wurde postuliert, dass lungentransplantierte Patienten, im Vergleich zu Patienten, denen eine Leber, eine Niere oder ein Herz transplantiert wurde, die geringste Non-Adhärenz aufweisen.

Um konkreter aufzeigen zu können, wie hoch das gesundheitliche Risiko eines nicht adhärenthes Verhalten sein kann, wird eine Metaanalyse mit nierentransplantierten Patienten herangezogen (Butler et al., 2004). Durch diese konnte gezeigt werden,

dass nierentransplantierte Patienten mit Non-Adhärenz Gefahr laufen, das Organ abzustößen. Das Risiko eines Organverlustes bei Non-Adhärenz ist dabei 7-fach mal so hoch als bei adhärennten Patienten. Die Wichtigkeit der Adhärenz ist dadurch begründet, dass rund 36% der Abstoßungen eines Organs auf eine Non-Adhärenz zurückzuführen sind.

2.2.3 Phasen der Verarbeitung

Durch frühere Studien wurde konstatiert, dass die Verarbeitung einer Lungentransplantation prozesshaft zu verstehen ist (Lefebvre & Crombez 1972; Lefebvre et al., 1973; Muslin, 1971; 1972). Dies konnte ebenfalls durch neuere Studien bestätigt werden (Lewin et al., 2013; Neukom et al., 2011). Um die unterschiedlichen Phasen von der Transplantation einer Lunge hin zur Integration darstellen zu können, wird die Studie von Neukom und Kollegen (2011) herangezogen. Dabei werden folgende Stadien der psychischen Verarbeitung einer Lungentransplantation vorgeschlagen: *Fremdkörperstadium*, *Übergangsstadium* und *vollständige Internalisierung*.

Das erste Stadium (*Fremdkörperstadium*) lässt sich dadurch charakterisieren, dass das neue Organ noch nicht als ein eigenes Körperteil, sondern eher als Fremdkörper, wahrgenommen wird. Dennoch ist diese Phase notwendig, damit im späteren Verlauf eine Identifizierung mit dem Spender stattfinden kann. Grundlage dafür stellt die Inkorporation, die Einverleibung des Objekts, dar. Spuren der Inkorporation lassen sich in dieser Phase identifizieren (Lefebvre & Crombez, 1972). Hinweise auf eine Inkorporation stellen unter anderem Berichte der Patienten über übernommene Eigenschaften oder Fantasien über den Spender dar, die dann wiederum hilfreich sein können, den komplexen medizinischen Eingriff zu verarbeiten und ihm eine Bedeutung zuzuschreiben (Goetzmann et al., 2007, 2009; Kirsch, et al., 2003; Quintin, 2013).

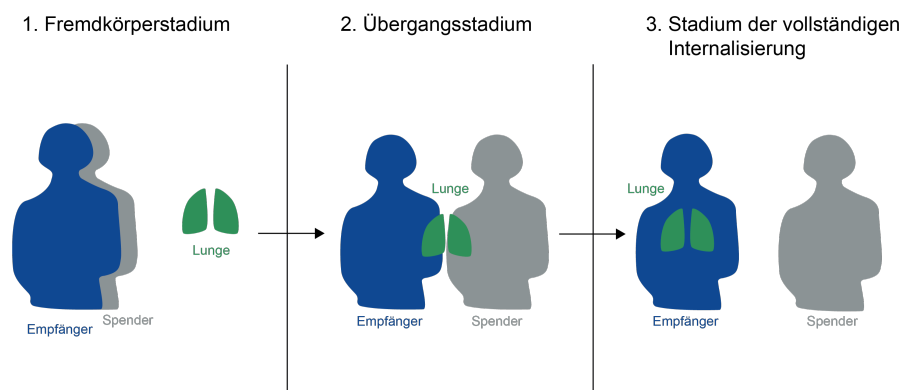
Das zweite Stadium (*Übergangsstadium*) basiert auf der Idee von Winnicott (1953). Das Übergangsobjekt (z.B. Kuscheltier) scheint hilfreich, um schmerzhaft Erfahrungen, wie erste Trennungen von der Bezugsperson, zu bewältigen. Findet diese Theorie nun hinsichtlich des medizinischen Eingriffs Anwendung, könnte die neue Lunge bzw. der Spender als Übergangsobjekt fungieren, welche die Trennung vom alten Organ ermöglicht (Goetzmann, 2004). Dabei kommt es dazu, dass das neue

Organ somatisch integriert wird. Eine psychosomatische Integration findet jedoch erst im darauffolgenden Stadium statt. Manifeste Inhalte, die auf den latenten Inhalt des Übergangsobjekts (Lunge oder Spender) hinweisen, ließen sich bislang jedoch nur in einem Einzelfall identifizieren (Goetzmann, 2004).

Das letzte Stadium wird als *vollständige Internalisierung* bezeichnet, da der Patient nun in der Lage ist, das neue Organ vollständig zu internalisieren und libidinös zu besetzen. Dabei wird der Spender vom Selbst als distanziert und getrennt wahrgenommen. Folglich findet die Integration der neuen Lunge sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene statt, was als „Überwindung des gewohnten Körperschemas“ verstanden werden kann (Balck, 2008; Brosig & Woidera, 1993, S. 1063; Lefebvre & Crombez, 1972; Neukom et al., 2011). Die Fähigkeit der Symbolisierung des Patienten kann dabei als unterstützend wahrgenommen werden (Neukom et al., 2011). Die drei Stadien der Verarbeitung finden sich in Abbildung 1 wieder.

Abbildung 1

Stadien der Verarbeitung einer Lungentransplantation



Quelle. Eigene Darstellung, Eichenlaub (2019, S. 19) in Anlehnung an Neukom (2011, S. 4)

Ein weiteres Modell, welches die Integration ebenfalls prozesshaft versteht, wurde durch Dabbs und Kollegen (2004) aufgestellt und zeichnet sich durch folgende Phasen aus: *Naiveté*, *Vulnerability*, *Discovery* und *Insight*.

Dadurch, dass der Patient anfangs primär eine positive Sichtweise einnimmt, werden innerhalb der ersten Phase (*Naiveté*) negative Aspekte, z.B. Abstoßreaktionen, nicht wahrgenommen bzw. geleugnet. Werden diese jedoch wahrgenommen (*Vulnerability*) und versucht zu bewältigen (*Discovery*), befindet sich der Patient schlussendlich in der letzten Phase (*Insight*). Hier werden neben den positiven auch die negativen Aspekte akzeptiert und integriert, was sich unter anderem durch ein

verbessertes Gesundheitsverhalten ausdrücken kann (Dabbs et al., 2004; Goetzmann et al., 2007, 2009).

Die Modelle beschreiben zwar typische Verläufe, die sich jedoch von Patient zu Patient unterscheiden, da sie durch individuelle Faktoren beeinflusst werden können. Durch diese Faktoren kann das Durchlaufen der Stadien gestört werden oder erst gar nicht erst stattfinden (Dabbs et al., 2004; Neukom et al., 2011). Ebendeshalb können sich im Verlauf gravierende Folgen, etwa Abstoßreaktionen durch die inkorrekte Medikamenteneinnahme oder psychische Störungen, entwickeln (Dew et al., 1998; Goetzmann et al., 2009, 2010). Durch welche innerpsychischen Prozesse die Integration und das prozesshafte Durchlaufen beeinträchtigt werden könnte, wird in Kapitel 2.2.4 dargestellt.

2.2.4 Verarbeitung einer Lungentransplantation aus psychodynamischer Perspektive

Die Verarbeitung einer Lungentransplantation lässt sich durch typische Inhalte charakterisieren, die jedoch unterschiedlich präsentiert werden können. Grund hierfür stellen unter anderem verschiedene Erfahrungen in der Kindheit, diverse Abwehrmechanismen oder Konflikte dar (Lefebvre & Crombez, 1972). Auf Grund des Forschungsdefizits werden im Folgenden auch weitere Studien zu anderen Organverpflanzungen, z.B. Niere, miteinbezogen, obwohl sich diese, etwa durch das Weiterleben des Spenders, deutlich von einer Lungentransplantation unterscheiden (Lewin et al., 2013).

Dadurch bedingt, dass die Emotion Angst im Vergleich zur Normalbevölkerung bei lungentransplantierten Patienten deutlich erhöht ist, scheint dieser Faktor eine bedeutsame Rolle in der Verarbeitung der Transplantation zu spielen (Huttner et al., 2001). Die Ängste können thematisch eingeteilt werden, sie beziehen sich auf die Angst, das Organ abstoßen zu können (Seiler et al., 2016b), auf Todesängste oder auf unbewusste bzw. die Reaktivierung von frühkindlichen Ängsten (Huttner et al., 2001). Diese zu identifizieren ist mit Herausforderungen verbunden, so etwa, wenn die Ängste abgewehrt oder verleugnet werden (Brosig & Woidera, 1993; Lewin et al., 2013).

Die Studie von Seiler und Kollegen (2016b) zeigt auf, dass über die Hälfte der untersuchten Patienten von der Angst berichten, das neue Organ abzustoßen, was durch minimale körperliche Veränderungen verstärkt werden kann (vgl. z.B. Huttner et al., 2001). Körperliche Veränderungen können jedoch auch als Folge der Angst und nicht als postoperative Komplikation verstanden werden. Diese zeigen sich dann beispielsweise in Form von Übelkeit, Atemnot, Diarrhoe, Obstipation, Schwitzen oder Brustschmerz (Faust, 1999; Heckhausen, 1989).

Todesängste lassen sich bereits präoperativ identifizieren – so ist der Patient durch die Schwere der Erkrankung im Endstadium und möglichen Begleiterkrankungen, wie Erstickungsgefühlen sowie der langen Wartezeit auf ein neues Organ, ständig mit dem Tod konfrontiert (Craven, 1990; Crombez & Lefebvre, 1972). Generell kann dem Thema Tod eine große Bedeutung beigemessen werden. Es äußert sich in Form „einer Erlösung, wenn man die Operation als Bedrohung, Vergebung durch die Empfängnis des Spenderorgans als eine Art Geschenk und die Transplantation als eine Art Wiedergeburt“ versteht (Lefebvre & Crombez, 1972, S. 20).

Die Angst vor der Regression, also dem Rückversetzen auf frühkindliche Entwicklungsstufen, stellt eine besondere Form der Angst dar. Diese lässt sich etwa durch den Verlust der Autonomie und dem selbstbestimmten Leben charakterisieren. Dieser Verlust entsteht beispielsweise durch die Auslieferung an das Ärzteteam und die Medizintechnik oder durch das strikte Einhalten der Ernährungspläne (Brosig & Woidera, 1993; Lefebvre & Crombez, 1972). Die damals erworbene körperliche Unabhängigkeit (des Kindes) könnte durch das neue Körperbild verletzt worden sein, was sich etwa in Verschmelzungsängsten widerspiegelt und die Bedeutsamkeit des neuen Körperbilds untermauert (Brosig & Woidera, 1993; Castelnuovo-Tedesco, 1973; Neukom et al., 2011). Im Gegensatz dazu berichtete jedoch eine Vielzahl von Patienten über einen Anstieg der Autonomie durch das neue Organ (Seiler et al., 2016a; Neukom et al., 2011).

Die regressionsfördernden Prozesse zeichnen sich nicht durch Ängste aus, sondern auch durch die Reaktualisierung von Schuldgefühlen (Goetzmann et al., 2009). Schuld kann durch die Tatsache entstehen, dass erst durch den Tod des Anderen ein eigenes Weiterleben ermöglicht werden kann, was durch die Reaktivierung von Schuldgefühlen aus der Kindheit verstärkt werden kann. Diese Reaktivierung kann

unter anderem mit objektbeziehungstheoretischen Annahmen in Verbindung gebracht werden. So kann die Beziehung zu (inneren) Objekten als „schädlich oder quälend“ erlebt werden (Goetzmann, 2004, S. 288). Werden hingegen sowohl die guten als auch die bösen Anteile des Objekts, in diesem Fall des neuen Organs, integriert, kann die depressive Position (Klein, 1946; vgl. Kapitel 2.3.1) herangezogen werden, die ebenfalls mit der Entstehung von Schuldgefühlen verknüpft wurde. Insgesamt scheint die Transplantationserfahrung in „frühe Beziehungsmuster“ eingebettet zu sein (Lewin et al., 2013, S. 136). Eine tiefere Darstellung der Verknüpfung mit objektbeziehungstheoretischen Annahmen findet sich in Kapitel 2.3.1.

Auch der Funktionsverlust durch die terminale Lungenerkrankung und das Wiedererlangen der Funktion durch das neue Organ scheint eine große Rolle zu spielen – insbesondere dann, wenn man diesen Aspekt mit psychoanalytischen Konzepten, wie dem Kastrationsphantasma (vgl. Freud, 1923), in Verbindung bringen kann. Dabei kann der Verlust der (Lungen-) Funktion als Kastration und das Wiedererlangen der Funktion durch das neue Organ als Refertilisierung verstanden werden (Brosig & Woidera, 1993). Der Bericht von Schwangerschaftsphantasien oder der neu erlangten Potenz könnten so als Spuren des eben erwähnten Phantasmas verstanden werden (Brosig & Woidera, 1993).

Neben belastenden Emotionen und der Angst vor der Kastration gibt es neben der verbesserten Lebensqualität, die im vorherigen Kapitel erwähnt wurde, auch weitere psychische Faktoren, die sich postoperativ verändern. Dazu gehören beispielsweise vermehrte positive Emotionen, persönliches Wachsen durch die Transplantation oder das Erleben von Hoffnung (Seiler et al., 2016a), welche die Verarbeitung und die Integration des neuen Organs begünstigen können.

Zusammenfassend stellt die prozesshafte Verarbeitung der Transplantation einige Anforderungen an den Patienten, die sich etwa in der Bewältigung bestimmter Thematiken äußern können. Daher ergibt sich die Notwendigkeit einer präoperativen bzw. postoperativen (psychotherapeutischen) Begleitung sowie die Wichtigkeit einer guten und unterstützenden Beziehung zum behandelnden Ärzteteam (Erim et al., 2006a; 2006b; Goetzmann et al., 2007, 2010).

2.3 Transplantationskomplex

Wie erwähnt, wurde der *Transplantationskomplex* (Goetzmann et al., 2019a) sowohl für die Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) als auch für vorliegende Arbeit herangezogen, um unbewusste Prozesse einer Transplantation tiefer analysieren zu können. Bevor auf den *Transplantationskomplex* eingegangen wird, werden vorab die wichtigsten Grundkonzepte erläutert. Dabei wird sich theoretisch an den Begriff der unbewussten Phantasie angenähert. Bei dem Begriff der Phantasie wird zunächst die Idee Freuds herangezogen, bevor die Konzeptualisierung Kleins vorgestellt wird. Da der *Transplantationskomplex* mit Hilfe eines Traums eines lungentransplantierten Patienten rekonstruiert wurde, wird die Idee der Rückübersetzung eines Traums nach Freund (1900) erläutert. Anschließend werden modernere Konzepte, wie die Konzepte von Bion (1962) und Moser (2016), herangezogen. Abschließend wird genauer auf die frühen und zeitüberdauernden Komplexe (Moser, 2016) eingegangen, bevor der *Transplantationskomplex* mit seinen einzelnen Aspekten (Goetzmann et al., 2019a) dargestellt wird.

2.3.1 Konzept der unbewussten Phantasie nach Melanie Klein

Die Konzipierung einer allgemeinen Definition für das Konzept der unbewussten Phantasie erweist sich als herausfordernd (Bohleber et al., 2016). Grund hierfür stellt unter anderem „der theoretische Pluralismus der Psychoanalyse dar“, welcher es erschwert, eine generalisierende und integrierende Konzeptualisierung aufzustellen (Bohleber et al., 2016, S. 25). Erste Definitionen gehen auf Freud zurück, der damit zukünftige Konzepte beeinflusste (Bohleber et al., 2016). Durch seine Schriften und Vorlesungen wurde deutlich, dass die Phantasie meist der (regressiven) Wunscherfüllung dient (Freud, 1900). In einer seiner Vorlesungen verglich er die Phantasie mit einem Naturschutzpark in dem „alles wuchern und wachsen kann, [selbst] das Nutzlose, selbst das Schädliche“ (Freud, 1933, S. 387).

Freud zeigte auf, dass Phantasien eng mit dem Abwehrmechanismus der Verdrängung zusammenhängen. Es wurde deutlich, dass sich Phantasien in unterschiedlichen Bewusstseinszuständen äußern können. „Die unbewussten Phantasien sind entweder von jeher unbewusst gewesen, im Unbewussten gebildet worden oder, was der häufigere Fall ist, sie waren einmal bewusste Phantasien, Tagträume und sind dann mit Absicht vergessen worden, durch die Verdrängung ins Unbewusste

geraten“ (Freud 1908, S. 193). Phantasien äußern sich laut Freud unter anderem in dem symbolischen Gehalt der Symptome der Patienten. Dieser Gehalt kann dann beispielsweise mit Hilfe von Traummaterial übersetzt werden (Weiss, 2013; vgl. Kapitel 2.3.2). Gemäß Freud (1915) gibt es Phantasiethemen, etwa die Beobachtung des elterlichen Koitus oder die Kastration, die sich wiederholen. Diese Phantasie-muster können transgenerational weitergegeben werden (Freud, 1918). Abschließend sollte erwähnt werden, dass die Konzeptualisierung der Phantasie bei Freud, im Gegensatz zu anderen Konzepten, vergleichsweise wenig Beachtung fand (Weiss, 2013).

Eine weitere Konzeptualisierung unbewusster Phantasien findet sich bei Melanie Klein wieder, die sich „selbst als eigene Erbin Freuds“ (De Clerck, 2013, S. 28) bezeichnete, welche primär für die vorliegende Arbeit verwendet wird. Neben der Idee Freuds wurde die Reformation des Phantasiebegriffs Kleins vor allem durch die Freud-Klein-Kontroverse innerhalb der British Psychoanalytical Society geprägt. Hauptgegenstand der Auseinandersetzungen zwischen Anna Freud und Melanie Klein, die primär zwischen 1941 und 1945 stattfanden, waren die konträren Ansichten der frühkindlichen Entwicklung (De Clerck, 2013; Weiss, 2013).

Im Gegensatz zu Freud bezieht sich Klein, die ihre Erkenntnisse vor allem aus der Arbeit mit Kindern zog, weder auf Tagträume, noch auf verdrängte oder regressive Inhalte (Bohleber et al., 2016; Laurer, 2019a, 2019b; Weiss, 2013). Bei Klein wird, im Vergleich zu Freud, die beziehungsschöpfende (Weiss, 2013) Komponente der unbewussten Phantasie deutlich. So bestehen die unbewussten Phantasien laut Klein prä- bzw. postnatal, also vor der sprachlichen Entwicklung, und bilden so die Grundlage der psychischen Struktur eines Menschen. Vor bzw. nach der Geburt sind unbewusste Phantasien in Objektbeziehungen (innere und äußere) strukturiert und differenzieren sich im Laufe der Entwicklung „von primitiven körpernahen Erfahrungen allmählich hin zu Bildern und symbolischen Repräsentationen“ (Weiss, 2013, S. 903). Das Objekt (meist die Mutter) bzw. die Objektbeziehungen können so als eine wichtige Grundlage für das Bilden unbewusster Phantasien verstanden werden (Weiss, 2013).

Ein Fundament für die Objektbeziehungen stellen wiederum Entwicklungsstufen dar, die Klein als Positionen bezeichnet. Position meint hier eine Art „innere Position

zum Objekt“ (Klein, 1946; Laurer, 2019c, Minute 2:16-2:19). Diese sind, abgesehen von Fixierung oder Regression, nicht pathologisch zu verstehen, sondern gehören aus kleinianischer Perspektive zu einer normalen und lebenslangen intrapsychischen Entwicklung dazu.

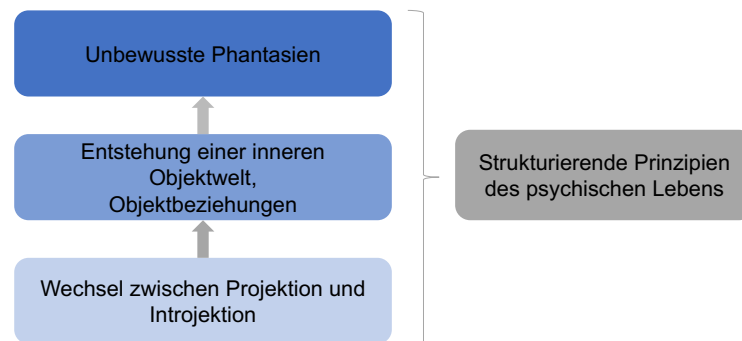
Die erste Position (*Paranoid-schizoide Position*) lässt sich vor allem durch eine Verfolgungsangst charakterisieren. Der Begriff *schizoid* dieser Phase bezieht sich auf die Spaltung des Objekts in gute und böse Anteile, bzw. in die gute (anwesende) und böse (abwesende) Brust. Durch die Angst vor dem inneren Verfolger kommt es zu folgenden Abwehrmechanismen: *Projektion* bzw. *projektive Identifizierung* (wird meist synonym verwendet). Kurz gesagt geht es bei diesen Prozessen darum, dass das Kind nicht aushaltbare Gefühle, etwa die Abwesenheit der mütterlichen Brust, nicht integrieren kann, abspaltet und so nach außen projiziert (Klein, 1946; Laurer, 2019a, 2019c; Ruettnner, 2019).

Die zweite Position (*Depressive Position*) bezieht sich auf die Angst, den Anderen (Objekt) zu verlieren. Die Beziehung zu diesem Objekt ist nicht mehr gespalten, sondern lässt sich vor allem als ambivalent beschreiben. Damit einhergehend soll die Entstehung von Schuldgefühlen besonders hervorgehoben werden (Klein, 1946; Laurer, 2019c; Ruettnner, 2019). Mit Hilfe des Objekts kommt es im Optimalfall zur Einordnung dieser Gefühle. Das Kind nimmt so das Äußere nach Innen auf, was folglich zur Verinnerlichung der guten Objekte sowie zum Aushalten der Ambivalenz (Anwesenheit vs. Abwesenheit) führt. In Worten der Objektbeziehungstheoretikerin kommt es dazu, dass durch einen Prozess (Introjektion) „eine gute und eine böse Brust aufgebaut wird“ (Klein, 1960, S. 189). Die „ersten introjizierten Objekte bilden dann den Kern des Überichs“ (Klein, 1960, S. 189). Die beschriebene Verfolgungsangst wird gemildert und das Ich des Kindes wird auf diese Weise gestärkt (Klein, 1960).

Durch den Wechsel der Abwehrmechanismen von *Projektion* bzw. *Introjektion*, die in wechselseitiger Beziehung stehen, entsteht die innere Welt des Kindes (Klein, 1960). Abbildung 2 soll die Grundlage zur Entstehung unbewusster Phantasien nach Klein verdeutlichen.

Abbildung 2

Entstehung unbewusster Phantasien nach Melanie Klein



Quelle. Eigene Darstellung in Anlehnung an Klein (1946, 1960)

Neben der Entstehung der unbewussten Phantasie ging Klein auf die thematischen Inhalte der (frühkindlichen) unbewussten (Ur-) Phantasien ein, die sie wie folgt beschrieb:

Das Kind erwartet im Inneren der Mutter den Penis des Vaters, Extremente und Kinder, die es essbaren Stoffen gleichsetzt, zu finden. Seine frühesten Phantasien vom Koitus der Eltern („Sexualtheorien“) gehen dahin, dass der väterliche Penis resp. der ganze Vater der Mutter einverleibt wird. Die auf diese Weise gegen beide Elternteile gerichteten sadistischen Angriffe, in denen diese in der Phantasie zerbissen, zerrissen, zerschnitten, zerstampft werden, lösen die Angst vor der Strafe beider, miteinander vereinigten Eltern aus (Klein, 1930, S.36).

Die inhaltliche Erweiterung, die vermutlich vor allem durch die Freud-Klein-Kontroverse geprägt wurde, fand sich in Kleins Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen (1946) wieder:

Die Angriffe auf die Mutterbrust werden zu ähnlich gearteten Angriffen auf ihren ganzen Körper weiterentwickelt, den der Säugling gewissermaßen als Erweiterung der Brust empfindet, noch bevor er die Mutter als ganze Person wahrnimmt. Die phantasierten Angriffe auf die Mutter folgen im Wesentlichen zwei Linien. Die eine besteht in dem vorwiegenden oralen Impuls die Mutter auszusaugen, sie zu beißen, ihren Körper all seiner guten Inhalte zu berauben, zu entleeren und diese zu rauben. Die zweite Angriffslinie leitet sich aus den analen und urethralen Triebregungen her und ist mit der Phantasie verbunden, gefährliche Substanzen aus dem Selbst auszustoßen und in der Mutter zu deponieren (Klein, 1946, S.101).

Grundlage für diese oral-sadistischen Urphantasien finden sich beispielsweise in angriffslustigen bzw. aggressiven Spielszenarien wieder (Isaac, 1948; Klein, 1960;

Laurer, 2019b). Die Schuldgefühle, die durch die unbewussten Phantasien entstehen können, zeigen sich beispielsweise in Spielszenarien wieder, wenn das Kind abgerissene Teile der Figur wieder reparieren möchte, was als Ausdruck einer Wiedergutmachung verstanden werden kann (Isaac, 1948; Laurer, 2019b). Neben den Spielszenarien können diese Inhalte mit Hilfe des Übertragungsphänomens identifiziert werden (Weiss, 2013).

Gemäß der Objektbeziehungstheoretikerin stellt neben einer tieferen Analyse der unbewussten Phantasien auch die wiederholte Verbalisierung der oral-sadistischen Phantasien eine Methode dar, um den Leidensdruck zu senken (Laurer, 2019b). Dieser entsteht etwa durch Verfolgungsängste, Trauer oder düstere Phantasien (vgl. Klein, 1946). Gerade durch diese Erkenntnis wird deutlich, dass der Begriff der unbewussten Phantasie von Klein und ihren Anhängern in einem vorwiegend klinischen Kontext eingeordnet werden kann (Weiss, 2016). Insbesondere dann, wenn sie als Nährboden psychischer Störungen angesehen werden können, da diese, wie erwähnt, als „strukturierende Prinzipien des psychischen Lebens begriffen werden können“ (Bell, 2013; Klein, 1946; Weiss, 2016, S. 903).

Melanie Klein erfuhr neben der Freud-Klein-Kontroverse auch auf Grund der beschriebenen düsteren oral-sadistischen Phantasieinhalte deutliche Kritik (vgl. z.B. Laplanche, 1983, Laurer 2019b). Trotz dieser Kontroverse hielt die Analytiker an ihren oral-sadistischen Phantasieinhalten fest, so Niedecken (2004). Auch heute finden diese Ansichten, wenn auch in modifizierter Form, Anwendung in der psychotherapeutischen Behandlung mit der klinisch durchaus gerechtfertigten Begründung, dass „die Beziehung des Patienten zu seinem Analytiker ausschließlich aus unbewussten Phantasien besteht“ (Isaac, 1948, S. 79; Laurer, 2019b).

2.3.2 Der Traum und seine Transformation

Zwar beschäftigte sich die Wissenschaft bereits vor Freud mit dem Traum, jedoch erhielt dieses Phänomen vor allem durch das Werk der Traumdeutung (1900) internationale Aufmerksamkeit und beeinflusste zukünftige Arbeiten merklich. Grund hierfür ist beispielsweise, dass Freud sich erstmals auf eine wissenschaftliche Weise mit dem Traum auseinandersetzte, was ihn von früheren Ansichten und Theorien unterschied (Ermann, 2014).

Als Psychoanalytiker betonte er vor allem den psychischen Aspekt des Traums, „wenn der Traum ein somatisches Phänomen ist, geht er uns nichts an; er kann uns nur unter der Voraussetzung, dass er ein seelisches Phänomen ist, interessieren“ (Freud, 1916-1917, S. 97). Um seine psychoanalytische Arbeit mit dem Traum darstellen zu können, werden vorab die verschiedenen Arten des Traum Inhalts (manifest und latent) erläutert. Freud (1900) ging davon aus, dass der Traumbericht (Wachnarrativ) sozialen Normen unterworfen ist (Realitätsprinzip, Sekundärprozess) und bezeichnete diesen Inhalt als „manifesten Traum Inhalt“ (Freud, 1900, S. 282). Für diese veränderte bzw. angepasste Darstellung des Traums nutzt der Erzähler verschiedene Abwehrmechanismen, etwa Verdichtung oder Verneinung (Freud, 1900). Dass mehrere Vorstellungen, etwa durch einen künstlichen Prozess, ineinander verschmelzen und so miteinander verknüpft werden können, wird als Verdichtung beschrieben: „Im Verdichtungs Vorgang setzt sich aller psychischer Zusammenhang in die Intensität des Vorstellungsinhalts um“ (Freud, 1900, S. 387). Der Abwehrmechanismus der Verdichtung führt etwa dazu, dass der manifeste Traum Inhalt im Gegensatz zum latenten Traum Inhalt deutlich komprimierter präsentiert wird (Struck, 1992). Bei dem Vorgang der Verneinung werden konflikthafte bzw. bedrohliche Inhalte oder Situationen abgeblockt bzw. verneint, um so zu verhindern, dass diese ins Bewusstsein gelangen (Freud, 1900; König, 1997).

Diese Abwehrmechanismen verhelfen der Person dazu, den Traum Inhalt darstellen zu können und dem Traum so generell „Sinn und Bedeutung“ zu geben (Meltzer, 1995, S. 48). Für die Deutung an sich benötigt es den latenten Traum Inhalt: „Der manifeste Traum Inhalt war nur eine Täuschung, eine Fassade an welcher zwar die Assoziation anknüpfen konnte, aber nicht die Deutung“ (Freud, 1925, S. 72, S. 282). Dieser Traum Inhalt kann als eine Art Endprodukt der Traumarbeit gesehen werden (Struck, 1992). Dabei werden die Inhalte nicht an moralische Vorstellungen angepasst, da hier das Unbewusste der Person herrscht (Primärprozess) und sich der Inhalt so durch eine Willkürlichkeit kennzeichnet. Bei diesem Inhalt wird die betonte wunscherfüllende Komponente deutlich. Laut Freud handelt es sich dabei vorwiegend um unerfüllte (verdrängte) Wünsche aus der Kindheit (Freud, 1900; Struck, 1992). Zusammenfassend erfolgt durch „das Manifeste eine Rückübersetzung auf den latenten Gehalt des Traums“ (Goetzmann et al., 2019a, S. 519). Anders ausgedrückt, kommt es also zu einer Übersetzung in eine andere Sprache.

Im Laufe der vergangenen Jahre hat sich das Verständnis des Traums erheblich verändert. Für Neuropsychologen scheint es generell überholt und auf Grund modernster Forschungen nicht mehr zeitgemäß zu sein (Mertens, 2008). Auch die Translation des latenten durch den manifesten Trauminhalt wurde durch neuere Theorien reformiert. Rund 20 Jahre nach dem Tod Freuds zog Bion beispielsweise Funktionen und Elemente hinzu, welche die Translation in seinen Augen erst ermöglichen kann. So postulierte er, dass es „nicht denkbare, gar abgespaltene, unverdaute Elemente“ (Beta-Elemente) gibt, die meist mit bedrohlichen Affekten verknüpft sind (Bion, 1962, S. 52f.). Diese werden dann wiederum mit Hilfe einer psychischen Funktion (Alpha-Funktion) zu Elementen, die „denkbar und symbolisierbar sind“ (Alpha-Elemente) (Bion, 1962, S. 52 f.). Alpha-Elemente werden für das generelle Denken, aber auch für die Entstehung von Traumgedanken benötigt. Sie übersetzen quasi den Inhalt der Beta-Elemente, so Bion (1962). Eine bedeutsame Rolle schrieb Bion, genau wie Klein, auch der Mutter innerhalb dieses Transformationsprozesses zu. Unterstützt wird der Transformationsprozess unter anderem dadurch, dass die Mutter „ihre eigene Alpha-Funktion zu Verfügung stellt, um so die inneren Zustände ihres Babys zu erfassen, zu verstehen und zu transformieren“ (Rüth, 2005, S. 75). Dadurch betont er den linguistischen Aspekt der Transformation. Laut Bion kann der Vorgang der Transformation durch „heftige Affekte, wie Hass oder Neid“ (Bion, 1962, S. 55) unterbrochen oder gar unmöglich sein. Abschließend sollte betont werden, dass Bion neben dem linguistischen Aspekt den kognitiven Aspekt besonders hervorhebt (Bion, 1962; Goetzmann et al., 2019a).

Die Traumtheorie von Moser (vgl. Zurich Dream Process Coding System (ZDPCS), Moser & Zeppelin, 1996; Hortig & Moser, 2012; Moser, 2016; Wittmann et al., 2016) versteht den Traum als eine Art Mikrowelt, die aus Feldern besteht. Zunächst kann die Mikrowelt in Orte (place), etwa die Wohnung eines Erzählers und in kognitive Elemente (CE) eingeteilt werden. Die Verwendung der kognitiven Elemente fand sich, wie eben erwähnt, auch schon bei Bion (1962) wieder. Die kognitiven Elemente werden bei diesem Modell in belebte und unbelebte Elemente aufgeteilt. Belebte Elemente stellen etwa die Person selbst dar (SP, Subjektprozessor) oder weitere Lebewesen, etwa die Partnerin des Träumenden (OP, Objektprozessor). Die belebten und unbelebten Elemente (kognitiven Elemente) zeichnen sich dann wie-

derrum durch verschiedene bestehende bzw. nicht bestehende Beziehungen zueinander aus (bestehende Relationen, REL; interaktive Relationen, IR) (vgl. Goetzmann et al., 2019a).

Im Gegensatz zu Bion (1962) wird durch diese Theorie die Wechselwirkung von kognitiven Elementen und den hervorgebrachten Emotionen betont. Der Traum bzw. das Feld besteht neben den kognitiven Elementen auch aus emotionalen Erfahrungen, die mit Hilfe des Felds dargestellt werden. Diese Erfahrung, „die transformiert wird, besteht aus unbewussten Körperzuständen, Erinnerungen, Affekten, Wünschen, Triebderivaten oder Beziehungsmomenten“ (Bollas, 2013, S. 81). Diese sind laut Moser „in Form eines frühen und zeitüberdauernden Komplex [es] organisiert“ (Moser, 2016, S. 147). Abhängig von dieser emotionalen Erfahrung ist auch, ob der zeitüberdauernde Komplex, der im Langzeitgedächtnis gespeichert ist, sich eher traumatisch oder konflikthaft charakterisieren lässt (Moser, 2016).

Wie durch Wittmann und Kollegen (2016) postuliert, werden die Komplexe durch den Traum bzw. die Mikrowelt innerpsychisch verarbeitet. Inwieweit sich solche Komplexe auch in medizinischen Kontexten, etwa bei einer Lungentransplantation, finden lassen, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

2.3.3 Die Konzeptualisierung des Transplantationskomplexes

Abhängig vom aktualisierten Ereignis kann der im vorherigen Kapitel beschriebene Komplex unterschiedlich betitelt werden. So wurde der rekonstruierte Komplex der Einzelfallstudie (Goetzmann et al., 2019a) als *Transplantationskomplex* bezeichnet, da die Reaktualisierung anhand eines lungentransplantierten Patienten untersucht worden ist. Für diese Rekonstruktion zogen die Autoren sowohl einen Traum als auch die Wachnarrative des Transplantierten heran und untersuchten diese mit Hilfe des ZDPCS. Die oben erwähnten Theorien Kleins, Bions und Mosers wurden ebenfalls für die Analyse des Datenmaterials verwendet.

Insgesamt besteht der konstruierte *Transplantationskomplex* aus sieben unterschiedlichen Aspekten: *Der Spender wird getötet*, *Der Körper wird aufgebrochen*, *Objekte dringen in den Körper / werden gefressen (Inkorporation)*, *Der Empfänger*

ist der Spender (Identifizierung), Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers, Das (neue) Objekt ist Mitglied der Organfamilie, Das neue Objekt kann ausgestoßen werden (Goetzmann et al., 2019a).

Zwei Wochen nach der Transplantation stellt der Patient in einem Interview dar, wie der Spender vermutlich ums Leben gekommen sein muss, damit er sein neues Organ erhalten konnte. Dabei bezieht er sich auf ein Massaker bzw. einen schlimmen Unfall. Unter Berücksichtigung des Modells der Traumgenerierung können laut Götzmann und Kollegen (2019a) auch weitere Äußerungen des Patienten mit diesem Aspekt des *Transplantationskomplexes (Der Spender wird getötet)* in Verbindung gebracht werden – so beispielsweise, dass die gerodeten Pflanzen im Traum des Patienten im Sinne „eines alten, archetypischen Bilds dafür stehen könnten, dass der Tod uns niedermäht“ (Goetzmann et al., 2019a, S. 531).

Neben den gerodeten Pflanzen spricht der Patient auch davon, dass in seinem Traum Holz geschlagen wurde. Ein weiterer Aspekt, der dabei anklingt (*Der Körper wird aufgebrochen*), kann am besten durch folgendes Zitat des Patienten selbst dargestellt werden: „Bei einer Transplantation wird ja gesagt, es werden Rippen gebrochen, das müssen wohl die Motorsägen gewesen sein, die ich gehört habe. Der Kahlschlag und dieser Lärm müssen vom Operationssaal gekommen sein.“ (Goetzmann et al., 2019a, S. 528).

Wie erwähnt, wurde die oral-sadistische Phantasie Kleins für die Erarbeitung des *Transplantationskomplexes* genutzt. Die Theorie der Objektbeziehungstheoretikerin wird insbesondere bei dem Aspekt *Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation)* deutlich. Vor allem durch die Äußerungen einer Schweizer Regierungsrätin, „dass der Körper nicht staatlicherseits zum Verzehr freigegeben werden darf“ (Bernath, 2014, S. 115; Goetzmann et al., 2019a, S. 530) wird die Transplantation als solche als kannibalistische Handlung abgewertet. Sich kostbare Inhalte eines Anderen einzuverleiben bzw. die Tatsache, dass Objekte gewaltsam inkorporiert werden, untermauern dabei die Reaktivierung unbewusster oral-sadistischer Phantasien. „Schuldgefühle oder Überhängste wurden [laut den Autoren] abgewehrt oder nach außen projiziert“ (Goetzmann et al., 2019a, S. 536).

Dass das neue (einverleibte, inkorporierte) Objekt (Lunge) nun Teil der Innenwelt des Transplantierten ist, wird durch folgendes Zitat des Patienten deutlich: „Vielleicht ist es wirklich so, dass ein Toter in mir weiterlebt und ich nun mit zwei Seelen lebe“. Basierend auf diesem Zitat wurde folgender Aspekt des *Transplantationskomplexes* entwickelt: *Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers*.

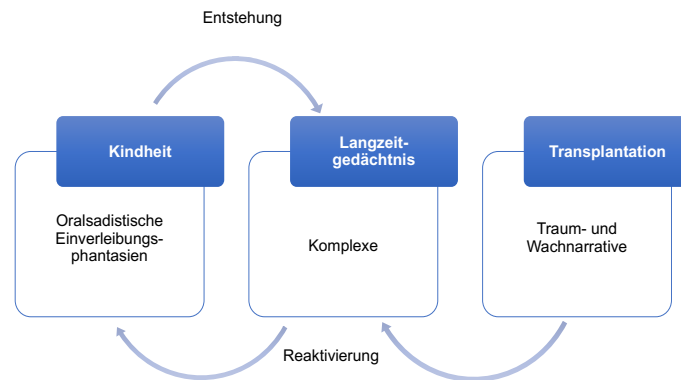
Neben dem Aspekt, dass der Spender Teil der Innenwelt des Empfängers ist, zeigt die Aussage des Patienten, dass „er geträumt habe, dass der Spender mit seiner Partnerin eine neue Wohnung beziehe“ eine besondere Form der Identifizierung (*Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung)*). Die Deutung des Traums durch den Patienten, dass das „sich-Einrichten an einem neuen Ort – oder vielleicht auch das Verlassen eines Ortes, was mit der alten kaputten Lunge in Verbindung gebracht werden könnte“, (Goetzmann et al., 2019a, S. 528) könnte auch damit verbunden werden, dass das *neue Objekt (Lunge) Mitglied der Organfamilie* ist (Goetzmann et al., 2019a).

Laut Götzmann und Kollegen (2019a) wird durch das *Ein- und Ausziehen* ein weiterer Aspekt deutlich: *das (neue) Objekt ist Mitglied der Organfamilie, das ausgestoßen werden kann*. Darüber hinaus kann dieser Aspekt mit weiteren Äußerungen des Patienten in Verbindung gebracht werden, so beispielsweise, dass in der einer psychotherapeutischen Behandlung die Metapher einer Schwangerschaft herangezogen wurde. Dabei kann die Separation (durch die Geburt) dafür stehen, dass ein Objekt ausgestoßen wird. Für eine vertiefende Darstellung der erarbeiteten Aspekte des *Transplantationskomplexes* wird auf Götzmann und Kollegen (2019a) verwiesen.

In der folgenden Abbildung wird die Idee von Götzmann und Kollegen (2019a), dass durch die Transplantation Komplexe bzw. frühe oral-sadistische Phantasien (vgl. Kapitel 2.3.1) reaktiviert werden, dargestellt.

Abbildung 3

Reaktivierung von oral-sadistischen Phantasien durch die Transplantation



Quelle. Eichenlaub (2019, S. 26)

Der rekonstruierte *Transplantationskomplex* und das neu erarbeitete Verständnis wurden im Rahmen der früheren Arbeit (Eichenlaub, 2019) genutzt. Bedingt durch die aktuelle Relevanz des Themas und der defizitären Forschungslage wird das Konzept auch für die vorliegende Arbeit genutzt, um überprüfen zu können, ob sich das Verständnis der psychischen Verarbeitung von Götzmann und Kollegen (2019a) generalisieren lässt.

2.4 Achse der psychosomatischen Totalität

Um die Vielzahl der körperlichen Symptome lungentransplantierte Patienten besser einordnen zu können und den dichotomen Zusammenhang zwischen Körper und Psyche aufzuheben, wird die *Achse der psychosomatischen Totalität* herangezogen. Auf Grund des Umfangs der Arbeit wird lediglich auf diesen psychosomatischen Erklärungsansatz eingegangen, während andere lediglich einführend erläutert werden. Um die *Achse der psychosomatischen Totalität* besser verstehen zu können, werden die dazugehörige Konzepte definiert. Diese beziehen sich auf traumale und ödipale Konzepte (Dreierschnitt: Trauma, Ödipus und Achse). Bezugnehmend auf die Entwicklungspsychologie wird dabei zunächst auf das *Trauma* eingegangen, während anschließend der *Ödipuskomplex*, als reifste Form der psychoneurotischen Entwicklung, erläutert wird. Auf das Register des Psychischen wird ebenfalls eingegangen, da es für die Konzipierung der Achse herangezogen wurde.

2.4.1 Einführung in die Theorieansätze

Bevor auf die drei populärsten psychoanalytischen Theorieansätze, die sich mit der Wechselwirkung von Soma und Psyche beschäftigen, eingegangen wird, sollte vorangestellt werden, dass die Entstehung psychosomatischer Störungsbilder meist multifaktoriell bedingt ist und nicht durch einzelne Ursachen erklärbar ist (Goetzmann et al., 2019b). Ein Erklärungsansatz bezieht sich auf das Konversionsmodell nach Freud. Das Modell geht davon aus, dass es sich bei einem körperlichen Symptom um die Darstellungen eines „unerträglichen psychischen Inhalts“ handelt. Bei diesem unerträglichen Inhalt kann es sich beispielsweise um unbewusste Konflikte handeln, welche dann körperlich ausgedrückt werden (Freud & Breuer, 1955; Ruettner et al., 2015, S. 714). Diese Konflikte beziehen sich dann auf ödipale Thematiken (vgl. Kapitel 2.4.3). Gemäß Freud kann die Konversion in eine symbolische und eine nicht-symbolische Konversion aufgeteilt werden (Speidel, 1977). Im Gegensatz zur symbolischen Konversion ist der Zusammenhang zwischen einem Trauma und dem Symptom bei einer nicht-symbolischen Konversion erkennbar. Bei der symbolischen Konversion hingegen ist die Symptombildung durch Abwehrmechanismen erklärbar (vgl. Freud, 1895; Speider, 1977).

Ein weiterer Ätiologieansatz bezieht sich auf das Modell der De- und Resomatisierung. Schur (1955) nutzte den Begriff der Desomatisierung, um den kindlichen Entwicklungsprozess zu beschreiben. Den Prozess hin zur Desomatisierung durchläuft das Kind dann, wenn Soma und Psyche voneinander getrennt sind und psychische Zustände nicht mehr körperlich, sondern mit Hilfe von sprachlichen Mitteln ausgedrückt werden können. Kommt es zu einer hohen psychischen Anspannung, die unter anderem damit verbunden sein kann, dass die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten nicht ausreichen, kann es zu einem Rückfall auf frühkindliche, also in diesem Fall präverbale Entwicklungsstufen (Regression), kommen. Gemäß Schur (1955) wird dann von der sogenannten Resomatisierung gesprochen.

Das Alexithymiekonzept nach Marty und de M'Uzan (1963), Anhänger der Parisian School, beschäftigt sich mit der Unfähigkeit einer Person, die eigene Gefühlswelt wahrzunehmen und diese zu symbolisieren. Dies kann für ein Defizit der Mentalisierungsfähigkeit sprechen (Ruettner, 2018). Alexithymie, auch Gefühlsblindheit genannt, kann als eine Abwehr negativer Affekte verstanden werden (Nickel & Egle,

2006). Dies kann sich unter anderem in einem operativen Denk- und Sprachstil zeigen (Marty & de M'Uzan, 1963; Marty, de M'Uzan & David, 2017). Insgesamt kann das Konzept der Alexithymie als Nährboden für psychosomatische Symptome gesehen werden (vgl. Cox et al., 1994; Waller et al., 2006).

2.4.2 Traumatische Situation, traumatische Reaktion und traumatischer Prozess

Die traumatische Erfahrung, als ein Teil des Dreierschnitts Trauma-Ödipus-Achse, kann in drei verschiedene Phasen (vgl. heuristisches Verlaufsmodell nach Fischer und Riedesser, 1999) eingeteilt werden. Die erste Phase bildet dabei die traumatische Situation, die zweite die traumatische Reaktion und die dritte den traumatischen Prozess ab. Der Zusammenhang dieser Phasen ist nicht nur zeitlich, sondern vor allem dynamisch zu verstehen. Die Phasen zeitlich voneinander abzugrenzen stellt sich als sehr herausfordernd und als beinahe unmöglich heraus, da die Phasen teilweise parallel nebeneinander herlaufen können. Die einzelne Betrachtung der verschiedenen Phasen, ohne Bezugnahme auf die anderen Phasen oder die individuelle Perspektive, ist nicht zielführend (Fischer & Riedesser, 1999).

Das Hineinversetzen in die Situation (erste Phase), also dem zentralen traumatischen Situationsthema, so Fischer und Riedesser (1999) ist nötig, um die Perspektive des Traumatisierten einnehmen und einen Zugang zum Erlebten erhalten zu können. Das Thema der traumatischen Situation kann dabei in körperliche (z.B. gewalttätige Misshandlungen) sowie emotionale Misshandlungen (z.B. emotional abwesende Eltern) und körperliche Vernachlässigung, wie mangelnde Pflege des Kindes, eingeteilt werden. Gemäß Lutz Götzmann (persönliche Kommunikation, 20.07.2020), können auch körperliche (triebbedingte) Veränderungen, intrusive Phantasien oder Erinnerungen als traumatische Situationen angesehen werden, was ebenfalls durch modernere Konzepte, wie den *unwanted thoughts* (Höping & de Jong-Meyer, 2003) untermauert werden konnte. Dieser Charakter wurde durch Freud festgehalten. Durch ihn wurde postuliert, dass es vor allem „die Erinnerung ist, welche die traumatische Erschütterung als pathologisch charakterisieren lässt“. Diese Erinnerung kann dann wiederum durch ein weiteres Ereignis bedingt worden sein (Freud, 1894, S. 467).

Allgemein wird unter der traumatischen Erfahrung bzw. Situation „ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ verstanden (Fischer & Riedesser, 1999, S. 79).

Bevor auf mögliche Symptome, die Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis oder auf unterschiedliche Verläufe durch die traumatische Situation eingegangen wird, sollte vorab erwähnt werden, dass die traumatische Situation durch verschiedene Komponenten beeinflusst werden kann. So wirken sich neben den objektiven Situationsfaktoren auch die Anamnese und die subjektiven Bewältigungsfaktoren auf die traumatische Situation aus. Ferner wird im Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung nach Fischer und Riedesser (1999) beschrieben, dass die subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten durch Anamnese sowie die unmittelbare Vorgeschichte (z.B. Tagesverfassung) beeinflusst werden können.

Durch die traumatische Situation kann es dann zur Veränderung des Zeit-, Raum-, und Selbsterleben, wie etwa in Form von einer Depersonalisation oder Derealisation kommen (Fischer & Riedesser, 1999). Unter Depersonalisation werden jene Symptome zusammengefasst, bei denen sich die Person als fremdartig wahrnimmt. Bei einer Derealisation werden Orte als fremd wahrgenommen – sie wirken verzerrt. Differentialdiagnostisch sollte darauf geachtet werden, dass bei beiden Störungen die Einsicht besteht, dass diese Veränderungen nicht von außen (z.B. durch andere Personen, höhere Kräfte oder ähnliches) eingegeben worden sind (Dilling et al., 2015). Durch diese Veränderungen definieren Fischer und Riedesser das Trauma als „unterbrochene Handlung in einer vital bedeutsamen Problemsituation“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 79). Es treten typischerweise „Freeze-Zustände“ (Erstarrung) oder „Fight-Zustände“ (Fluchtbewegung) auf. Das Ende der traumatischen Situation zu operationalisieren ist mit einigen Herausforderungen verbunden, da sich das Ende der Situation primär subjektiv beurteilen lässt. So beispielsweise, wenn eine komplett neue Situation entsteht, die sich von der traumatischen Situation abgrenzen lässt. Hilfreich dabei, so die Autoren, stellen beispielsweise Schuldanerkennung oder Wiedergutmachung dar (Fischer & Riedesser, 1999).

Nach der akuten Phase (traumatische Situation) beginnt die traumatische Reaktion, welche so in einem dynamischen Zusammenhang mit der ersten Phase steht. Fischer und Riedesser (1999) vergleichen diese Phase mit einem somatischen Vorgang, bei dem ein Fremdkörper entweder zerstört und vernichtet (Abwehrreaktion) oder in angepasster Form in den Organismus aufgenommen wird. Die Person bzw. der Körper können mit dem Fremdkörper (Trauma) in einer *nicht angepassten* Form weiterleben, was sich für Traumatisierte als typisch charakterisieren lässt, so die Autoren. Es wird die Ansicht vertreten, dass die traumatische Reaktion bzw. das Weiterleben mit dem Fremdkörper in fünf verschiedene Phasen eingeteilt werden kann (Horowitz, 1976). Dabei unterschied Horowitz zwischen einer normalen und einer pathologischen Reaktion (traumatische Reaktion).

Die erste Phase bezeichnet er als *peri-traumatische Expositionsphase*. Als normale Reaktion nennt er Emotionen, wie Wut, Angst oder Trauer. Lassen sich die Erfahrungen als überwältigend bzw. überflutend charakterisieren bezeichnet er dies hingegen als pathologisch. Die zweite Phase (*Verleugnungsphase bzw. Zustand*) lässt sich dadurch beschreiben, dass die Person das Geschehene verleugnet. Pathologisch wird das Verhalten dann, wenn die Verleugnung durch Drogen- und Medikamentenabusus verstärkt wird.

Die dritte Phase (*Eindringen von Gedanken und Erinnerungsbildern*) beschäftigt sich mit den Gedanken an das Trauma, die immer wieder kehren (Intrusion). Bei den letzten beiden Phasen (*Phase bzw. Erlebniszustand: Durcharbeiten; Relativer Abschluss, completion*) lässt sich die pathologische Form durch sogenannte erstarrte Zustände beschreiben, die häufig mit somatischen und psychischen Veränderungen (z.B. Vermeidungsverhalten oder Charakterveränderungen) einhergehen. In der nicht pathologischen Variante beschäftigt sich die Person in der vierten Phase mit der Aufarbeitung des Traumas während sich die Erinnerungen in der letzten Phase ohne intrusiven Charakter beschreiben lassen (Horowitz, 1976). Um erneut den somatischen Vergleich von Fischer & Riedesser (1999) heranzuziehen, wird in der letzten Phase der Fremdkörper integriert. Die beschriebenen Pseudohandlungen bzw. die unterbrochenen Handlungsabläufe werden dann, so Horowitz (1976), in der letzten Phase wiederaufgenommen und beendet. Auch Freud beschrieb mit seinen Theorien zum Wiederholungszwang ein ähnliches Muster (Fischer & Riedesser, 1999). Die Phasen werden nicht immer vollständig durchlaufen

(Horowitz, 1976). Bei chronischen bzw. komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen kann es dazu kommen, dass sich die Reaktion auf die erlebte Traumatisierung chronifiziert und das psychische Erleben so massiv beeinflusst (Fischer & Riedesser, 1999).

Die letzte Phase des heuristischen Verlaufsmodells bildet den traumatischen Prozess ab und lässt sich insbesondere durch die individuelle Verarbeitung des Traumas (Situation und Reaktion) charakterisieren. Die individuelle Verarbeitung kennzeichnet sich insbesondere durch ein Gegenspiel von Abwehr und Zulassen der Erinnerung an das traumatische Ereignis. Auftretende Symptome, wie Dissoziationen, Ängste, Depressionen, Flashbacks oder vegetative Symptome (z.B. Herzrasen, Schmerzen) werden dabei multifaktoriell beeinflusst. Beeinflusst werden sie etwa von innerpsychischen Faktoren, wie der Akzeptanz oder dem Umgang mit dem Trauma durch das soziale Umfeld, wie Angehörige oder Freunde. Aber auch die Beziehung zum Täter oder die Schwere des Traumas können sich auf die Symptome und den Prozess des Traumas auswirken und diesen lebenslang beeinflussen (Fischer & Riedesser, 1999).

2.4.3 Der Ödipuskomplex

Ein weiteres grundlegendes Konzept für die *Achse der Psychosomatischen Totalität* stellt der *Ödipuskomplex* dar (Goetzmann et al., 2020). Die Ursprünge der Konzeptualisierung des *Ödipuskomplexes* gehen auf Freud zurück, der in einem Brief an seinen Kollegen Fliess (1897) erste Entdeckungen der mit populärsten Theorien der Psychoanalyse beschrieb. Grundlage für Freuds Theorien stellten dabei etwa die Selbstanalyse, die Beobachtungen innerhalb des psychoanalytischen Kontexts mit Patienten sowie die kulturalanthropologische Literatur dar (Calogeras et al., 1976). Bei der Literatur bezog er sich insbesondere auf das griechische Drama von Sophokles, welches sich auf drastischer Weise mit Themen wie Vatemord und Inzest befasst (Zepf et al., 2016). Wie in der Translation eines Traums kann die Dramaturgie als manifester Inhalt gesehen werden, der wiederum auf einen latenten, also unbewussten, Inhalt verweist (Freud, 1918; Zepf et al., 2016).

Das Drama (verfasst zwischen 436 und 432 vor Christus) des Dichters Sophokles handelt von König Ödipus, einer Figur aus der griechischen Sagenwelt, der sozusagen als Namensgeber des *Ödipuskomplexes* gesehen werden kann. Als Kind wurde König Ödipus auf Grund einer göttlichen Prophezeiung ausgesetzt und wuchs aus diesem Grund bei Pflegeeltern auf. Wie seine Eltern erhält auch König Ödipus Jahre später einen schlimmen Orakelspruch, der den Mord des leiblichen Vaters sowie die Eheschließung und die Familiengründung mit der eigenen Mutter prophezeit. Nachdem das Orakel recht behalten hatte, suizidierte seine leibliche Mutter sich, nachdem ihr die Wahrheit vor Augen gehalten wurde. König Ödipus, der Iokaste so auffand, stach sich daraufhin die Augen aus, die ihn das Unrecht, der Mord des eigenen Vaters und die inzestuösen Handlungen mit der eigenen Mutter, nicht hatten sehen lassen (für eine vertiefende Darstellung vgl. Zepf et al., 2006).

Nachdem Freud vor allem durch die Sektion der Medizin und durch Anthropologen deutliche Kritik erfuhr, überarbeitete er seine Konzeptualisierung (Calogeras et al., 1976). Freud bezog sich in seiner Revision auf die „organisierte Gesamtheit von Liebes - und feindseligen Wünschen, die das Kind seinen Eltern gegenüber empfindet“ (Laplanche & Polantis, 1972, S. 352; Rohde-Dachser, 1987). Diese organisierte Gesamtheit kann aus einer Vielzahl von Konflikten bestehen – Konflikte zwischen Liebe und Hass, wenn die Konzeptualisierung Freuds herangezogen wird (Schmidt-Hellerau, 2005). Gemäß der Modernisierung von Schmidt-Hellerau (2005) bewegen sich diese Konflikte vielmehr zwischen Liebe bzw. den sexuellen Wünschen und dem Wunsch nach Erhaltung, was sowohl das Selbst als auch das Objekt betrifft. Die Konflikte können auf Grundlage dieser Annahme in monolithisch und binär eingeteilt werden. Ein monolithischer Konflikt bezieht sich darauf, dass sich das Individuum zwischen zwei Objekten entscheiden muss, um seinen Trieb befriedigen zu können. Dabei kann es sein, dass ein weiterer Trieb quasi *ausgeblendet* wird (Schmidt-Hellerau, 2005). Freudianisch ausgedrückt wäre er *gehemmt*, so beispielsweise wenn der Sexualtrieb auf Grund des inzestuösen Verbots *gehemmt* ist.

Bezogen auf die ödipale Situation müsste sich das Kind bei einem *monolithischen Konflikt* entscheiden, welches Objekt (Mutter oder Vater) es liebt, wobei es bei diesem Konflikt immer nur um die Befriedigung eines bestimmten Triebs (z.B. Liebe) geht. Ein *binärer Konflikt* hingegen bezieht sich auf zwei Grundtriebe (z.B. Liebe vs.

Fürsorge oder Sexualtrieb vs. Selbsterhaltung), die sich etwa in der ödipalen Situation abzeichnen und sich an ein oder an zwei Objekte richten können (vgl. Schmidt-Hellerau, 2005).

Um dem *Ödipuskomplex* und der Vielzahl an möglichen Konflikten ein tieferes Verständnis entgegen bringen zu können, werden im Folgenden einzelne Phasen des Komplexes beschrieben, obwohl dieses Vorgehen von manchen Analytikern (vgl. Chasseguet-Smirgel, 1999) kritisiert wird. Wichtig ist zu erwähnen, dass das Durchlaufen dieser Phasen von Kind zu Kind variiert (Freud, 1924). Bevor das Kind die Phasen durchlaufen kann, gibt es verschiedene Grundvoraussetzungen, die erfüllt werden müssen. So beispielsweise, dass sich Mutter, Vater und Kind als getrennte Personen wahrnehmen und eine wechselseitige Beziehung untereinander besteht (vollständige Triade) (Rohde-Dachser, 1987). Dabei können sich veränderte Familienzusammenstellungen deutlich auf den Komplex auswirken (Bettelheim, 1969; Calogeras et al., 1976). Auch heutige Familienzusammenstellungen, heben sich deutlich, z.B. auf Grund gleichgeschlechtlicher Elternschaft, von den Zusammenstellungen der damaligen Zeit ab (Davies, 2015). Freud hingegen bezieht sich weniger auf erfüllte Grundvoraussetzungen (z.B. vollständige Triade), sondern bemisst der genetischen Determinierung des Komplexes eine besondere Bedeutung bei (Freud, 1915). Diese Annahme wurde durch modernere Theorien in Frage gestellt (vgl. Zepf & Zepf, 2011).

Fängt das Kind an, die Phasen zu durchlaufen, betont Lacan, dass dieser Prozess es als menschliches Wesen auszeichnet (Keylor, 2003). Laut Freud geschieht das ca. zwischen dem 4.-6. Lebensjahr (Laplanche & Pontalis, 1972). Die kleinianische Schule geht hingegen von einem früheren Eintreten (früher *Ödipus*) aus und legt es auf die zweite Hälfte des ersten Lebensjahrs fest, wo das Kind erste Triangulierungserfahrungen macht – es ist fähig, seine Eltern als voneinander getrennte Individuen wahrzunehmen (Calogeras et al., 1976). Der Übergang der unbewussten Phantasie hin zum *Ödipuskomplex* besteht gemäß Klein darin, dass der Vater als Eindringling wahrgenommen wird. Diesem werden ebenfalls die (phantasierten) Fähigkeiten zugeschrieben, in das Innere der Mutter einzudringen, sie zu schwängern, und sie ihrer kostbaren Inhalte zu berauben. Dadurch, dass die „Allmacht der frühen Mutter auf den Vater übergegangen ist, eröffnet sich das trianguläre Setting“ (Klein 1930, 1946; Rohde-Dachser 2001, S. 1053).

Obwohl sich in der Literatur bedeutend mehr Revisionen des *Ödipuskomplexes* finden lassen, wird sich im Folgenden primär auf die Konzeptualisierung von Klein konzentriert. Grund hierfür ist, dass die Freud-Klein-Kontroverse im vorherigen Kapitel (2.3.1) miteinbezogen wurde und so durch die konträren Meinungen hinsichtlich des Komplexes verdeutlicht werden kann. Ein weiterer Grund ist, dass die Konzeptualisierung von Melanie Klein auch heutige Annahmen des *Ödipuskomplexes* bedeutsam beeinflusst (Calogeras et al., 1976).

Einhergehend mit dem Eintreten in die ödipale Situation gibt es Grundschemata, die vom jeweiligen Geschlecht unterschiedlich präsentiert werden (Ruettner, 2019). Das Grundschema beim Jungen definiert sich vor allem über die Sexualerregungen bzw. die Abfuhr dieser Erregungen, welche an ein Objekt (Mutter) gebunden sind (Chasseguet-Smirgel, 1999; Freud, 1923). Die Sexualerregungen bzw. die Befriedigung des Kindes stellt sich durch den Koitus mit der Mutter dar, wobei der Vater als störend wahrgenommen wird. Aus lacanscher Perspektive, dessen Annahmen durch Freud (1913) und Lévi-Strauss (1969) geprägt wurden, kann das „nein“ innerhalb der Sprache auch Spuren des Vaters bzw. dessen Unterbindung der inzestuösen Handlung zwischen Mutter und Sohn enthalten (Keylor, 2003; Lacan, 1955-1956). Gemäß der freudianischen Schule kann dies wiederum als eine Art Drohung vor der Kastration gesehen werden (Keylor, 2003).

Beim *Ödipuskomplex* des Mädchens äußert sich dies, vor allem durch das nicht Vorhandensein eines Penis, auf eine andere Weise. Freud beschreibt dies als „symbolische Gleichung“ (Freud, 1924, S. 401). Der Besitz des Penis wird vom Mädchen durch den Wunsch *ausgetauscht*. Der ausgewechselte Wunsch bezieht sich auf das Austragen eines Kindes (für den Vater) (Freud, 1924). In Folge dessen, so Müller-Pozzi (1991), wird das Objekt, an das sich die sexuelle Erregung bindet, ausgetauscht. In einer modifizierten Form finden sich diese Inhalte bzw. die beschriebene Beziehung zur Mutter auch bei Melanie Klein wieder (vgl. Kapitel 2.3.1). Durch diese Annahme erfuhr Klein durch Lacan deutliche Kritik. Lacan postulierte, dass durch diese Inkorporation keine Aufhebung der Dyade möglich sei (Keylor, 2003). Weitere Theorien betonen, dass die Sexualerregungen nicht nur vom Kind ausgehen, sondern ebenfalls durch die Eltern im Rahmen eines Rätsels an das Kind gerichtet werden können (vgl. Laplanche, 2004; Kapitel 2.4.3).

Trotz der Tatsache, dass die Grundthemen des jeweiligen Geschlechts eben vertiefend erläutert wurden, ist die Analyse des weiblichen Geschlechts deutlich weniger untersucht worden. Freud selbst beschreibt es als „dunkler und lückenhafter“ (Freud, 1924, S. 400). Die Annahmen Freuds hinsichtlich der weiblichen Sexualität erfuhren vor allem in den 1920-er und 1930-er Jahren deutlichen Widerspruch (Quindeau, 2008). Durch seine Arbeiten wird die weibliche Sexualität nicht annähernd in der Breite definiert wie die männliche. Auch innerhalb seiner theoretischen Grundlage (griechisches Drama von Sophokles) wurde sich ausschließlich mit dem männlichen Ödipus beschäftigt (Zepf et al., 2016). Zusammenfassend gesagt war es der Phallozentrismus, der die weibliche Sexualität über viele Jahre geprägt hat (Poluda, 1999). Insbesondere in den Jahren der Frauenbewegung wurden die Konzeptualisierungen Freuds gegenüber der weiblichen Sexualität als antiquiert, missachtend und marginalisierend verstanden (Temperley, 1993; Quindeau, 2008). Geprägt wurde diese Bewegung unter anderem von Horney (1926) und Jones (1957). Besonders betont wurden dabei die differenzierten Annahmen der Entstehung des weiblichen Geschlechts bzw. der weiblichen Sexualität. Freud ging damals davon aus, dass die Weiblichkeit auf Grund einer Wahrnehmung, nämlich keinen Penis zu haben, entsteht. So geht das Mädchen davon aus kastriert worden zu sein bzw. darauf zu hoffen, irgendwann einen Penis zu bekommen. Durch Freuds beschriebene „symbolische Gleichung“ tauscht das Mädchen diese Kastration durch die Fähigkeit dem Vater ein Kind zu gebären, aus (Freud, 1924, S. 401).

Die Entstehung der weiblichen Sexualität lässt sich, gemäß den Ansichten innerhalb der Frauenbewegung, nicht auf die beschriebene Wahrnehmung, sondern vielmehr auf biologische bzw. angeborene Faktoren zurückführen. Diese Annahme wurde durch weitere Anhängerinnen (vgl. Chodorow, 1978; Mitchell, 1974) kritisiert. Die „symbolische Gleichung“ (Freud, 1924, S. 401) wurde vor allem dahingehend angefochten, dass die Fähigkeit des weiblichen Geschlechts (Kind gebären) sehr eindimensional betrachtet wird. Gemäß Horney sollte auch der Neid des Jungen diese Fähigkeit (Kind gebären, Mutterschaftsneid) nicht zu besitzen, betont werden. Grundlage für diese Ansichten stellen Analysen mit männlichen Patienten und darin geäußerte Wünsche dar (Horney, 1926).

Auch der frühe Ödipus sollte aus weiblicher Perspektive genauer reflektiert werden. Ursprünglich wurde dieser als negativer weiblicher *Ödipuskomplex* bezeichnet, was

jedoch erneut das weibliche Geschlecht marginalisierend darstellte. Dadurch, dass Poluda (1993) durch den daraufhin eingeführten Begriff des *lesbischen Komplexes* deutlichen Widerspruch, erfuhr, bezog sie sich in darauffolgenden Arbeiten auf den *frühen Ödipuskomplex* des Mädchens. Bei dem frühen Ödipus wird deutlich, dass das Mädchen im Gegensatz zum Jungen einer doppelten Belastung ausgesetzt ist. „Neben dem Objektwechsel des Begehrens erfährt es eine lesbische Enttäuschung durch die Mutter, in dem das Mädchen selbst das weibliche Objekt darstellen soll“ (Poluda, 1993, S. 4). Diese lässt sich z.B. dadurch identifizieren, dass sich das Mädchen mit dem ursprünglichen Liebesobjekt, welches es durch den Objektwechsel des Begehrens verloren hat, identifiziert. Es können sich Schuldgefühle, aber auch Selbstvorwürfe zeigen, die auf Grund der lesbischen Enttäuschung entstanden sind und so eigentlich an die Mutter gerichtet sind. Diese Annahmen stehen im Einklang mit der von Klein konstatierten früheren Über-Ich-Entwicklung des Mädchens (Poluda, 1993).

Da auf Grund des Umfangs der Arbeit nicht auf alle konträren Ansichten hinsichtlich des *Ödipuskomplexes* bzw. der weiblichen Sexualität eingegangen werden kann, wird für eine tiefere Ausführung auf Temperley (1993) und Quindeau (2008) verwiesen. Dabei ist es wichtig zu erwähnen, dass lediglich einzelne Aspekte der Theorie zur psychosexuellen Entwicklung von Freud kritisiert und konträr dargestellt wurden und es nicht zu einer umfassenden modifizierten Konzeption des *Ödipuskomplexes* kam (Quindeau, 2008). Dieses Forschungsdefizit und die unzureichenden Konzeptualisierungen sprechen dafür, dass die weibliche Sexualität bis heute noch nicht in dem selben Umfang untersucht wurde, wie die Sexualität des Mannes.

Neben den unterschiedlichen Grundthemen und der Vernachlässigung der weiblichen Sexualität ist es wichtig auf den positiven und negativen Ödipus einzugehen, die in dem vollständigen Durchlaufen der Phasen enthalten sind (Laplanche & Pontalis, 1972). Die positive Form äußert sich durch den Wunsch den Rivalen (gleichgeschlechtliches Elternteil) zu töten und die sexuelle Erregung an das gegengeschlechtliche Elternteil zu binden. Der negative Ödipus zeichnet sich dadurch aus, dass das gleichgeschlechtliche Elternteil begehrt wird, während die Tötungswünsche an das gegengeschlechtliche Elternteil gerichtet sind. Auch diese Inhalte (Begehren des gleichgeschlechtlichen Elternteils) können wiederum mit der Mytholo-

gie in Zusammenhang gebracht werden. So etwa, dass sich die Erziehungsmethoden des Jungen in der damaligen Zeit durch Pädophilie kennzeichnen ließen (Licht, 1912). Der reife Ödipus kann als eine Art *Zwischenschritt* gesehen werden. Dabei akzeptiert das Kind die Beziehung der Eltern, was unter anderem die Entwicklung des Kindes fördert (Blanck & Blanck, 1979).

Das Ende bzw. den Untergang des *Ödipuskomplexes* operationalisieren zu können, ist mit einigen Herausforderungen verbunden. Gemäß Freud (1924) kann das Ende dadurch begründet sein, dass eine neue Entwicklungsphase (Latenzzeit, 7.-10. Lebensjahr) einsetzt, bei der sich die psychosexuelle Identität des Kindes festigt (Freud, 1924). Besonders hervorgehoben werden bei dem Untergang des Ödipus schmerzhaft Erfahrungen des Kindes. Dadurch bedingt, „wendet sich das Ich des Kindes vom *Ödipuskomplex* ab“ (Freud, 1924, S. 398). Dies erklärt Freud so, dass es zu einer Identifizierung des vorher besetzten Objektes (Mutter oder Vater) kommt (Ruettner, 2019). Die weiteren psychischen Instanzen, wie die Entwicklung des Über-Ichs, werden durch den *Ödipuskomplex* geprägt und ausgebaut. Sie können so als Erbe des *Ödipuskomplexes* verstanden werden. Der Untergang des Ödipus bezieht sich bei Freud vor allem auf den Penisträger (Freud, 1924).

Melanie Klein hingegen ging nicht davon aus, dass die Entwicklung des Über-Ichs durch die Überwindung des Ödipus begünstigt wird. In ihren Theorien postulierte sie, dass die Entwicklung mit der „Internalisierung des ersten Objekts, der mütterlichen Brust“ einsetzt (Calogeras et al., 1976, S. 204). Bei ihr wird der Untergang vielmehr mit dem Ende bzw. dem Durchlaufen der verschiedenen Positionen verglichen (Keylor, 2003; vgl. Kapitel 2.3.1). Die damit im Einklang stehenden Annahmen eines frühen strengen Über-Ichs des Mädchens können im besten Fall durch eine gute mütterliche Beziehung und dem Aufbau eines weiblichen Selbstbewusstseins gemildert werden. Der Untergang bzw. die Lösung des lesbischen Komplexes findet zwischen den Phasen des frühen und des reifen Ödipus statt (Poluda, 1993). Dieser Untergang bzw. die Loslösung kann vor allem durch das Puppenspiel begünstigt werden – mit Hilfe der Sublimierung kann die Puppe dem Mädchen helfen, die Trennung vom Objekt, aber auch die lesbische Enttäuschung, zu verarbeiten (Poluda, 1993).

Da sich die Arbeit auch auf die lacansche Perspektive konzentriert, sollte erwähnt werden, dass Lacan das Überwinden des Ödipus mit einem linguistischen Aspekt verbindet. So etwa, dass das Kind durch die Sprache wieder Macht und Kontrolle erlangt (Keylor, 2003). Auch das Erlernen des symbolischen Denkens entsteht durch diesen Komplex, in dem die Sprache als dritte, triangulierende Funktion eingeführt wird (Aron, 2006; Benjamin, 2004).

Modifizierte Konzeptionen gehen nicht grundsätzlich von einem Untergang des *Ödipus* aus, da sich beinhaltende Wünsche auch über das Kindesalter hinaus präsentieren können (vgl. z.B. Burgner, 1985; Jones, 1957; Lebovici, 1982; Schmidt-Heller, 2005). Trotz dieser Tatsache stellt diese Entwicklungsphase sowohl hinsichtlich der sozialen wie der psychosozialen Entwicklung eines Kindes eine große Wichtigkeit dar (Calogeras et al., 1976). Sozial zeigt sich dies beispielsweise daran, dass die Person nach der gesunden Aufhebung des Komplexes zur reifen Wahl eines Partners, je nach Sexualität (Homosexuell, Heterosexuell), fähig ist (Ruettnner, 2019). Dass diesem Entwicklungsschritt eine große Bedeutsamkeit zu geschrieben werden kann, zeigt sich dadurch, dass eine Abwesenheit, ein Nicht-Erreichen oder eine Fixierung innerhalb dieser Entwicklungsstufe schwere Folgen mit sich bringen kann. So kann es beispielsweise zur Entwicklung von Neurosen (Freud, 1905) zu Borderlinestörungen oder narzisstischen Störungen (Rohde-Dachser, 1987) sowie Perversionen und Charakterstörungen (Blanck, 1969) kommen.

2.4.4 Die Register des Psychischen

Um das Ätiologiemodell der *Achse der psychosomatischen Totalität* besser verstehen zu können, werden die Register des Psychischen vorgestellt. Diese wurden von Lacan aufgestellt – mit dem Ziel, Phänomene, die ein Psychoanalytiker innerhalb seiner Therapiesitzungen mit Patienten erfährt, besser operationalisieren zu können (Evans, 2017; Lacan, 1978). Diese Ordnungen oder auch Register genannt, bestehen, gemäß Lacan (1953, 1978), aus dem Realen, dem Imaginären und dem Symbolischen.

Unter dem Realen wird das Register verstanden, welches nicht vorstellbar bzw. imaginierbar ist. Es ist das Unsagbare, was „außerhalb der Sprache liegt“ (Evans, 2017, S. 229; Nemitz & Will, 2017). Innerhalb der psychoanalytischen Sitzungen

kann der Therapeut das Register durch die Unfähigkeit der Verbalisierung der inneren psychischen Welt des Patienten erkennen. Das kann unter anderem daran liegen, dass es sich um eine Art Trauma handelt, welches sich in den Sphären des Todes oder der Gewalt bewegt und so nicht versprachlicht werden kann (Nemitz & Will, 2017).

Das Imaginäre beschreibt jenes Register, welches zwischen dem Realen, also dem Unfassbaren und dem Symbolischen, der Ordnung, liegt. Dieser Bereich ist bildhaft organisiert, wobei dieses Register dabei vor allem auf „Körperbilder abzielt, welche für das Funktionieren des psychischen Apparates eine große Wichtigkeit darstellen“ (Nemitz & Will, 2017, Minute 2:21-2:33). Für dieses Funktionieren benötigt es eine Grundlage, nämlich die „Bildung des Ichs im Spiegelstadium“ (Evans, 2017, S. 133; Lacan, 1991). Der Spiegel wird dabei von der Bezugsperson, etwa der Mutter, dargestellt, die sich durch unterschiedliche Spiegelfunktionen (z.B. Gehaltenwerden, körperliche Funktionen) charakterisieren lässt (Widmer, 1997; Winnicott, 1953). Betrachtet sich das Kind folglich im *Spiegel*, bricht es in Jubel aus, was unter anderem daran liegen könnte, dass es auf Grund der mangelnden Entwicklung nicht in der Lage ist, sich als ganzheitlich wahrnehmen zu können (Lacan, 1991; Nemitz & Will, 2017). Wie Nemitz vertiefend in seinem Podcast beschreibt, wird unter dem „Imaginären auch das Illusionäre verstanden, da die Körperbilder, die auf den Menschen einwirken eine grundlegende Illusion, z.B. darüber, dass der Mensch sich als konsistent oder zusammenhängend erlebt, erzeugen“ (Nemitz & Will, 2017, Minute 2:40-3:00). Insbesondere durch die mütterliche Spiegelfunktion kann folglich die Basis des Protoselbsts bzw. der somatopsychischen Identität gebildet werden (vgl. Damasio, 2011). Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Körperbilder ist jener, dass diese wiederum die Affekte einer Person beeinflussen können (Nemitz & Will, 2017).

Dieser Vorgang, dass es durch die Hilfe eines Objekts zu einer psychischen Ordnung und Stabilität kommt, welche das Ich des Kindes stärkt, erinnert dabei stark an die Theorie von Melanie Klein (1960; vgl. Kapitel 2.3.1; Weiss, 2013). Eine Ähnlichkeit zeigt sich weiterhin darin, dass eine unzureichende mütterliche Funktion fatale Folgen mit sich bringen kann, so etwa, wenn der imaginäre Raum, als „innerer Zufluchtsort“ (Ruettnner et al., 2015, S. 721), nicht aufgebaut werden kann. In Folge dessen können sich psychische Probleme körperlich repräsentieren (Ruettnner et al.,

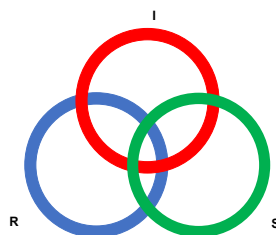
2015). Differenzieren lassen sich die beiden Analytiker insbesondere dadurch, dass Lacan im Vergleich zu Klein einen größeren Fokus auf die Sprache gelegt hat (Laurer, 2019a). Es ist nicht die mütterliche Brust, wie von Klein konstatiert, sondern der Blick der Mutter (symbolisch als ein Spiegel), der dem Kind aus lacanscher Perspektive zur Integration verhilft (Keylor, 2003).

Das dritte Register des Psychischen (Das Symbolische) geht auf die Definition von Claude Lévi-Strauss zurück und ist nicht mit der Definition im freudschen Sinne zu verwechseln (Evans, 2017; Lévi-Strauss, 1949; Nemitz & Will, 2017). Lévi-Strauss konstatierte, dass das „soziale Leben durch solche Gesetze strukturiert ist, die beispielsweise den Austausch von Geschenken regeln“ (Evans, 2017, S. 275). Besonders deutlich wird dabei der Bezug zu einer Ordnung, durch welche das soziale Leben strukturiert ist. Die Ordnung bzw. die Macht entstehen durch die Einführung des großen Anderen, des Dritten, wie dem Vater. Durch die Sprache entsteht die Ordnung, z.B. durch die Ordnung der Signifikanten (Mehrdeutigkeit von Lauten) (vgl. Evans, 2017). Grundsätzlich ist mit dem Symbolischen die sprachliche Ebene gemeint (Nemitz 2016).

Um die Beziehung des Realen, des Imaginären und des Symbolischen (Ringe) zu verbildlichen, nutze Lacan den borromäischen Knoten, der in Abbildung 4 dargestellt wird. In einem psychisch gesunden Zustand dominiert keiner der Ringe, sie halten sich quasi gegenseitig aufrecht. Sobald einer der Ringe, also ein Register, dominiert, fällt der Knoten auseinander, was zur Instabilität des Knotens bzw. des psychischen Registers führt (Nemitz & Will, 2017).

Abbildung 4

Der borromäische Knoten



Quelle. Evans (2017, S. 59); Lacan (1972 - 1973)

2.4.5 Die Achse der psychosomatischen Totalität

Eingangs sollte erwähnt werden, dass während der Anfertigung der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) das Konzept der *Achse der psychosomatischen Totalität* modernisiert wurde. Auf Grund von zeitlichen Aspekten konnte die aktuellste Konzeption nicht in die Analyse miteinbezogen werden. Um die Unterschiede der beiden Modelle herausarbeiten zu können, wird zunächst auf das ursprünglich verwendete Modell der *Achse der psychosomatischen Totalität* (Ruettnner et al., 2015; Goetzmann et al., 2019c) eingegangen, während anschließend Änderungen der modernisierten Form (Goetzmann et al., 2020) tiefer dargestellt werden.

Der allgemeine Grundgedanke, welchen beide Modelle inkludieren, ist jener, dass sich Körpergefühle entlang einer Achse anordnen lassen, die sowohl die psychische als auch die körperliche Dimension (Totalität) des Symptoms berücksichtigt (Leiser, 2007; Ruettnner et al., 2015; Sami-Ali, 1974). Gemeinsam ist auch, dass beide Modelle von einer *imaginären Zone* (Mitte der Achse) ausgehen, die das Gleichgewicht zwischen Soma und Psyche beschreibt. Synonym wird hier auch der Begriff der *Zone der Präsenz* bzw. *imaginäre Zone* im modernisierten Modell (Goetzmann et al., 2020) verwendet, da die körperliche Erfahrung auch die psychische Erfahrung beinhaltet. Gleichgewicht im lacanschen Sinne würde bedeuten, dass sich alle Fadenringe zusammenhalten und kein Register dominant ist (Evans, 2017).

Das Gleichgewicht zwischen Soma und Psyche kann jedoch ständig gestört werden, was dazu führt, dass die Fadenringe des Knotens sich nicht mehr gegenseitig zusammenhalten, da ein Register dominant ist (Ruettnner et al., 2015; Lacan 1972-1973; Nemitz, 2016). Wird nun der Frage nachgegangen, wie das Ungleichgewicht entstehen kann, können erste Ideen von Freud (1894) herangezogen werden. Gemäß Freud wird das Gleichgewicht etwa durch Hyperarousal oder Erregung gestört, die wiederum in etwas Körperliches transformiert werden können. Die sogenannte „Umwandlung ins Körperliche“ (Freud, 1894, S. 49) findet sich dann wiederum an den unterschiedlichen Polen wieder. Wichtig dabei zu erwähnen ist, dass diese Erregung sowohl durch traumatische Ereignisse (vgl. Kapitel 2.4.2) als auch durch konflikthafte Erfahrungen (vgl. Kapitel 2.4.3) beeinflusst bzw. verstärkt werden kann (Verhaeghe, 1998). Diese Annahme einer Verknüpfung von bewussten bzw. unbewussten Erfahrungen und der Entstehung körperlicher Symptomatik findet sich

auch in der neurobiologischen Konvergenz-Divergenz-Theorie (vgl. Damasio, 1989) wieder (vgl. Ruettnner et al., 2015). Diese (un)bewussten körperlichen Erfahrungen an den unterschiedlichen Polen werden jeweils mit Hilfe eines unterschiedlichen Sprachstils dargestellt, welche sich ebenfalls auf die Theorien Lacans beziehen.

Auf die Aufteilung der Körpersymptome in zwei Pole (*symbolisch-imaginär; imaginär-organisch*) nach Sami-Ali, wird auf Grund der beiden modifizierten Formen (Goetzmann et al., 2019c; Goetzmann et al., 2020; Ruettnner et al., 2015) nicht mehr eingegangen, sondern lediglich auf Sami-Ali (1974) verwiesen. Dass das ursprüngliche Modell in so einer kurzen Zeit modifiziert und überarbeitet wurde, spricht für den spekulativen und schnell veränderbaren Charakter psychosomatischer Erklärungsmodelle. Die Berücksichtigung des dynamischen Charakters psychosomatischer Erklärungsmodelle findet jedoch in den aktuellen Diagnostiksystemen keine Berücksichtigung, so Götzmann und Kollegen (2019b).

Die für die Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) verwendete Konzeption besteht auf der einen Seite aus dem *symbolischen* und dem *asymbolischen Pol* und auf der anderen Seite aus dem *imaginären* und dem *organischen Pol*.

Symbolischer Pol. Die Entstehung der körperlichen Symptome am *symbolischen Pol* ist nicht organisch bedingt. Viel mehr werden latente Vorstellungsinhalte bzw. unbewusste Konflikte (latente Vorstellungsinhalte) mit Hilfe von körperlichen Symptomen (manifesten Gehalt) dargestellt. Für diese Rückübersetzung wird die Idee Freuds zur Translation eines Traums (vgl. Kapitel 2.3.2) herangezogen. Offen eingeräumt werden sollte jedoch, dass „nicht jedes Körpersymptom eine Identifizierung auf den unbewussten Konflikt zulässt“ (Goetzmann et al., 2019c, S. 17). Um neben der freudschen Idee auch die Theorie von Lacan heranzuziehen, kann festgehalten werden, dass „die Symptome als körperliche Signifikanten auf ein unbewusstes Signifikat verweisen“ (Goetzmann et al., 2019c, S. 17). Der imaginäre Raum ist beim *symbolischen Pol* ausgebaut (Goetzmann et al., 2019c). Die Darstellung der Symptome (auch: symbolisch-expressive Konversion) lässt sich dabei als besonders ausgeschmückt, etwa mit Hilfe der Verwendung von Metaphern, charakterisieren (Goetzmann et al., 2019c). Vor allem der kommunikative Charakter wird durch die These Israëls (2014), dass die Darstellung als eine Art Hilferuf zu verstehen ist, gefestigt. Laut Götzmann und Kollegen (2019c) stellt sich diese kommunikative Qualität als

herausfordernd dar, wenn der Hilferuf des Patienten nicht wahrgenommen und erwidert wird.

Asymbolischer Pol. Die Symptome des *asymbolischen Pols* (Goetzmann et al., 2019c) können weder mit organischen Befunden in Zusammenhang gebracht werden, noch weisen sie auf einen latenten Vorstellungsinhalt hin. Grund hierfür stellt unter anderem die mangelnde Fähigkeit zur Symbolisierung dar (Goetzmann et al., 2019c). Der imaginäre Raum ist lediglich fragmentär aufgebaut (Goetzmann et al., 2019c), was unter anderem an traumatischen Erfahrungen liegen könnte (Abraham & Torok, 2008). Diese traumatischen Erfahrungen könnten dann ursächlich für die Körpersymptome am *asymbolischen Pol* sein (Goetzmann et al., 2019c).

Imaginärer Pol. Am *imaginäreren Pol* wird vor allem die Plausibilität der körperlichen Symptomatik, z.B. dadurch, dass sie nicht auf extreme Weise präsentiert werden, deutlich. Der imaginäre Raum besteht aus Vorstellungen oder inneren Bildern (Goetzmann et al., 2019c).

Organischer Pol. Der im folgende beschriebene Pol lässt sich vor allem vom *symbolischen Pol* durch den verwüsteten und aufgehobenen imaginären Raum abgrenzen. Durch diese Verwüstung ist der „organische Körper dem Psychischen ausgeliefert“ (Ruettner et al., 2015, S. 722). An diesem Pol finden sich ausschließlich körperliche Erkrankungen (Herz-, Kreislauf-, und Lungenerkrankungen) wieder. Ursächliche bzw. begünstigende Faktoren für Erkrankungen an diesem Pol stellen neben frühkindlichen und unzugänglichen Traumata (Abraham & Torok, 2008; Felitti, 2002) auch stressbedingte Faktoren dar (von Känel, 2012). Die „somatische Desorganisiertheit“ (Goetzmann et al., 2019c, S. 8) an diesem Pol ist prozesshaft zu verstehen und lässt sich wie folgt charakterisieren (vgl. Stora, 2007): Nachdem es nicht dazu kommen konnte, sich von der entstandenen Erregung (vgl. Freud, 1894) zu entladen, kommt es zunächst zu einer mentalen Beeinträchtigung. Diese mentale Beeinträchtigung lässt sich dann beispielsweise durch den operativen Denkstil identifizieren, bei dem das Erlebte auf eine mechanisch-wirkende Weise präsentiert wird (Dammann, 2014; Green, 1993). Folglich kann es zu Störungen, z.B. einer essentiellen Depression, kommen, die durch frühere Studien mit dem operativen Denk- bzw. Sprachstil in Verbindung gebracht wurde (Aisenstein, 2008; Marty,

1968). Darüber hinaus kann es zur Entwicklung von Ängsten oder körperlichen Beschwerden kommen. Die These, dass die somatische Desorganisiertheit zum Tode führen kann, wird dadurch untermauert, dass es im schlimmsten Fall zu einer Erkrankung des Herzens (Herzinfarkt) kommen kann (Goetzmann et al., 2019c). Insgesamt ist diese Konzipierung der *Achse der psychosomatischen Totalität* in einer borromäischen Matrix eingebettet (Ruettner et al., 2015), die einen Raum umfasst, der sich durch „reale und symbolische Qualitäten“ (im lacanschen Sinne) kennzeichnet (Ruettner et al., 2015, S. 8).

Im Laufe kürzester Zeit wurden, basierend auf dem vorherigen Modell, einige Änderungen vorgenommen (vgl. Goetzmann et al., 2020), die im Folgenden beschrieben werden. Auf die Definition des *symbolischen* und des *asymbolischen Pols (I)* wird dabei nicht mehr vertiefend eingegangen, da diese den vorherigen Annahmen entsprechen. Auch die Ansätze der Entstehung bzw. der Verortung der körperlichen Symptomatik am organischen Pol sind, bis auf die Änderung des Namens (*asymbolisch organischer Pol II*), mit der vorherigen Version zu vereinen.

Logischer Pol. Es wurde eine neue Verbindung zwischen dem *asymbolischen organischen Pol (II)* und dem *logischen Pol* eingeführt, um so der Annahme einer Auffächerung von Körper und Seele vertiefend nachgehen zu können. Der neu konzipierte *logische Pol* geht mit seiner linguistischen Herkunft auf die Wissenschaft des Denkens (logic = Wissenschaft des Denkens, Duden, o.D.-a) zurück – genauer gesagt, auf die Wiederholung des symbolischen und asymbolischen Denkens. Der identifizierbare Abwehrmechanismus der Sublimierung kann sich dann durch eine Hypochondrie kenntlich machen. Mit Hilfe des klinischen Phänomens der Hypochondrie kann diese Wiederholung der Denkstile vertiefend dargestellt werden. So etwa, wenn der Patient (im Rahmen der Analyse) fähig ist, das körperliche Erleben symbolisch einzukleiden oder diese Fähigkeit nicht besitzt und es aus diesem Grund nur asymbolisch darstellen kann. Der an dieser Stelle vorher verankerte Pol (*Imaginärer Pol*), als Pendant des *organischen Pols*, wurde dahingehend modifiziert, dass dieser nun als *imaginäre Zone* verstanden werden kann, bei dem Soma und Psyche in Gleichgewicht stehen (Goetzmann et al., 2020).

Eine weitere Abgrenzung der modifizierten Form der Autoren selbst stellt der Bezug zur *allgemeinen Verführungstheorie* von Laplanche dar. Trotz der Tatsache, dass

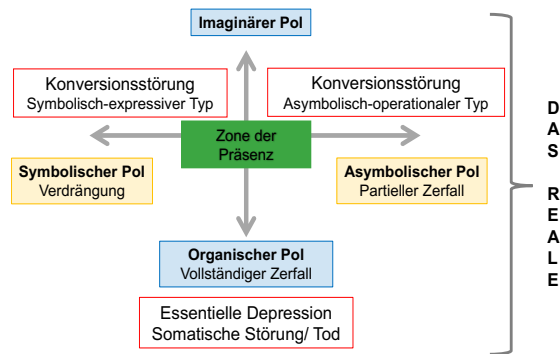
beim Namen dieser Theorie etwas Erotisierendes mitschwingt, ist die *allgemeine Verführung* nicht zu pathologisieren, da sie zu einer normalen und gesunden psychosexuellen Entwicklung eines Individuums dazu gehört (Brunner, 2011; Goetzmann et al., 2020; Laplanche 2004). Laplanche beschäftigte sich mit den Theorien zur Entstehung von Lust nach Freud (1905) und ging dabei der Überlegung nach, dass die Lust vor dem Stillen, nämlich biologisch, angelegt ist. Mit dieser Annahme stellte Laplanche eine neue Theorie zum Lustmoment auf. Er konstatierte, dass die Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind eine große Wichtigkeit darstellt. Diese Beziehung lässt sich dadurch kennzeichnen, dass die Eltern unbewusste, sexuelle und rätselhaft Botschaften an das Kind, etwa bei der intensiven Betreuung, richten. Rätselhaft sind diese Botschaften deshalb, da sie sowohl vom Sender als auch vom Empfänger nicht verstanden werden können. Beim Sender, also dem Erwachsenen, bewegen sich diese Botschaften im Unbewussten, weshalb sie nicht übersetzt werden können. Die Übersetzung zielt dabei vor allem auf einen psychischen Integrationsprozess ab (Brunner, 2011). Der Empfänger (das Kind) verfügt hingegen erst gar nicht über ein Unbewusstes. Das Unbewusste des Kindes bildet sich durch den Versuch der Entschlüsselung und der verknüpften psychischen Integration aus. Teile der rätselhaften Botschaft, die nicht übersetzt und integriert werden können, stellen so den Aufbau und die Entwicklung des Unbewussten dar (Brunner, 2011; Goetzmann et al., 2020; Laplanche, 2004).

Diese Übersetzung kann jedoch auch scheitern. Scheitert sie vollständig kann sie als psychotisch bezeichnet werden, das Unbewusste ist hier gefangen. Scheitert die Übersetzung nur teilweise kann dies als neurotisch bezeichnet werden. Bezugnehmend auf die *Achse der psychosomatischen Totalität* kann die Idee von Laplanche wie folgt integriert werden. Beim *asymbolischen Pol (I)* findet sich die rätselhaft Botschaft z.B. in „unbewussten Splittern, in affektiven Krypten“ wieder (Goetzmann et al., 2020, S. 9). Basierend auf dieser Annahme bilden neurotische Individuen so körperliche Symptome, die sich am *asymbolischen Pol (I)* finden. Im Gegensatz dazu kann die rätselhaft Botschaft am *asymbolischen Pol (II)* nicht übersetzt werden, sie wird zurückgewiesen. Die hier schweren körperlichen Erkrankungen, die zum Tode führen können, lassen sich so neurotisch erklären. Im Gegensatz zu Personen mit neurotischem Charakter, besitzen Personen mit früh einsetzender

Borderline-Störung oder psychotischen Beeinträchtigungen die Fähigkeit, die Botschaften zu übersetzen und das Unübersetzte für den Aufbau des Unbewussten zu nutzen (Goetzmann et al., 2020; Laplanche, 2004). In Abbildung 5 und 6 finden sich die Modelle zur *Achse der psychosomatischen Totalität*.

Abbildung 5

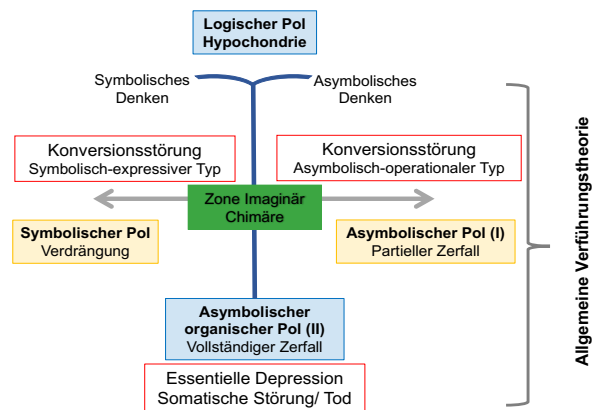
Achse der psychosomatischen Totalität, Version 2019



Quelle. Goetzmann et al., (2019c)

Abbildung 6

Achse der psychosomatischen Totalität, Version 2020



Quelle. Goetzmann et al., (2020, S. 18)

2.4.6 Behandlungstechnischer Zugang durch die Achse der psychosomatischen Totalität

Folgend wird erläutert, inwieweit die Idee, Körpersymptome entlang einer Achse anordnen zu können, auch innerhalb des therapeutischen Settings Anwendung finden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der behandlungstechnische Zugang individuell und prozesshaft an den Patienten angepasst werden sollte und sich innerhalb der verschiedenen Pole voneinander differenzieren lässt (Goetzmann et al., 2019c). Lassen sich die körperlichen Symptome dem Imaginären zuordnen, kann der behandlungstechnische Zugang durch den „Sprung ins Imaginäre“ (Ruettner et al., 2015) gewählt werden. Um diesen Sprung zu ermöglichen, muss der Therapeut eine besondere Haltung (Epoché nach Husserl, 1962) einnehmen. Bei dieser hält „er sein Urteil zurück, er schaltet und klammert es aus“ (Ruettner 2018; Husserl, 1967, S. 63). Durch diese Haltung kann der Therapeut dem körperlichen Symptom des Patienten ein tieferes Verständnis entgegenbringen. Der Analytiker kann allein bzw. mit dem Patienten zusammen in das „Imaginäre hineintauchen“ und so zur Innenwelt des Patienten vordringen, die für das Verständnis der Symptomatik von großer Bedeutung ist (Ruettner et al., 2015, S. 723; Zahavi, 2009). Das Hineintauchen kann durch das Körpersymptom an sich erfolgen. Für eine ausführlichere Darstellung wird dabei auf Rüttner und Kollegen (2015) verwiesen.

Um diesen Sprung verbildlichen zu können, verweisen Rüttner und Kollegen auf das Märchen Alice im Wunderland (vgl. Carroll, 1999). Um überhaupt zum Eingang des Tunnels zu gelangen, bedarf es einer besonderen therapeutischen Haltung. Nimmt der Therapeut diese Haltung ein, gelangt er zur Symptomatik des Patienten, die dabei „als Tunnel, Tor oder Eingang verstanden werden kann, die in das Erleben mehr oder weniger unmittelbar hineinführen kann“ (Ruettner, 2018; Ruettner et al., 2015, S. 723). Dass dieses Vorgehen als dynamischer Prozess zu verstehen ist, soll durch den Spiralpfeil in der Mitte des Tunnels (siehe Abbildung 7) veranschaulicht werden. Wie erwähnt, steht das Imaginäre als psychisches Register vor allem für die Körperbilder einer Person, die wiederum eine große Wichtigkeit für die psychische Gesundheit darstellen (Nemitz & Will, 2017; vgl. Kapitel 2.4.4). Dieses Körperbild kann durch den Sprung bzw. das Aufhalten im Imaginären beeinflusst werden. Im besten Fall kommt es dazu, dass die körperlichen Symptome seitens des

Patienten versprachlicht werden können und so den Leidensdruck minimieren. Das Ende des Tunnels stellt folglich das bestmögliche Therapie-Outcome dar: Das Imaginäre bzw. der „innere Zufluchtsort“ (Ruettnner et al., 2015, S. 721) wurde aufgebaut und der Patient erreicht einen Zustand des Protoselbsts – so entsteht eine *neue Welt* (Ruettnner, 2018; Ruettnner et al., 2015).

Abbildung 7

Epoché und der Sprung ins Imaginäre



Quelle. Eigene Darstellung (Eichenlaub, 2019, S. 41), in Anlehnung an Ruettnner et al., (2015), Bild Alice im Wunderland: <https://www.proprofs.com/quiz-school/story.php?title=alice-in-wonderland;> Bild Spiralpfeil: <https://www.coaching-mh.de>.

Die Behandlung der körperlichen Symptome oder Erkrankungen sollte von der Verortung der verschiedenen Pole der Achse abhängig gemacht werden. Wird der behandlingstechnische Zugang am *symbolischen Pol* betrachtet, sollte vorab erwähnt werden, dass die Körpersymptome der Patienten auf einen latenten Konflikt hinweisen, der sich durch „Begehren, Verbot und Abwehr“ charakterisieren lässt (Goetzmann et al., 2019c, S.10). Mit Hilfe der Analyse des latenten Inhalts, etwa durch die Übertragung oder dem therapeutischen Einbeziehen der Träume, können diese Inhalte symbolisiert werden. Wichtig dabei ist ein behutsames Vorgehen, insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass die Aktualisierung dieser Konflikte mit der Abwehr des Patienten verknüpft sind und die Übersetzung der Inhalte nicht angenommen, sondern abgewehrt werden können (Ruettnner, 2018; Ruettnner et al., 2015). Behutsam bedeutet in diesem Zusammenhang auch, den kommunikativen Aspekt und den Hilferuf (vgl. Israel, 2004) des Patienten zu berücksichtigen.

Der behandlingstechnische Zugang zu den *asymbolischen Polen* kann nicht durch die beschriebenen Techniken gewährt werden, da hier der imaginäre Raum aus- bzw. aufgebaut wird. Dabei hilfreich sind die Transformationsfähigkeit und die Spiegelfunktion des Therapeuten sowie das Ziel, eine gemeinsame Sprache von Thera-

peut und Patient zu finden (Goetzmann et al., 2019c). Ein weiteres Ziel ist unter anderem das Zulassen, Benennen und Verstehen von Emotionen, was sich als herausfordernd darstellen kann, da die Symptome bislang ausschließlich auf körperlicher Ebene verarbeitet wurden. Scheitert dieses Vorgehen, wird von einer Versiegelung des imaginären Raums ausgegangen (Goetzmann et al., 2019c; Ruettnner 2018; Ruettnner et al., 2015).

2.5 Zusammenfassung bisheriger Forschungsergebnisse

Bevor auf dem theoretischen Hintergrund basierend die Fragstellungen präzisiert werden, werden in diesem Kapitel die Ergebnisse zusammengefasst, die sich aus vorangegangenen Untersuchungen derselben Stichprobe ergeben haben. Für die Zusammenfassung werden die Studien von Götzmann und Kollegen (2018), Seiler und Kollegen (2015; 2016a, b) sowie der Autorin selbst (Eichenlaub, 2019) herangezogen.

Durch die erste Studie konnte die Annahme bestätigt werden, dass die postoperative Lebensqualität signifikant ansteigt. Die erhobene Lebensqualität mit den EuroQol-Fragebogen (EQ-5D) stieg vor allem zwischen den ersten beiden Messzeitpunkten ($t_1 = 2$ Wochen; $t_2 = 3$ Monate) an. Weitere Veränderungen hin zum dritten Messzeitpunkt ($t_3 = 6$ Monate) ließen sich dabei nicht verzeichnen. Durch die qualitative Methode (vgl. Kapitel 4.2.1) konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse im Einklang mit der verbesserten Lebensqualität stehen – so unter anderem, dass höhere Lebensqualität mit erhöhter Akzeptanz, ein fremdes Organ in sich zu tragen, in Zusammenhang gebracht werden kann und die Patienten die Transplantationserfahrung mit Abstand betrachten konnten (vgl. Goetzmann et al., 2018).

Lungentransplantierte Patienten unterscheiden sich untereinander in der psychischen Verarbeitung des komplexen Eingriffs, was von verschiedenen Faktoren abhängig ist (vgl. Kapitel 2.2.3). Auch die untersuchte Stichprobe lässt sich durch ihre individuelle postoperative Verarbeitung charakterisieren. Dabei konnte durch Seiler und Kollegen (2015) konstatiert werden, dass sich 35% der Patienten dem optimalen, 42% mit dem guten und 23% dem schlechten Typ zuordnen lassen. Diese Zuordnung richtete sich nach der Höhe der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) sowie nach niedrigen Werten der Symptomcheckliste (SCL-K-9). Auch das Alter der Patienten, medizinische Faktoren, etwa die Schwere der Erkrankung oder

das Auftreten von Komorbiditäten, psychische Faktoren, wie psychische Belastungen, die Einnahme von Antidepressiva sowie die Dauer des Krankenhausaufenthalts scheinen sich auf die Einteilung der verschiedenen Typen hinsichtlich der postoperativen Verarbeitung auszuwirken (Seiler et al., 2016a).

Auch thematisch wurde die psychische Verarbeitung der vorliegenden Stichprobe tiefgehend analysiert (Seiler et al., 2016a). Mit Hilfe halbstrukturierter Interviews konnte gezeigt werden, dass es Thematiken gibt, welche die untersuchten Patienten ein halbes Jahr postoperativ primär beschäftigen. Diese sind neben körperlichen Beschwerden und der Angst vor dem Abstoßen des Organs auch die Einschränkungen, die sie auf Grund der Lungentransplantation im Alltag erfahren. Letztere, nahm im Verlauf der Messzeitpunkte zu. Lediglich bei zwei Patienten zeigte sich ein non-adhärentes Verhalten hinsichtlich der Medikamenteneinnahme. Auf Grund berichteter Einschränkungen erleben diese Patienten keine Erleichterung durch das Transplantat. Vielmehr wird die Transplantation mit einem Austausch einer neuen Krankheit und weiteren Komplikationen in Verbindung gebracht (Seiler et al., 2016a).

Durch die vorangegangene Arbeit der Autorin (Eichenlaub, 2019) wurde die psychische Verarbeitung der Patienten ebenfalls analysiert. Dabei wurde das Material auf der einen Seite hinsichtlich des *Transplantationskomplexes* untersucht, um überprüfen zu können, ob die Hinweise über die Einzelstudie von Götzmann und Kollegen (2019a) hinausgehen und so typisch für die Verarbeitung lungentransplantiert ist. Auf der anderen Seite wurden die Interviews hinsichtlich der *Achse der psychosomatischen Totalität* untersucht, um so das Zusammenwirken von Soma und Psyche besser abbilden zu können. Insgesamt stellten die Patienten ihr Erleben in einer primär operativen Denkweise dar. Diese Denkweise erlaubt keine Distanz zum Objekt, in diesem Fall z.B. dem Spender, und kann so erhebliche Folgen mit sich bringen. So etwa, dass der Patient die Lungentransplantation nicht richtig verarbeiten kann. Diese unvollständige Verarbeitung kann dann, so Götzmann und Kollegen (2007, 2009), dazu führen, dass die Patienten die Medikamente nicht bzw. nicht richtig einnehmen.

Durch die Verknüpfung der Denkstile mit den verschiedenen Polen der *Achse der psychosomatischen Totalität* ließen sich folgende Typen bilden: *Essentielle Depression* und *Denken operativ*, *Imaginärer Pol* und *Denken imaginär* sowie *Organischer Pol* und *Denken imaginär*. Dabei spricht der letztere gegen vorangegangene Annahmen, was etwa für die Komplexität der psychischen bzw. körperlichen Verarbeitung der Patienten sprechen könnte. Hinsichtlich der Darstellung der unterschiedlichen Aspekte des *Transplantationskomplexes* konnte gezeigt werden, dass dieser sowohl direkt als auch indirekt präsentiert wird und durch die häufige Identifizierung für lungentransplantierte Patienten typisch sein kann. Ausgenommen ist dabei der Aspekt *der Körper wird aufgebrochen*. Dieser wurde lediglich direkt präsentiert, was unter anderem daran liegen könnte, dass sich diese Vorstellung in den Sphären des Realen bzw. Traumatischen bewegt und sich so negativ auf die Verbalisierungsfähigkeit der Studienteilnehmer auswirkt.³ Unter Hinzuziehung der *Achse der psychosomatischen Totalität* und sich daraus ergebenden Denkstile kann postuliert werden, dass sich der *Transplantationskomplex* insbesondere mit dem imaginären Denkstil verknüpfen lässt. Dieses Ergebnis legt nahe, dass der *Transplantationskomplex* durch die Patienten affektiv aufgeladen und kreativ präsentiert wurde. Für die Raterin der Arbeit erschien der *Transplantationskomplex* zum Zeitpunkt der Auswertung durch die Aussagen der Patienten bildreich.

3 Fragestellungen

3.1 Präzisierung der Fragestellungen vor dem Hintergrund der Grounded Theory

Die Präzisierung der Fragestellungen erfolgte nach Einsicht des Materials (Interviews mit lungentransplantierten Patienten), vorangegangenen Studien (vgl. Kapitel 2.5) sowie nach der Anfertigung der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019). Durch die vorangegangene Arbeit wurde deutlich, dass das vorliegende Material noch nicht hinreichend untersucht wurde und einer weiteren Analyse unterzogen werden sollte.

³Die Studienergebnisse, die sich auf die Häufigkeiten der einzelnen Aspekte des Transplantationskomplexes beziehen, wurden bereits publiziert: Eichenlaub, M., Ruettner, B., Seiler, A., Jenewein, J., Boehler, A., Benden, C., Wutzler, U., Goetzmann, L. (2021). The Actualization of the Transplantation Complex on the Axis of Psychosomatic Totality – Results of a Qualitative Study, *Healthcare*, 9(4), 455. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040455>

Dass die Fragestellungen erst nach Einsicht des Materials präzisiert wurden, findet vor allem in der qualitativen Forschung Anwendung und fußt auf der Methodologie der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998; vgl. Kapitel 4.2.1). Bei den Fragestellungen handelt es sich nicht um gerichtete Fragestellungen, die etwa eine Richtung oder Art des Effekts vorgeben. Grund hierfür ist, dass die Forschung der psychischen Verarbeitung einer Transplantation noch sehr jung ist und noch nicht ausreichend Vorwissen besteht, um eine Richtung bei der Präzisierung der Fragestellungen vorzugeben.

3.2 Fragestellungen und Hypothesen

Die gewinnbringende Verknüpfung der *Achse der Psychosomatischen Totalität* und dem *Transplantationskomplex* wurde durch die vorangegangene Arbeit bekräftigt, bei der überprüft wurde, ob sich der *Transplantationskomplex* mit einem bestimmten Denkstil verknüpfen lässt (Eichenlaub, 2019). Um die Komplexität der *Achse der Psychosomatischen Totalität* zu berücksichtigen, stellt sich die Frage, ob sich der *Transplantationskomplex* nicht nur mit bestimmten Denkstil verbinden lässt, sondern ob dieser vorwiegend an einem Pol präsentiert wird. Dabei ist es besonders interessant zu überprüfen, ob der primär identifizierte imaginäre Denkstil (Eichenlaub, 2019) inhaltlich mit dem Pol zusammenpasst oder ob sich durch die Identifizierung eines konträren Pols (z.B. *asymbolischen Pol I* und *II*) neue Perspektiven ergeben. Durch die Verknüpfung verschiedener Theorien (*Achse der psychosomatischen Totalität* und *Transplantationskomplex*) soll der Vielzahl an körperlichen Symptomen von lungentransplantierten Patienten ein noch tieferes Verständnis entgegengebracht werden können. Aus diesen Überlegungen ergibt sich folgende Fragestellung:

Fragestellung 1: An welchem Pol der Achse der psychosomatischen Totalität wird der Transplantationskomplex überwiegend präsentiert?

Durch die Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) wurde deutlich, dass die Identifizierung des *Transplantationskomplexes* über die Einzelfallstudie (Goetzmann et al., 2019a) hinausgeht und die Berücksichtigung objektbeziehungstheoretischer Annahmen durchaus Berechtigung finden sollte. Mittels der Analyse der Daten (Eichenlaub, 2019) fiel auf, dass der *Transplantationskomplex* vom jeweiligen Geschlecht unter-

schiedlich präsentiert wird. Dieser Beobachtung konnte jedoch auf Grund des Umfangs der Arbeit nicht weiter nachgegangen werden. Mit Hilfe einer tieferen Analyse soll überprüft werden, ob der *Transplantationskomplex* vom jeweiligen Geschlecht unterschiedlich erlebt wird. Dabei ist fraglich, ob die Themen des *Transplantationskomplexes* inhaltlich zur Natur des jeweiligen Geschlechts passen. Werden Themen, wie das Einbehalten oder Ausscheiden von Objekten, die sich ursprünglich auf eine Schwangerschaft beziehen könnten, überwiegend von Frauen präsentiert und Themen, wie Jagen und Töten, eher von männlichen Patienten? Durch die Analyse der geschlechtsspezifischen Präsentation des *Transplantationskomplexes* kann nicht nur dem Komplex, sondern auch dem jeweiligen Geschlecht ein tieferes Verständnis entgegengebracht werden, was unter anderem für die postoperative Behandlung genutzt werden kann. Basierend auf dem Ziel, durch die Studie einen tieferen geschlechtstypischen Einblick in den *Transplantationskomplex* zu erlangen, ergibt sich die zweite Fragestellung:

Fragestellung 2: Bei welchem Geschlecht tritt der Transplantationskomplex häufiger auf und wie wird er beim jeweiligen Geschlecht präsentiert?

Die dritte Fragestellung untersucht die Natur des *Transplantationskomplexes*. Es soll analysiert werden, ob dieser traumatischer Natur ist und so auf einer Ebene verarbeitet wird, die auf eine sehr frühe Entwicklungsstufe zurückzuführen ist. Diese Idee ergab sich auf Basis der häufigen Identifizierung traumatischer Inhalte (Eichenlaub, 2019), in Form *einer traumatischen Situation, Reaktion* oder eines *traumatischen Prozesses* (Fischer & Riedesser, 1999). Der Gedanke, den *Transplantationskomplex* mit traumatischen Inhalten zu verknüpfen, geht auch auf die klinische Erfahrung von Lutz Götzmann zurück (persönliche Kommunikation, 20.07.2020). Dabei können intrusive Phantasien oder Erinnerungen, die sich in diesen Zusammenhang auf den *Transplantationskomplex* beziehen könnten, ursächlich für das Entstehen von traumatischen Erfahrungen sein. Auch die Idee Freuds (1894), dass die traumatische Erschütterung erst dann pathologisch wird, wenn sich die Person an diese durch eine weitere traumatische Situation erinnert, könnte dabei herangezogen werden. Der *Transplantationskomplex* könnte so die frühe traumatische Erschütterung lungentransplantierte Patienten reaktivieren. Weiterhin stellt sich die Frage, ob der *Transplantationskomplex* nicht eher konflikthafter Natur ist und so in eine ödipale Thematik eingekleidet ist. Dabei könnten neuere Konzeptionen des

Ödipuskomplexes, etwa die von Burgner (1985), Jones (1957) oder Lebovici (1982) herangezogen werden, die davon ausgehen, dass sich ödipale Thematiken auch über das Kindealter hinaus präsentieren können. Darüber hinaus ist es fraglich, ob sich die identifizierten Konflikte in monolithisch und binär einteilen lassen und so die Annahmen der Aufteilung von Schmidt-Hellerau (2005) festigen. Durch eine tiefere Analyse der Natur des *Transplantationskomplexes* und des sich daraus neu ergebenden Verständnisses könnten negative Emotionen, wie Schuldgefühle oder Ängste, besser identifiziert werden. Im Idealfall könnten diese im Rahmen einer therapeutischen Begleitung vor, während und nach der Transplantation verbalisiert werden, so den entstandenen Leidensdruck minimieren und das Therapieergebnis optimieren.

Um die geschlechtsspezifische Untersuchung der vorherigen Fragestellung aufzugreifen, soll auch bei der Natur des *Transplantationskomplexes* untersucht werden, ob sich diese vom jeweiligen Geschlecht unterschiedlich präsentiert wird. Dabei soll überprüft werden, ob der *Transplantationskomplex* bei einem Geschlecht besonders häufig als ein traumatisches Ereignis wahrgenommen wird. Auch bei den ödipalen Spuren könnte der Überlegung nachgegangen werden, ob diese unterschiedlich vom jeweiligen Geschlecht präsentiert werden – so etwa, wenn sich bestimmte Aspekte des *Transplantationskomplexes*, wie *Der Spender wird getötet* häufiger bei Patienten oder *Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation)* primär bei Patientinnen wiederfinden und sich so als *kreative Lösungen des Ausgangs des männlichen bzw. weiblichen Ödipus* zeigen. Dabei ist die Analyse des weiblichen Geschlechts von besonders großer Bedeutung, da dies, vor dem Hintergrund des *Ödipuskomplexes*, im Vergleich zum männlichen Geschlecht, noch nicht hinreichend untersucht wurde. Unter der Berücksichtigung von gesellschaftlichen Entwicklungen ist es dabei von besonders großem Interesse zu überprüfen, ob sich bei Patienten womöglich auch typisch weibliche und bei Patientinnen typisch männliche ödipale Themen zeigen. Basierend auf den Beobachtungen der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) sowie nach Einsicht der Literatur und dem Ziel, traditionelle Ansichten zu modernisieren, lässt sich die dritte Fragestellung ableiten:

Fragestellung 3: Ist der Transplantationskomplex eher traumatischer oder konflikthafter Natur und wie wird dieser vom jeweiligen Geschlecht präsentiert?

Durch vorangegangene Studien konnte gezeigt werden, dass die Messzeitpunkte und der zeitliche Abstand zum medizinischen Eingriff (Lungentransplantation) eine große Rolle spielen. Neben der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder Thematiken (z.B. Einschränkungen im Alltag) über die unterschiedlichen Messzeitpunkte hinweg ist es fraglich, ob sich auch der *Transplantationskomplex* über die Erhebungszeitpunkte hinweg verändert. So könnten folgenden Überlegungen nachgegangen werden: Wird dieser unmittelbar nach der Transplantation häufiger präsentiert oder zeigen sich anfangs, auf Grund der noch wahrgenommenen Bedrohung, weder latente noch manifeste Hinweise, die im zeitlichen Verlauf, z.B. auf Grund von einer haltenden Beziehung zum Ärzteteam, zunehmen? Dabei ist fraglich, ob sich der *Transplantationskomplex* auch hinsichtlich der sieben unterschiedlichen Aspekte über die Zeitpunkte hinweg verändert. Auch dabei kann vorab keine mögliche Richtung der Entwicklung vorgegeben werden, da der *Transplantationskomplex* als dynamisches und prozesshaftes Phänomen zu begreifen ist. Basierend auf diesen Fragen und Zielsetzungen lässt sich folgende Fragestellung aufstellen:

Fragestellung 4: Wie entwickelt sich der Transplantationskomplex und zu welchem Zeitpunkt wird er am häufigsten präsentiert?

Durch die Studie von Götzmann und Kollegen (2018) konnte gezeigt werden, dass die Kombination qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden sehr gewinnbringend sein kann. Auch durch die vorangegangene Arbeit (Eichenlaub, 2019) wurde aufgezeigt, dass quantitative Maße hinzugezogen werden sollten, um die Ergebnisse festigen und vertiefen zu können. Limitierungen, wie einfließende Subjektivität durch die Raterin, könnten durch die Hinzunahme von weiteren Forschungsmethoden eingedämmt werden. Für den Mixed-Methods-Ansatz wird der *Transplantationskomplex* als qualitatives Maß mit zwei quantitativen Maßen verknüpft.

Ein quantitatives Maß konzentriert sich auf die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dass diese postoperativ nach der Lungentransplantation ansteigt, konnte durch zahlreiche Studien bestätigt werden (vgl. Kapitel 2.2.1). Die Studie von Götzmann und Kollegen (2018), welche dieselbe Stichprobe der vorliegenden Arbeit untersuchte, konnte feststellen, dass die Lebensqualität in den ersten drei

Monaten nach der Operation signifikant ansteigt und auch zum dritten Messzeitpunkt hin (sechs Monate postoperativ) stabil bleibt. Fraglich ist, ob diese Entwicklung neben den untersuchten Aspekten auch durch weitere Faktoren beeinflusst wird. Durch frühere Arbeiten (Eichenlaub, 2019; Goetzmann et al., 2019a) konnte gezeigt werden, dass der *Transplantationskomplex* eine große Rolle bei lungentransplantierten Patienten spielt. Mit Hilfe dieser Erkenntnisse stellt sich die Frage, ob die Rolle des *Transplantationskomplexes* so groß ist, dass er andere Konstrukte, wie die Lebensqualität der Patienten, beeinflusst?

Dabei könnte auf der einen Seite, auf Basis der Einzelfallstudie (Goetzmann et al., 2019a), davon ausgegangen werden, dass die Lebensqualität niedriger ist, wenn der *Transplantationskomplex* seltener identifiziert werden kann. Grund hierfür ist etwa die Annahme, dass der *Transplantationskomplex* auf Grund von Abwehrmechanismen schwerer identifizierbar ist. Die Tatsache, dass der *Transplantationskomplex* in die Abwehr der Patienten verstrickt ist, könnte dann dazu führen, dass traumatische Krypten gebildet werden, was die Identifizierung zusätzlich erschwert. Ebendeshalb könnte sich ergeben, dass das Erlebte als traumatisch erfahren wird und sich so negativ auf die Lebensqualität auswirken könnte.

Auf der anderen Seite könnte auf Grund der Erkenntnisse der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) davon ausgegangen werden, dass vermehrte Hinweise auf den *Transplantationskomplex* im Zusammenhang mit erhöhter Lebensqualität stehen könnten. Grund hierfür stellt das überwiegende Vorkommen des *Transplantationskomplexes* mit dem imaginären Denkstil dar, welcher im Gegensatz zum operativen Denkstil nicht mit mentalen Beeinträchtigungen, wie Ängsten, verknüpft werden kann (Aisenstein, 2008; Dammann, 2014; Green, 1993; Marty et al., 2017; Marty & de M'Uzan, 1963). Die Emotion Angst stellt wiederum eine Dimension der fünf Dimensionen der Lebensqualität dar und könnte so im Zusammenhang mit dem *Transplantationskomplex* stehen. Vermehrte Hinweise könnten dafür stehen, dass Patienten sich während der Interviews gehalten fühlen und so vermehrt über den *Transplantationskomplex* berichten, was dann wiederum Einfluss auf die Lebensqualität haben könnte. In Anbetracht der unterschiedlichen Messzeitpunkte ist dabei von Interesse, ob sich dieser Zusammenhang zeitlich verändert. Auf Grundlage dieser Überlegungen ergibt sich folgende Fragestellung:

Fragestellung 5: Wie beeinflusst der Transplantationskomplex die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D) zu den drei Messzeitpunkten?

Wie erwähnt, stellt die Adhärenz der Patienten eine besondere Einflussgröße auf den (posttransplantären) Therapieerfolg dar. Durch die WHO (2003) sowie durch vorangegangene Studien (vgl. Kapitel 2.2.2) konnte gezeigt werden, dass die Adhärenz eines Patienten durch etliche Faktoren positiv oder negativ beeinflusst werden kann. Um die Ursachen von non-adhärentem Verhalten konkretisieren und besser operationalisieren zu können, ist es von großer Notwendigkeit auch modernere Konzepte als mögliche Einflussfaktoren in die Analyse mit einzubeziehen. Mit Hilfe dieser Arbeit soll untersucht werden, ob der konzipierte *Transplantationskomplex* die selbstdeklarierte Adhärenz der Patienten beeinflusst. Da dieser Einfluss bislang in der Form noch nicht untersucht wurde, werden im Folgenden Ideen aufgeführt, die einen möglichen Einfluss des *Transplantationskomplex* auf die Adhärenz bedingen könnten. Werden die Überlegungen der vorherigen Fragestellungen aufgegriffen, kann es auf der einen Seite sein, dass wenige Hinweise auf den *Transplantationskomplex* auf ein traumatisches Erleben und eine operative Denk- und Sprechweise zurückzuführen sind. Patienten mit mentalen Beeinträchtigungen könnten auch jene sein, die Risiko laufen, ihre Medikamente, gegen die Abstoßung des neuen Organs, willentlich oder unwillentlich, nicht korrekt einzunehmen. Auf der anderen Seite könnten Patienten mit vermehrten Hinweisen auf den *Transplantationskomplex* jene sein, die trotz konflikthafter oder traumatischer Natur des Komplexes in der Lage sind, ihre Erfahrungen zu versprachlichen, was wiederum mit einer besseren psychischen Gesundheit einhergehen könnte. Neben einer psychischen Stabilität und der Fähigkeit, dem medizinischen Eingriff eine Bedeutung zuschreiben zu können, könnte es die positive Beziehung zum Ärzteteam sein, die sich auf die Adhärenz auswirken könnte.

Bei beiden Aspekten besteht die Frage, ob sich dieser Einfluss über die unterschiedlichen Messzeitpunkte hin verändert. Grund hierfür ist unter anderem die sich verändernde Beziehung zum Behandlungsteam im Laufe der posttransplantären Behandlung. So scheint die Beziehung kurz nach der Therapie, z.B. durch die Abhängigkeit vom Ärzteteam (vgl. Brosig & Woidera, 1993; Lefebvre & Crombez, 1972) und Bedrohung einer Abstoßung eine ganz andere zu sein als die Beziehung, die

der Patient etwa ein halbes Jahr zum Behandlungsteam pflegt. Durch die Abhängigkeit könnten womöglich frühkindliche Ängste sowie Beziehungsmuster zu früheren Bezugspersonen (vgl. Lewin et al., 2013) reaktiviert werden und so die Zusammenarbeit mit dem Ärzteteam, in Form von adhärentem Verhalten, beeinflussen. Basierend auf den weitreichenden Folgen von non-adhärentem Verhalten und der Notwendigkeit einer Analyse von möglichen Einflussfaktoren ergibt sich die sechste Fragestellung.

Fragestellung 6: Wie beeinflusst der Transplantationskomplex die Adhärenz zu den drei Messzeitpunkten?

4 Methode

Die Methodik geht zunächst auf die Rekrutierung und Beschreibung der Stichprobe ein. Anschließend werden jeweils für die qualitativen und quantitativen Analysen die zugrundeliegende Methodik, die Datenerhebung sowie die Güte (Inter-Coder-Agreement-Analyse, Reliabilitätsanalyse) dargestellt. Nachdem die allgemeine qualitative und quantitative Datenanalyse erläutert wird, werden die Datenanalysen der einzelnen Fragestellungen aufgezeigt.

4.1 Rekrutierung und Beschreibung der Stichprobe

Nachdem das positive Votum der Ethikkommission Zürich vorlag, wurden im Jahr 2012 bis 2014 Untersuchungen zur postoperativen Verarbeitung einer Lungentransplantation durchgeführt. Die Untersuchung erfolgte dabei zu drei unterschiedlichen Messzeitpunkten nach der Transplantation: t_1 (2 Wochen), t_2 (3 Monate), t_3 (6 Monate). Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte durch Psychologen des USZ. Vorab wurden dabei folgende Ausschlusskriterien festgelegt: Patienten unter 18 Jahren, unzureichende Deutschkenntnisse sowie fehlende Zustimmung zur Studie. Während der Erhebung ausgeschlossen, wurden Patienten mit klinisch relevanter medizinischer oder psychischer Symptomatik. Weiterhin wurden Patienten mit fehlenden statistischen Daten von der Studie ausgeschlossen. Das effektive Sample der vorliegenden Studie besteht aus $N = 38$. Die Altersspanne bewegt sich zwischen 20 – 68 Jahren ($M = 47.76$ Jahre, $SD = 15.88$). Davon sind insgesamt 20 Teilnehmer männlich und 18 weiblich. Es gab keine Angaben zu einem dritten Geschlecht. Rund 44% der Patienten sind verheiratet, 36% ledig, 15% geschieden und 2% verwitwet.

Zum derzeitigen Beschäftigungsstatus befragt, gaben rund 36% an derzeit berufsunfähig zu sein, 5% waren krankgeschrieben, rund 8% arbeiteten in einem Vollzeitjob, während 18% halbtags arbeiteten. Rund 21% waren berentet, während rund 2% arbeitslos waren.

Bevor die Transplantationen am Transplantationszentrum des Universitätsspitals Zürich (USZ) durchgeführt wurden mussten die Patienten rund 270,5 Tage auf ihr neues Organ warten (*Min* = 10, *Max* = 992). Auf die Darstellung der dabei sehr unterschiedlichen medizinischen Indikationen der Patienten wird auf Grund der Konzentration auf die psychische Verarbeitung verzichtet. Neben durchschnittlich vier Tagen auf der Intensivstation (*Min* = 2, *Max* = 29) verbrachten die transplantierten Patienten rund 4,5 Wochen (*Min* = 3, *Max* = 14) im USZ, wobei bei rund einem Patienten (*Min* = 0, *Max* = 4) ein erneuter stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig war. Wichtig zu erwähnen ist, dass zwei der Patient retransplantiert wurden. Durchschnittlich wurden zehn Patienten (25%) postoperativ psychopharmakologisch eingestellt. Die Daten zur Wartezeit auf ein neues Organ, sowie die Angaben zum weiteren Verlauf der Klinikaufenthalte stammen aus der Studie von Seiler und Kollegen (2015) und beziehen sich auf das dortige effektive Sample von $N = 40$. Weitere Daten, die zu dieser Patientengruppe vorliegen, wurden in Kapitel 2.5 zusammenfassend dargestellt.

4.2 Methodik

4.2.1 Qualitative Methodik: Tiefenhermeneutik und Grounded Theory

Die Ursprünge der Hermeneutik gehen ins 18. und 19. Jahrhundert zurück, welche dann für die Weiterentwicklung der Methodologie genutzt wurden, die sich auf die Analyse von bedeutungshaltigem Material konzentriert. Ziel der mitunter ältesten Methode zur Analyse qualitativer Daten ist es, dass Gesagte zu verstehen und dem Textverständnis eine tiefere Bedeutung zu schreiben zu können. Um dieses zu Ziel erreichen, geht die Hermeneutik einem Grundverständnis nach: *Hermeneutischer Zirkel I und II*. Der erste Zirkel lässt sich durch das Ineinandergreifen von Vorverständnis und Textverständnis und der zweite Zirkel durch das Zusammenfügen von Textteilen und Textganzem charakterisieren (Schreier, 2013). Das Zusammenspiel der hermeneutischen Zirkel ist dabei prozesshaft zu verstehen (Lamnek, 2005).

Die Tiefenhermeneutik ist eine Variante der Hermeneutik, die auf Lorenzer zurückgeht (1981, 1986). Diese Methode ist Teil der kritisch-psychoanalytischen Kultur- und Sozialforschung, die sich vor allem auf die Analyse des unbewussten Materials konzentriert. Dafür werden die von Freud konzipierten Methoden wie *szenisches Verstehen*, *freie Assoziation* sowie *gleichschwebende Aufmerksamkeit* in modifizierter Form verwendet, um sie in der Forschungspraxis nutzen zu können. Mit Hilfe des *szenischen Verstehens* ist es möglich, neben dem manifesten Gehalt (das Gesagte), den latenten Gehalt (unbewusster Sinninhalt) zu erschließen und diese so für die Analyse des Materials verwenden zu können (König, 2000). Eine ausführliche Beschreibung des manifesten und latenten Gehalts findet sich in Kapitel 2.3.2 wieder.

Um neben dem artikulierten Material auch den unbewussten Sinninhalten ein tiefergehendes Verständnis entgegen zu bringen, kann der Interpret verschiedene psychoanalytische *Werkzeuge* nutzen. So etwa, wenn er Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene sowie Diskussionen mit weiteren Mitgliedern eines Forschungsteams miteinbezieht (Klein, 2012). Auch Auffälligkeiten im Text können dabei „in die latente Sinnebene hineinführen“ (Lorenzer, 1990, S. 266). Diese lassen sich z.B. durch Widersprüche, theatralische Inszenierungen oder die Verwendung von Metaphern identifizieren (Klein, 2012). Um erneut die in der psychoanalytischen Praxis entwickelten Phänomene heranzuziehen, sollte den spontanen Einfällen des Interpreten (*freie Assoziation*) eine *gleichschwebende Aufmerksamkeit* entgegengebracht werden (König, 2000). Die sich daraus ergebene Methodik zur Datenanalyse, etwa dass dem latenten Gehalt mit Hilfe von indirekten Hinweisen nachgegangen werden kann und das manifeste Material durch direkte Hinweise identifiziert werden kann, wird in Kapitel 4.3.1 dargestellt.

Eine weitere Variante der Hermeneutik ist die Grounded Theory, die auf die Soziologen Glaser und Strauss (1967) zurückgeht. Diese beschreibt ein „Verfahren sozialwissenschaftlicher Hermeneutik – der Lehre vom Verstehen, Deuten, Auslegen von Texten“ (Breuer, 2010, S. 39). Die Methodik inkludiert dabei das „Einordnen von Sinneinheiten in einem umgreifenden Bedeutungshorizont“ (Breuer, 2010, S. 44). Das Einordnen folgt einem induktiven Vorgehen, dem Schlussfolgern von Einzelfällen hin zur Einordnung in ein Gesamtkonzept, dem Allgemeinen und Gesetzmäßigen

(Breuer, 2010). Durch das induktive Vorgehen wird ein Problemthema „gegenstandsgegründet“ („grounded“) herausgearbeitet (Breuer, 2010, S. 39). Das induktive Vorgehen findet sich auch in der Analyse der Daten, in Form des Codierens, wieder.

Unter dem Codieren wird ein Prozess verstanden, bei dem wichtige Zitate mit einem Code, welcher wie eine Art Etikett zu verstehen ist, markiert werden. Dabei wurden innerhalb der Methodik verschiedene Varianten herausgearbeitet, so etwa das offene und das strukturelle Codieren. Das offene Codieren folgt der induktiven Vorgehensweise, bei welcher zunächst alle scheinbar wichtigen Datenausschnitte codiert werden. Dabei folgt das offene Codieren dem Ziel, die „Analyse der Daten, die Zusammenstellung der Stichprobe und die Theorieentwicklung miteinander zu verknüpfen“ (Muckel & Breuer, 2016, S. 163). Bei den strukturalen Codes wird das Material zu „einem kategorial-theoretischen Vokabular zu verallgemeinernden Begriffen“ zugeordnet (Breuer, 2010, S. 69). Das theoretische Vokabular bezieht sich auf eine theoretische Grundlage (Breuer, 2010), welche in dieser Arbeit das konzipierte Codebook dargestellt. Die vorliegende Arbeit verwendet ausschließlich strukturelle Codes. Diese wurden auf Grund der Erkenntnisse der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) sowie auf Basis verwendeter Literatur aufgestellt. Für die Konzipierung wurde sowohl die Vorgehensweise der Tiefenhermeneutik als auch die der Grounded Theory-Methodologie miteinbezogen.

Insgesamt grenzen sich die verschiedenen Varianten der Hermeneutik, als Methoden der qualitativen Forschung, deutlich von der quantitativen Forschung ab. Letztere zeichnet sich durch einen reinen linear-deduktiven Prozess aus, während sich die qualitative Forschung durch einen zyklischen induktiven bzw. einen induktiv-deduktiven Forschungsprozess charakterisieren lässt (Kruse, 2014). Abgrenzen lassen sich die Methoden dadurch, dass der Forschende bzw. der Interpret der Daten im qualitativen Prozess als eine Art *Messinstrument* gesehen werden kann (Schreier, 2013), da das Material interpretatorischer Natur ist und der Forschende die Vergabe der Codes bestimmt.

4.2.2 Qualitative Datenerhebung

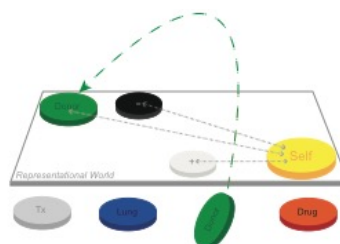
Es wurden leitfaden- und tabletgestützte Einzelinterviews durchgeführt. Der Leitfaden der Interviews lässt sich Anhang A entnehmen. Die Dauer der Interviews betrug dabei ca. 15 Minuten und wurde von Psychologen des USZ durchgeführt. Daher besteht keine persönliche Beziehung zwischen den Patienten und der Raterin der Arbeit.

Vorab wurden die Studienteilnehmer über Inhalt, Dauer, Anonymität sowie über Schweigepflicht aufgeklärt. Nach Zustimmung der Probanden wurden die Interviews audiodokumentiert und anschließend anonymisiert. Dabei wurde jedem Patienten eine Nummer zugeteilt, die durch die Angabe des unterschiedlichen Messzeitpunkt ergänzt wurde.

Der Inhalt der postoperativen Interviews befasste sich mit einer Aufgabe, bei der die Patienten mit unterschiedlich farbigen Kreisen ihr psychisches Erleben nach der Transplantation darstellen sollten. Die Farbe Weiß stellte die Erfahrungswelt dar und ein gelber Kreis das Selbst des Transplantierten. Ein roter Kreis präsentierte die Medikamente, ein blauer das neue Organ (Lunge) und die Operation wurde durch einen grauen Kreis präsentiert. Zu den erwähnten Themenbereichen sollte der Patient zudem eine weiße Scheibe und eine schwarze Scheibe verwenden, um so positive und negative Aspekte der einzelnen Themengebiete visualisieren zu können. Die Platzierung der unterschiedlichen Kreise sollte anschließend begründet und reflektiert werden. Durch die folgende Abbildung soll der Inhalt der Interviews verdeutlicht werden.

Abbildung 8

PRISM



Quelle. Goetzmann et al. (2018, S. 2)

4.2.3 Güte der qualitativen Untersuchung, Inter-Coder Agreement Analysis

Um die Güte der Codierungen zu berechnen, wurde in der vorangegangenen Arbeit aus zeitlichen Gründen lediglich die prozentuale Übereinstimmung zweier Rater gemäß den Kriterien von Neuendorf (2002) berechnet. Die prozentuale Übereinstimmung der verwendeten Codes lag in einem guten bis sehr guten Bereich. Ausgenommen ist dabei der Code *Pol symbolisch*, bei dem keine Übereinstimmung beider Rater vorlag (Eichenlaub, 2019).

Für die vorliegende Arbeit wird ein statistisches Maß zur Messung der Übereinstimmung zweier Rater (Krippendorff's Alpha) herangezogen. Aus dem Grund, dass die Codes nicht „mutual exclusive“ („sich gegenseitig ausschließend“) angewendet wurden und mehrere Codes aus der gleichen semantischen Domäne auf ein Zitat angewendet wurden, wird c- α -binary verwendet. Um c- α -binary zu bestimmen, wird mit Hilfe von Atlas.ti eine ICA (Inter-Coder-Agreement-Analysis) durchgeführt. Die dafür per Zufall ausgewählten Zitate (20% des gesamten Datenmaterials) werden von Frau Lena Barth nach einer persönlichen Einführung in das Codebook gegen-codiert. Um die Übereinstimmung einordnen zu können, wird zur Orientierung die Bewertungsrange von Krippendorff (2013) herangezogen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Bewertungsrange Krippendorff's Alpha

Wert	Interpretation
$\alpha = 1$	Perfekte Übereinstimmung
$\alpha > 0.8$	Starke Übereinstimmung
$\alpha = 0.67 - 0.8$	Schwache Übereinstimmung
$\alpha < 0.67$	Sehr schwache Übereinstimmung

Quelle. Friese (2020, S. 11); Krippendorff (2013)

Tabelle 2 zeigt die Übereinstimmung zwischen Lena Barth und der Autorin hinsichtlich der übergeordneten Themen. Im Durchschnitt zeigt sich eine Übereinstimmung von c- α -binary = 0.96 (*Min* c- α -binary = 0.88; *Max* c- α -binary = 1.00). Die Übereinstimmung eines jeden einzelnen Codes lässt sich Anhang B entnehmen. Da es sich bei allen Codes um eine sehr gute bis perfekte Übereinstimmung handelt, werden keine Codes gesondert betrachtet, die auf Grund mangelnder Übereinstimmung

überarbeitet werden müssten.

Tabelle 2

Krippendorff's Alpha der übergeordneten Themen

Übergeordnete Themenbereiche	Codes	Krippendorff's c-α-binary
Hinweise auf Trauma	Hinweise auf eine traumatische Situation, Hinweise auf eine traumatische Reaktion, Hinweise auf einen traumatischen Prozess	0.88
Achse der psychosomatischen Totalität	Pol imaginär+Zone imaginär, Pol symbolisch, Pol asymbolisch, Pol organisch	0.96
Transplantationskomplex	Der Spender wird getötet, der Körper wird aufgebrochen, Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation), der Empfänger ist der Spender (Identifizierung), der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers, das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie, das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden	0.92
Ödipuskomplex	Der Rivale wird getötet, Verbot/ Strafe, Schuld, <i>Erotik / Sexualität</i> , Untergang/ Loslösung des Ödipuskomplexes, Kreativität als <i>gelungener</i> Ausgang des Ödipuskomplexes, Monolithischer Konflikt, Binärer Konflikt	1.00
Ödipuskomplex, männlich	Der Rivale wird getötet, männlich, Verbot/ Strafe, männlich, Schuld, <i>Erotik / Sexualität</i> , männlich, Untergang/ Loslösung des Ödipuskomplexes, männlich, Kreativität als <i>gelungener</i> Ausgang des Ödipuskomplexes, männlich, Monolithischer Konflikt, männlich, Binärer Konflikt, männlich	1.00
Ödipuskomplex, weiblich	Der Rivale wird getötet, weiblich, Verbot/ Strafe, weiblich, Schuld, weiblich, <i>Erotik / Sexualität</i> , weiblich, Untergang/ Loslösung des Ödipuskomplexes, weiblich, Kreativität als <i>gelungener</i> Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich, Monolithischer Konflikt, weiblich, Binärer Konflikt, weiblich	1.00
Gesamtübereinstimmung der übergeordneten Themen	Alle übergeordneten Themen zusammengefasst	0.96

Anmerkungen. Die Angaben zu c- α -binary sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet.

4.2.4 Quantitative Datenerhebung

Die quantitative Testbatterie setzt sich aus dem EQ5-D (European Quality of Life, EuroQool Group, 1990) und dem TxEQ-D (Deutsche Validierung des Transplant Effects Questionnaire, Klaghofer et al., 2008) zusammen.

EQ5-D ist ein quantitatives Erhebungsinstrument, welches die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst. Es setzt sich aus den folgenden Dimensionen zusammen: *Mobilität, Selbstversorgung, allgemeine Tätigkeiten, Schmerz/ körperliche Beschwerden* und *Angst/ Niedergeschlagenheit*. Dabei kann jede Dimension auf einer drei-stufigen Likert-Skala (keine Probleme, einige Probleme, schwere Probleme) subjektiv vom Patienten bewertet werden. Abschließend wird ein Wert berechnet; dabei stehen niedrige Werte für eine schlechtere und höhere für eine bessere Lebensqualität.

Der TxEQ Fragebogen erhebt die psychische Verarbeitung einer Organtransplantation (Ziegelmann et al., 2002) und kann so für den späteren Beratungs- bzw. Therapiebedarf genutzt werden. Da in Deutschland ein Maß solcher Art fehlte, wurde es durch Klaghofer und Kollegen (2008) mit Hilfe einer Querschnittsuntersuchung ins Deutsche übersetzt (TXEQ-D) und validiert. Dabei sollen 23 Items auf einer fünf-stufigen Likert-Skala (stimmt völlig zu, stimmt, unsicher, ob es stimmt, stimmt nicht, stimmt überhaupt nicht) bewertet werden. Für diese Studie wurden der Faktor *Adhärenz* ausgewählt. Der Faktor *Adhärenz* bezieht sich auf folgende Items: *Manchmal vergesse ich, meine Medikamente gegen die Abstoßung einzunehmen, manchmal nehme ich meine Medikamente gegen die Abstoßung nicht ein, wenn ich zu sehr beschäftigt bin, kann es vorkommen, dass ich meine Medikamente gegen die Abstoßung vergesse, ich finde es schwierig, mich an die vorschriftsmäßige Einnahme der Medikamente zu gewöhnen, manchmal denke ich, dass ich meine Medikamente gegen die Abstoßung nicht brauche.*

4.2.5 Güte der quantitativen Untersuchung, Reliabilitätsanalyse

Die Reliabilität der einzelnen Fragebögen wurde anhand von *Cronbachs* α überprüft. Eine hohe Reliabilität entspricht *Cronbachs* $\alpha = .90 - 1.00$, eine mittlere *Cronbachs* $\alpha = .80 - .90$ und eine geringe *Cronbachs* $\alpha = .00 - .80$ (Bortz & Döring, 2006). Die internen Konsistenzen des Items *Beweglichkeit, Mobilität* (*Cronbachs* $\alpha = .77$),

für sich selbst sorgen (Cronbachs $\alpha = .60$), allgemeine Tätigkeit (Cronbachs $\alpha = .59$), Schmerzen, körperliche Beschwerden (Cronbachs $\alpha = .46$), Angst/Niedergeschlagenheit (Cronbachs $\alpha = .60$) waren alle gering. Die geringe Reliabilität wurde durch die Studie von Seiler und Kollegen (2015) auf die homogene Stichprobe zurückgeführt. Insgesamt sind alle weiteren Maße zur Beurteilung der Güte der Testbatterie zufriedenstellend, weshalb diese sich für die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eignet (Seiler et al., 2015).

Durch die Studie von Klaghofer und Kollegen (2008) konnte konstatiert werden, dass die internen Konsistenzen der deutschen Version mit der englischen Version vergleichbar sind, trotz der Tatsache, dass letztere eine etwas höhere Reliabilität aufweist. Der Faktor *Adhärenz* weist eine hohe Reliabilität (Cronbachs $\alpha = .90$) auf. Die interne Konsistenz bei diesem Faktor in der vorangegangenen Studie liegt bei $\alpha = 0.79$ und fällt so etwas geringer aus. Angaben zu den internen Konsistenzen der weiteren Faktoren lassen sich aus der Studie von Klaghofer und Kollegen (2008) entnehmen.

4.3 Datenanalyse

Auf Grund der unterschiedlichen Analysen qualitativer und quantitativer Daten werden diese zunächst einführend beschrieben, bevor auf die Datenanalyse der einzelnen Fragestellungen eingegangen wird.

4.3.1 Datenanalyse qualitativer Daten

Das Verschriftlichen des Interviewmaterials (Transkription) erfolgte durch zwei Psychologinnen des UKS mit Hilfe des Programms *Microsoft Office Word*. Dabei wurden die Transkriptionsregeln nach Kruse (2014) und Selting et al. (2009) verwendet. Nicht aufgenommen wurde dabei nonverbales Interviewmaterial, etwa Kopfschütteln. Verbale Äußerungen, wie ein zustimmendes „mhh“ oder begleitende Affekte, hingegen schon.

Die anschließende Analyse des qualitativen Materials erfolgte durch die Autorin dieser Arbeit und wurde in einer früheren Studie (Eichenlaub, 2019) verwendet. Neben Vorlesungen (Master Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Hamburg), welche sich mit der qualitativen (psychoanalytischen) Forschung

beschäftigten, wurde die Autorin während des Codierprozesses durch Prof. Dr. Lutz Götzmann supervidiert. Dabei wurden zunächst die ersten zwei Interviews durch die Autorin codiert und dann mit dem Betreuer dieser Arbeit diskutiert. Durch die Diskussionen sowie nach Einsicht der ersten Interviews kam es neben der Hinzunahme von neuen Codes auch zu Änderung von manchen Codebeschreibungen. Dieses prozesshafte Vorgehen wird nicht nur durch die Grounded Theory (siehe Kapitel 4.2.1), sondern auch durch weitere Annahmen von Strauss und Corbin (1996) gestützt. Die Autoren untermauern mit ihrer Aussage die Wichtigkeit des Anfangsprozesses. Der Anfangsprozess bezieht sich hier auf das Codieren der ersten beiden Interviews sowie auf den Austausch des Gutachters mit der Autorin der Arbeit. Der Anfangsprozess kann als „zentraler Prozess, durch den aus Daten Theorien entwickelt werden“ (Straus & Corbin, 1996, S. 39) gesehen werden und untermauert so die Qualität der Auswertung des Materials.

Die konzipierten Codes wurden vorab in einem Codebook verankert und stellen die vorgeschlagene theoretische Grundlage (Breuer, 2010) des Codierprozesses dar. Das Codebook enthält neben der Definition des Codes auch eine Abgrenzung zu anderen Codes sowie jeweils zwei Ankerbeispiele. Die Ankerbeispiele wurden während des Codierprozesses ergänzt. Weiterhin wurde darin verankert, dass ebenfalls die verneinten Formen codiert werden sollen. Grund hierfür ist die Idee Freuds, dass „konflikthafte Material erst in der verneinten Form bewusstseinsfähig werden kann“ (Freud 1925; Goetzmann et al., 2019a, S. 529).

Insgesamt kann das Codebook in drei thematische Bereiche eingeteilt werden: 28 Codes beziehen sich auf die *Achse der Psychosomatischen Totalität* (A-Codes), sieben Codes auf den *Transplantationskomplex* (B-Codes) und sieben Codes auf den *Ödipuskomplex*, die jeweils noch in allgemeine bzw. geschlechtsspezifische Aspekte eingeteilt worden sind (C-Codes). Im Folgenden werden lediglich die Codes aufgelistet, die auch für die Analyse der Daten verwendet werden.

A-Codes. Hinweis auf eine traumatische Situation, Reaktion oder Hinweise auf den traumatischen Prozess, Pol imaginär + Zone imaginär, Pol symbolisch, Pol asymmetrisch, Pol organisch, Denken imaginär, Denken operativ, Denken symbolisch.

B-Codes. Der Spender wird getötet, der Körper wird aufgebrochen, Objekte dringen in den Körper/ werden aufgegessen (Inkorporation), Der Empfänger ist der Spender, der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers, das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie, das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden.

C-Codes. Der Rivale wird getötet, Der Rivale wird getötet, weiblich, Der Rivale wird getötet, männlich, Verbot / Strafe, Verbot / Strafe, weiblich, Verbot / Strafe, männlich, Schuld, Schuld, weiblich, Schuld, männlich, Erotik / Sexualität, weiblich, Erotik / Sexualität, männlich, Untergang / Lösung des Ödipuskomplexes, Untergang / Lösung des Ödipuskomplexes, weiblich, Untergang / Lösung des Ödipuskomplexes, männlich, Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich, Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, männlich, Monolithischer Konflikt, Monolithischer Konflikt, weiblich, Monolithischer Konflikt, männlich, Binärer Konflikt, Binärer Konflikt, weiblich, Binärer Konflikt, männlich.

4.3.2 Datenanalyse Fragestellung 1 (Co-Occurrence-Analyse des Transplantationskomplexes mit der Achse der psychosomatischen Totalität)

Für die Untersuchung dieser Verknüpfung, bei welcher der *Transplantationskomplex* die zentrale Kategorie und die *Achse der psychosomatischen Totalität* eine weitere Kategorie darstellt, wird eine Co-Occurrence-Analyse durchgeführt. Diese Form der Analyse untersucht, wie häufig die analysierten Kategorien miteinander auftreten. Mit Hilfe der Atlas.ti Funktion *Report exportieren* werden die Verknüpfungen exportiert, um so typische Zitate auswählen zu können. Ausgewählte Zitate werden auch bei den folgenden Fragestellungen geglättet, d.h., dass Berichte der Patienten, für ein besseres Verständnis, ins Schriftdeutsche übersetzt werden.

Die Datenanalyse des *Transplantationskomplexes* beruht auf festgelegten Kriterien, die für die Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) verwendet wurden. Dabei wurde der *Transplantationskomplex* sowohl auf indirekte als auch auf direkte Hinweise hin untersucht. Direkte Hinweise basieren auf der Annahme, dass sich der Patient dem

Gesagten bewusst ist; diese sind „dem Realitätsprinzip bzw. dem Sekundärvorgang“ (Freud, 1900, S. 607f.; Laplanche und Pontalis, 1973, S. 398) unterworfen. Mit Hilfe der Wach-Narrative lassen sich direkte Hinweise identifizieren.

Die Identifizierung indirekter Hinweise stellt sich im Gegensatz zu direkten Hinweisen etwas komplexer dar. Für eine erste Orientierung, dass Hinweise auf das Unbewusste als indirekte Hinweise zu verstehen sind, wird Lacans Zitat aus einem seiner letzten Seminare (Seminar vom 10. Mai 1977) herangezogen:

Gerade so präsentiert sich das berühmte Unbewusste; dieses Unbewusste ist letzten Endes unmöglich zu fassen. Es repräsentiert nicht, ich habe vorhin von den Paradoxa gesprochen als repräsentierbar, das heißt zeichenbar: es gibt keine mögliche Zeichnung des Unbewussten. Das Unbewusste, das Unbewusste beschränkt sich auf eine Zuschreibung, auf eine Substanz, auf etwas, dem unterstellt wird, „unter“ zu sein, und was die Psychoanalyse aussagt, ist eben dies, dass es nur eine, ich sage, Deduktion ist, unterstellte Deduktion, nichts weiter. Das, womit ich versucht habe, ihm Körper zu geben mit der Erschaffung des Symbolischen, hat ganz genau die Bestimmung, dass es nicht ankommt, es kommt nicht an bei seinem Empfänger, wie kommt es trotzdem dazu, dass es ausgesprochen wird? Das ist die zentrale Befragung der Psychoanalyse (Lacan, 2009, S. 87).

Indirekte Hinweise beziehen sich „häufig auf (visuelle) Repräsentanzen, die sich im Traumzustand aktualisieren“ (Eichenlaub, 2019, S. 49). Der Traum zeichnet sich durch Abwehrmechanismen wie „Verschiebung, Verdichtung und Vieldeutigkeit aus und ist dem Primärprozess unterworfen“ (Freud, 1900, S. 607f.; Laplanche und Pontalis, 1973, S. 398; vgl. Kapitel 2.3.2). Durch den Abwehrmechanismus der Verschiebung werden aggressive oder libidinöse Impulse auf ein Objekt verschoben, welche sich an ein anderes Objekt richten, zu welchem die Beziehung jedoch nicht gefährdet werden darf (König, 1997). Die anderen Abwehrmechanismen (Verdichtung und Vieldeutigkeit) wurden in Kapitel 2.3.2 erläutert.

Für die Nachvollziehbarkeit werden im Folgenden die aufgestellten indirekten und direkten Hinweise des *Transplantationskomplexes* (Eichenlaub, 2019; Goetzmann et al., 2019a) aufgeführt, die übersichtshalber tabellarisch zusammengefasst werden. Für eine vertiefende Darstellung der indirekten und direkten Hinweise wird auf Eichenlaub (2019) verwiesen. Ankerbeispiele der jeweiligen Aspekte finden sich im Anhang B.

Tabelle 3

Übersicht direkte und indirekte Hinweise auf den Transplantationskomplex

Aspekte des Transplantationskomplexes	Direkte Hinweise	Indirekte Hinweis
<i>Der Spender wird getötet</i>	Bericht darüber, dass der Spender getötet wurde	Person des Spenders bleibt unbenannt (Subjekt- bzw. Objektlosigkeit), jede Form des Tötens, Tötungswünschen und -phantasien, transplantationspsychische Konflikte, die sich auf diese Thematik beziehen
<i>Der Körper wird aufgebrochen</i>	Bericht darüber, dass der Körper durch die Transplantation aufgebrochen wurde	Körper oder körperähnliche Gegenstände werden gewaltsam geöffnet, aufgeschnitten oder aufgebrochen, z.B. durch eine Motorsäge
<i>Objekte dringen in den Körper/ werden aufgegessen (Inkorporation)</i>	Lunge als Objekt ist im Körper	Weitere Angaben über die Inkorporation von Objekten (z.B. Medikamente), Verneinung der Inkorporation, Hinweise auf kannibalistische Einverleibungsphantasien
<i>Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung)</i>	Identifizierung mit dem Spender, dieser wird namentlich oder durch Possessivpronomen, wie <i>sein</i> , erwähnt	Verneinung der Verwandtschaft zum Spender, weitere Formen der Identifizierung
<i>Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers</i>	Verortung des Spenders in der Innenwelt des Patienten	Spender an sich wird nicht in der Innenwelt des Empfängers verortet, sondern z.B. dessen Organ (Lunge)
<i>Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie</i>	Lunge ist Mitglied der neuen Organfamilie	Angaben über Schwangerschaft, Verbleib des Organs im Körper, weitere Formen des Nicht-Loslassen-Wollens oder Nicht-Hergeben-Wollens (z.B. Obstipation)
<i>Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden</i>	Erfolgte Abstoßungen der Lunge, Angst vor Abstoßreaktionen	Bericht über generelles Ausstoßen, Verlieren, Erbrechen (z.B. Diarrhoe, Vomit)us)

Quelle. Eichenlaub (2019); Goetzmann et al. (2019a)

Die Nebenkategorie bezieht sich auf die *Achse der psychosomatischen Totalität*, welche gemäß der vorherigen Konzipierung den *imaginären, den organischen, den symbolischen Pol* sowie den *asymbolischen Pol* umfasst. Neben den Codierungen

des *Transplantationskomplexes* wurden auch die der *Achse der psychosomatischen Totalität* für die vorangegangene Arbeit (Eichenlaub, 2019) codiert und für die Analyse verwendet. Auf Grund der neuen Konzipierung der *Achse der psychosomatischen Totalität* (vgl. Kapitel 2.4.5) werden die bisherigen Codierungen des *imaginären Pols* und der *imaginären Zone* zusammengefügt.

Das Auftreten dieser Codes wird in relativen Häufigkeiten (Prozentangaben) dargestellt. Die relativen Häufigkeiten ergeben sich durch die Division der Anzahl des Co-Occurrence-Wertes durch die maximale Anzahl der Co-Occurrence Analyse.

4.3.3 Datenanalyse Fragestellung 2 (Geschlechtsspezifische Untersuchung des Transplantationskomplexes)

Die Datenanalyse dieser Fragestellung beschäftigt sich damit, bei welchem Geschlecht der *Transplantationskomplex* häufiger auftritt. Dabei werden die Interviews zunächst in zwei Gruppen (weibliche und männliche Studienteilnehmer) eingeteilt und dann überprüft, wie oft diese jeweils mit Aspekten des *Transplantationskomplexes* verknüpft werden können. Für die Darstellung typischer Inhalte der Interviews wird die *Atlas.ti-Funktion Report exportieren* verwendet.

Bei dem Vergleich von männlichen und weiblichen Studienteilnehmern wird auf Grund der homogenen Stichprobengröße der geschlechtsspezifische Mittelwert berechnet, da ein direkter Vergleich der absoluten oder relativen Häufigkeiten nicht aussagekräftig wäre. Dabei wird die Stichprobengröße durch die absolute Häufigkeit dividiert, um so darzustellen, wie häufig der jeweilige Aspekt bei männlichen und weiblichen Studienteilnehmern auftritt.

4.3.4 Datenanalyse Fragestellung 3 (Analyse der Natur des Transplantationskomplexes)

Für die dritte Fragestellung wird mit *Atlas.ti* ebenfalls eine Co-Occurrence-Analyse durchgeführt. Dabei stellt der codierte *Transplantationskomplex* die Hauptkategorie dar. Die weiteren Kategorien setzen sich aus der traumatischen Natur zusammen, welche die Codes *Hinweise auf eine traumatische Situation*, *Hinweise auf eine traumatische Reaktion* sowie *Hinweise auf den traumatischen Prozess* inkludiert. Die Definitionen finden sich in Kapitel 2.4.2 wieder, während Ankerbeispiele Anhang B

zu entnehmen sind. Die weitere Nebenkategorie bezieht sich auf die mögliche konflikthafte Natur des *Transplantationskomplexes*. Der dafür verwendete Code *Ödipuskomplex* mit seinen unterschiedlichen 24 Aspekten wurde vorher noch nicht verwendet und erst nach Anfertigung der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) aufgestellt.

Durch die vorangegangene Arbeit (Eichenlaub, 2019) konnte gezeigt werden, dass das Einbeziehen direkter und indirekter Hinweise durchaus gewinnbringend sein kann. Aus diesem Grund werden auch für den *Ödipuskomplex* direkte und indirekte Hinweise aufgeführt. Die allgemeine Definition, wann ein Hinweis als direkt oder indirekt gilt, wurde im vorherigen Kapitel aufgeführt. Die einzelnen 24 Aspekte des *Ödipuskomplexes* wurden nach Einsicht des Materials (Interviews mit lungentransplantierten Patienten), Diskussionen in der Forschungsgruppe sowie nach tiefgehender Analyse des bisherigen Forschungsstands zum *Ödipuskomplex* (vgl. Kapitel 2.4.3) entwickelt. Bevor auf die einzelnen Aspekte eingegangen wird, ist es wichtig zu erwähnen, dass in Anbetracht der Fragestellung lediglich das codierte Material des *Transplantationskomplexes* auf Hinweise des *Ödipuskomplexes* untersucht wird. Bei den aufgeführten Hinweisen wird bei der sexuellen Orientierung von einer Heterosexualität ausgegangen. Diese Begrenzung impliziert keine Benachteiligung weiterer sexueller Orientierungen, sondern ist durch den Umfang der Arbeit begründet, weshalb sich lediglich auf eine heterosexuelle Orientierung konzentriert wird. Da der Untersuchung der weiblichen Sexualität, aus erwähnten Gründen, eine besondere Bedeutung beigemessen werden sollte, werden geschlechtsspezifische Inhalte pro Aspekt des *Ödipuskomplexes* formuliert. Diese können dann, unabhängig vom Geschlecht des Patienten, codiert werden. So kann überprüft werden, ob geschlechtstypische Inhalte des *Ödipuskomplexes* auch beim gegengeschlechtlichen Patienten auftreten. Sollte der Inhalt des Aspekts nicht geschlechtsspezifisch sein, wird ein allgemeiner Code verwendet. Im Folgenden werden die Aspekte des *Ödipuskomplexes* mit den Kriterien für direkte und indirekte Hinweise aufgeführt.

Der Rivale wird getötet

Angaben über das Töten eines Rivalen (vgl. Freud, 1905; Zepf et al., 2016) werden als direkte Hinweise auf den *Ödipuskomplex* gesehen. Kann das Geschlecht des Rivalen nicht identifiziert werden, wird der allgemeine und geschlechtsunspezifische Code *Der Rivale wird getötet* verwendet. Als indirekte Hinweise werden Berichte

über das Töten oder Todesphantasien gewertet, ohne dass dabei explizit und bewusst (z.B. durch Verleugnung) auf den Rivalen eingegangen wird.

Bezieht sich der Patient bei dem Rivalen auf die Tötung der Mutter, wird dies als direkter Hinweis auf den Aspekt *Der Rivale wird getötet, weiblich* verstanden. Berichte darüber, dass die Person nur eine Chance auf ein Überleben durch den Tod der Mutter hat (vgl. Freud, 1905), werden als direkte Hinweise gewertet. Sollte die ursprüngliche Rivalin (Mutter) im Sinne der Abwehr (Subjekt- bzw. Objektlosigkeit) unbenannt bleiben, jedoch vom Tod mütterlicher Figuren gesprochen werden, wird von einem indirekten Hinweis ausgegangen. Lassen sich weitere Textstellen finden, bei denen der Patient davon berichtet, dass er nur Chancen auf ein Überleben, durch den Tod von mütterlichen Figuren, hat, wird von einem indirekten Hinweis ausgegangen.

Angaben über das Töten des Vaters werden als *Der Rivale wird getötet, männlich* verstanden. Transplantationstypische Konflikte, bei denen die Möglichkeit auf ein neues Leben nur durch den Tod eines Anderen, in diesem Fall des Vaters, besteht (vgl. Freud, 1905), werden als direkte Hinweise gesehen. Als indirekt werden Hinweise verstanden, wenn nicht explizit der Vater, sondern vaterähnliche Figuren erwähnt werden. Diese Annahmen beruhen auf der Konzeptualisierung des Codes *Der Spender wird getötet* (Eichenlaub, 2019; Goetzmann et al., 2019a).

Verbot / Strafe

Direkte Hinweise beziehen sich auf das Inzestverbot (vgl. z.B. Freud, 1905), ohne, dass dabei Geschlechter benannt werden (*Verbot / Strafe*). Sollte der Patient generell von Verboten berichten (z.B. Verbot bestimmter Lebensmittel oder Verbot bestimmten Freizeitaktivitäten nachzugehen) wird dies als indirekter Hinweis verstanden, der auf den latenten Inhalt des Inzestverbots hinweisen könnte. Bleibt dabei das Geschlecht der Person, welche das Verbot ausspricht oder welcher das Verbot zugeschrieben wird, unbenannt, wird dies als indirekter Hinweis auf den Code *Verbot / Strafe* verstanden. Beziehen sich die Bestrafungen auf den allgemeinen Funktionsverlust (z.B. des neuen Organs), ohne dass diese von einer geschlechtstypischen Person ausgesprochen werden, sind diese Äußerungen als geschlechtsspezifische indirekte Hinweise zu verstehen.

Beim weiblichen Geschlecht beziehen sich direkte Hinweise beispielsweise auf das „Nein“ der Mutter, was durch die Autorin an das „Nein“ des Vaters geschlechtsspezifisch angepasst wurde (vgl. Freud, 1905, 1913, 1925; Lacan, 1953; Kapitel 2.4.3). Direkte Hinweise beziehen sich darauf, dass das Inzestverbot durch die Mutter ausgesprochen wird. Dazu kann z.B. auch eine drohende Bestrafung (z.B. Unfruchtbarkeit) zählen. Indirekte Hinweise beziehen sich dann auf Verbote, die von anderen weiblichen bzw. mütterlichen Figuren (z.B. Therapeutin oder Ärztin) ausgesprochen werden. Die ursprünglich drohende Unfruchtbarkeit, als Pendant zur drohenden Kastration des Jungen, lässt sich durch vieldeutige Angaben identifizieren, die sich dann wiederum als indirekte Hinweise verstehen lassen. Sie beziehen sich z.B. auf Gegenstände bzw. Objekte (z.B. Dornen im biblischen Sinn als Zeichen der Unfruchtbarkeit, Heller, 2001), welche die Unfruchtbarkeit auslösen oder symbolisch für diese stehen könnten.

Direkte Hinweise, die für Männer typisch sind, beziehen sich wiederum auf das „Nein des Vaters“ (vgl. Freud, 1905, 1913, 1925; Lacan, 1953; Kapitel 2.4.3), welches inzestuöse Handlungen zwischen Mutter und Sohn unterbinden soll. Dabei kann eine angedrohte Bestrafung des Vaters, etwa durch die Kastration, ausgesprochen werden und vom Patienten berichtet werden. Sollte die Bestrafung von vaterähnlichen Figuren (z.B. Arzt oder Chef) ausgesprochen werden, werden diese Hinweise als indirekt eingeordnet. Die angedrohte Bestrafung in Form der drohenden Kastration kann sich ebenfalls vieldeutig darstellen. So etwa, wenn über die Unterwerfung, die Entmännlichung, den Verlust von Kraft und Macht oder das Niederreißen oder Abschneiden von Objekten berichtet wird, die als manifeste Inhalte auf den latenten Inhalt der Kastration hinweisen.

Schuld

Direkte Hinweise auf diesen Aspekt des *Ödipuskomplexes* beinhalten Angaben über Schuldgefühle, die ursprünglich durch den (getöteten) Rivalen entstanden sind (vgl. z.B. Freud, 1905). Bleibt das Geschlecht des Rivalen unbenannt wird folgender Code verwendet: *Schuld*. Als indirekte Hinweise werden jene Berichte von Schuldgefühle verstanden, die nicht direkt mit dem Rivalen in Verbindung gebracht werden können. Diese Äußerungen können dann als indirekte Hinweise (im Sinne einer

Verschiebung) verstanden werden, die ursprünglich auf die Schuldgefühle hinweisen, die durch das Inzestverbot oder durch das Töten des Rivalen entstanden sein könnten.

Äußerungen, dass die Schuldgefühle durch die Mutter entstanden sind, werden als direkte Hinweise verstanden (*Schuld, weiblich*). Indirekte Hinweise beziehen sich auf Schuldgefühle, die auf Grund von Beziehungen mit mütterlichen Figuren (z.B. Therapeutin, Ärztin) entstanden sind. Diese könnten dann wiederum als manifester Gehalt auf die latente Vorstellung hinweisen. Poluda (1993) vertrat z.B. die Ansicht, dass Schuldgefühle beim Mädchen auf eine lesbische Enttäuschung mit aggressiven Gefühlen und Phantasien zurückzuführen sind.

Lassen sich Textstellen finden, wo der Spender explizit und bewusst davon berichtet, dass die Schuldgefühle durch den Vater entstanden sind, wird dies als direkter Hinweis verstanden (*Schuld, männlich*). Sollte der Spender nicht direkt vom Vater, jedoch von väterlichen Figuren, berichten, durch die Schuldgefühle entstanden sind, wird in der vorliegenden Arbeit von indirekten Hinweisen ausgegangen (vgl. z.B. Freud, 1913).

Erotik / Sexualität

Äußerungen zur Sexualität der Eltern bzw. über das sexuelle Verhältnis der Eltern (im Rahmen einer Triangulierung) werden als direkte Hinweise (*Erotik / Sexualität*) verstanden (vgl. Chasseguet-Smirgel, 1999; Freud, 1923). Der Bericht über Sexualität mit anderen Personen, ohne dass dabei explizit die Eltern erwähnt werden, kann als indirekter Hinweis gewertet werden.

Bezogen auf den weiblichen Ödipus (*Erotik / Sexualität, weiblich*) werden Äußerungen der Sexualerregung gegenüber dem Vater als direkte Hinweise verstanden (vgl. z.B. Freud, 1905, 1924). Dabei können Äußerungen über das Anschwellen der Schamlippen, der Brust oder der vaginalen Lubrifikation berichtet werden, die sich als sexuelle bzw. erotische Gefühle auf den Vater beziehen können. Als indirekt werden hingegen Aussagen verstanden, bei denen sich die Sexualerregung nicht explizit auf den Vater richtet, er wird dabei nicht explizit benannt. Vielmehr werden hier männliche bzw. väterliche Figuren beschrieben. Vieldeutige Aussagen, z.B. Bericht über Schwellungen weiterer Körperteile oder sich vergrößernden Objekten

werden als indirekte Hinweise verstanden. Hier wird von einer Verschiebung ausgegangen, die sich ursprünglich auf die weiblichen körperlichen Empfindungen (durch die sexuelle Erregung durch den Vater) bezieht.

Beim männlichen *Ödipuskomplex (Erotik / Sexualität, männlich)* wird von direkten Hinweisen gesprochen, wenn Sexualität bzw. Erotik im Zusammenhang mit der Mutter benannt werden (vgl. Chasseguet-Smirgel, 1999; Freud, 1905, 1924). Äußerungen über körperliche Veränderungen, etwa einem erigierten Penis, die sich als sexuelle bzw. erotische Gefühle auf die Mutter beziehen können, werden als direkte Hinweise verstanden. Wird die Mutter nicht explizit und bewusst erwähnt, sondern nur in Form von weiblichen bzw. mütterlichen Figuren präsentiert, wird von einem indirekten Hinweis ausgegangen. Wie beim weiblichen *Ödipuskomplex* können die beim direkten Hinweis identifizierbaren körperlichen Veränderungen (z.B. erigierter Penis) ebenfalls verschoben präsentiert werden. So etwa, wenn von größer werdenden Objekten, Schwellungen oder generell vom steifsein bzw. Versteifen, z.B. in Form eines steifen Nackens oder dem Versteifen in einer Situation, berichtet wird, die sich ursprünglich auf die sexuelle Erregung durch die Mutter beziehen.

Untergang / Lösung des Ödipuskomplexes

Als direkter und geschlechtsunspezifischer Hinweis können hier Angaben über ein liebendes Verhältnis zu den liebenden Eltern gemacht werden, die sich auf den Untergang bzw. die Aufhebung des *Ödipuskomplexes* beziehen (*Untergang / Lösung des Ödipuskomplexes*) (vgl. Freud, 1924). Als indirekt werden diese Hinweise dann verstanden, wenn gute Beziehungen zu familien-ähnlichen Strukturen berichtet werden. Auch die weitere Ablösung, z.B. Erlernen eines Berufes, kann auf eine entsprechende Entwicklung im Sinne einer gelungenen Triangulierung hinweisen.

Beim weiblichen *Ödipuskomplex* wird dabei ein gutes Verhältnis zur Mutter deutlich, bzw. wird die liebende Mutter (wieder-) entdeckt, indem beispielsweise in einer reifen Weise liebenswerte Charaktereigenschaften der Mutter erwähnt werden. Auch der Bericht über die reife Wahl eines Partners wird als direkter Hinweis verstanden. Liebevoll geprägte Beziehungen zu weiblichen bzw. mütterlichen Figuren, z.B. zu der Interviewerin oder zu der Therapeutin, werden als indirekte Hinweise auf eine gelungene Loslösung des weiblichen *Ödipuskomplexes* verstanden, ebenso wie die

reife Wahl eines Partners und guten Beziehungen zu weiteren männlichen Personen, z.B. Freunden oder Arbeitskollegen (vgl. Ruettner, 2019).

Direkte Hinweise (*Untergang / Loslösung des Ödipuskomplexes, männlich*) stellen Berichte über eine positiv-liebevolle Beziehung zum Vater dar. Auch hier wird die (Wieder-) Entdeckung des liebenden Vaters deutlich. Angaben über die reife Wahl einer Partnerin werden als direkte Hinweise verstanden. Indirekte Hinweise beziehen sich auf vaterähnliche Figuren, z.B. den behandelnden Arzt oder Therapeuten, zu dem der Patient ebenfalls eine positive Beziehung beschreibt. Auch die Fähigkeit einer reifen Wahl einer Freundschaft zu weiblichen Personen kann als indirekter Hinweis gewertet werden (vgl. Ruettner, 2019).

Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes

Der Wortursprung von Kreativität geht auf das lateinische Wort *creare* zurück, was so viel bedeutet wie erschaffen oder neu schöpfen (duden, o.D.,b). Die Fähigkeit zu einer vitalen Fähigkeit (in Form einer erfüllenden Beziehung, Familiengründung, berufliche und künstlerische Erfüllung) wird als gelungene Erfüllung des *Ödipuskomplexes* verstanden. Freud (1924) sprach hier vom *Untergang des Ödipuskomplexes* in der individuellen Entwicklung. Direkte Hinweise lassen sich dann identifizieren, wenn allgemein über das Zeugen eines Kindes, ohne dabei geschlechtsspezifische Fähigkeiten zu erwähnen, gesprochen wird. Alle weiteren geschlechtsunspezifischen Angaben, die sich nicht auf den kreativen Ausgang des *Ödipuskomplexes*, in Form von Kinder zeugen und zur Welt bringen, beziehen, werden als indirekte Hinweise (im Sinne einer Verschiebung) beschrieben. So etwa, wenn die Person von der Anfertigung von Arbeiten oder eines Kunstwerks berichtet.

Direkte Hinweise beziehen sich bei der *Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich* auf die Schwangerschaft, also der Entstehung und Schöpfung eines neuen Lebewesens. Dabei kann die lesbische Enttäuschung und die damit verbundene Idee „Du darfst das weibliche Objekt nicht haben, du sollst es sein“ (Poluda, 1993, S. 4) herangezogen werden. Unter Berücksichtigung der Konzeptualisierung Poludas (1993) könnte die Schwangerschaft als positive Entwicklung des Mädchens gesehen werden, in dem es durch die Schwangerschaft selbst zur Frau

wird. Als indirekt werden diese Hinweise verstanden, wenn allgemein über eine Inkorporation gesprochen wird. So etwa, wenn über die Inkorporation von Gegenständen, wie Medikamenten oder der Nahrungsaufnahme, berichtet wird. Diese können dann wiederum als manifeste Inhalte auf die Kreativität (als *gelungener* Ausgang des *Ödipuskomplexes*) in Form der Schwangerschaft hinweisen. Wichtig ist zu erwähnen, dass die Schwangerschaft als *ein* möglicher Ausgang des *Ödipuskomplexes* gesehen werden kann. Der Patient spricht von einer lesbischen Enttäuschung, die sich durch Sätze, wie „Du darfst das weibliche Objekt nicht haben, du sollst es sein“ (Poluda, 1993, S. 4) auf direkte Weise identifizieren lassen. Inwieweit auch z.B. eine Karriere, eine Selbstständigkeit, berufliche Projekte, Ausbildungen oder Musik als kreativer gelungener Ausgang des *Ödipuskomplexes* gesehen werden kann, soll zukünftig bei beiden Geschlechter herausgearbeitet werden.

Beim männlichen *Ödipuskomplex* (*Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, männlich*) wird nicht die Schwangerschaft, sondern der Bericht über die Zeugung von Kindern als direkter Hinweis gesehen. Der von Horney (1926) konzipierte Mutterschaftsneid, der auf der männlichen Unfähigkeit, ein Kind auszutragen beruht, kann deutlich werden. Indirekte Hinweise beziehen sich dann auf das allgemeine Zeugen von Leben. Der Neid gegenüber weiblichen Eigenschaften oder Fähigkeiten kann deutlich werden, der sich auf den latenten Gehalt des Mutterschaftsneids bezieht.

Monolithischer Konflikt

Es werden Angaben über das Vorhandensein einer Konstellation mit drei Objekten (Mutter, Vater und Kind) gemacht. Beim monolithischen Konflikt muss sich das Individuum hinsichtlich des Begehrens, das auf dem Sexualtrieb beruht, zwischen zwei Objekten (Eltern) innerhalb der ödipalen Situation positionieren. Der Konflikt entsteht durch das Vorhandensein zweier Objekte, wie z.B. der Mutter und dem Vater. Dabei geht es um die Befriedigung eines einzigen Triebes. In der Regel ist dies der Sexualtrieb (vgl. Schmidt-Hellerau, 2005). Freud (1910) sprach in der ersten Triebtheorie auch von einem Ich-Trieb bzw. Selbsterhaltungstrieb. Indirekt kann der monolithische Konflikt z.B. durch die Ambivalenz einer Person gegenüber zwei Objekten, die sich nicht mehr direkt auf Mutter und Vater beziehen, präsentiert werden. Bezogen auf die Lungentransplantation lässt sich eine typische triadische

Konstellation, die sich ursprünglich auf die ödipale Situation bezieht, wie folgt beschreiben: Patient, neue Lunge und alte Lunge. Die Ambivalenz zwischen zwei Objekten bezieht sich dabei auf das neue und das alte Organ. Dabei wird die Befriedigung des Triebes, bzw. des Begehrens, etwa der Selbsterhaltung, deutlich und kann als indirekter Hinweis gewertet werden.

Monolithischer Konflikt, weiblich. Direkte Hinweise beziehen sich auf die Angabe folgender triadischer Konstellation innerhalb einer ödipalen Situation: Mutter, Vater und Mädchen. Bei direkten Hinweisen wird deutlich, dass sich das Mädchen zwischen der Mutter und dem Vater positionieren muss. Das Mädchen wünscht sich einen guten Kontakt zum Vater, der auf Grund des Verbots der Mutter (bezüglich einer *inzestuös* anmutenden Beziehung zwischen Tochter und Vater) verboten erscheint und sich als problematisch erweist (vgl. Freud, 1924). Dabei können Ängste deutlich werden, nicht an die machtvolle Stelle der Mutter zu treten. Diese können sich indirekt präsentieren, wenn die Person davon berichtet, nicht heiraten zu können. Die Position der machtvollen Mutter einzunehmen bzw. nicht einnehmen zu können, kann sich indirekt dadurch kennzeichnen, dass eine Frau nicht zu ihrer Weiblichkeit steht oder eine Schwangerschaft ablehnt. Indirekt kann sich das ödipale Begehren auf andere väterliche Figuren richten, z.B. einem Arzt und entsprechend problematisch erlebt werden (vgl. Schmidt-Hellerau, 2005)

Monolithischer Konflikt, männlich. Bei diesem Aspekt besteht die Konstellation mit drei Objekten aus dem Vater, der Mutter und dem Jungen. Der Bericht über die Ambivalenz zwischen den Objekten (Mutter vs. Vater), um das Begehren zu befriedigen, wird als direkter Hinweis verstanden. Geschlechtsspezifisch lässt sich der Konflikt durch die interpersonale Thematik des Begehrens beschreiben: Der Junge berichtet direkt von dem Wunsch, einen guten Kontakt zur Mutter zu haben, der durch das Verbot durch den Vater unterbunden wird. Es können Ängste benannt werden, nicht an die machtvolle Position des Vaters zu treten. Indirekt können diese Ängste verschoben dargestellt werden, z.B. wenn darüber berichtet wird, dass ein Mann es nicht wagt, eine heterosexuelle Beziehung einzugehen, die Frau nicht heiraten kann, sich zurückzieht, keine Familie gründet oder höhere Positionen im Berufsleben ablehnt und vermeidet. Angaben, mütterliche Figuren (z.B. Ärztin oder Therapeutin) zu benötigen, sind als indirekte Hinweise zu verstehen, die auf den monolithischen Konflikt hinweisen können (vgl. Schmidt-Hellerau, 2005).

Binärer Konflikt

Im Gegensatz zum monolithischen Konflikt, bei dem sich das Individuum hinsichtlich zwei Objekten positionieren muss entsteht der binäre Konflikt auf Grund von zwei-gegensätzlichen Trieben (Schmidt-Hellerau, 2005). Im Rahmen der zweiten Triebtheorie sprach Freud (1923) vom *Lebens- und Todestrieb*. Die Befriedigung dieser Triebe kann bei einem oder mehreren Objekten gesucht werden. Indirekt kann der binäre Konflikt bei lungentransplantierten Patienten dadurch charakterisiert werden, dass sich von dem Abstoßen des neuen Organs (Todestrieb: Der eigene Körper stößt das Organ ab) vs. dem Behalten des neuen Objekts (Lebenstrieb: Der eigene Körper behält das Organ), als gegensätzliche Triebe berichten.

Die gegensätzlichen Triebe können sich dabei auf den Lebens- und Todestrieb (Freud, 1923) beziehen. Die Befriedigung des Triebes kann sich dabei an ein oder zwei Objekte richten. Vershoben kann die Konfliktentstehung bei lungentransplantierten Patienten dadurch charakterisiert werden, dass sie von dem Abstoßen des neuen Organs vs. dem Behalten des neuen Objekts, als gegensätzliche Triebe, berichten.

Die Aufteilung in einen *weiblichen* und *männlichen binären Konflikt* impliziert, dass der Lebens- und Todestrieb auch in einer ödipalen Situation auftreten kann. Das Mädchen würde, schematisch gesehen, danach streben, den Lebenstrieb gegenüber dem Vater zu erfüllen, der Junge gegenüber der Mutter (bzw. gegenüber den jeweiligen Ersatzpersonen). Der Todestrieb würde sich auf den gleichgeschlechtlichen Elternteil beziehen.

Für die geschlechtsspezifische Untersuchung werden die Interviews in zwei Gruppen (männliche und weibliche Studienteilnehmer) eingeteilt, um so überprüfen zu können, ob sich die Natur des *Transplantationskomplexes* hinsichtlich des Geschlechts unterscheidet. Auf Grund der Tatsache, dass sich die traumatische und die konflikthafte Natur in der Anzahl der Aspekte unterscheidet (Aspekte traumatische Natur = 3, Aspekte konflikthafte Natur = 24) werden bei den Angaben die Mittelwerte angegeben, um die Häufigkeiten so miteinander vergleichen zu können. Auf Grund der leicht unterschiedlichen Stichprobengrößen männlicher ($n = 20$) und weiblicher ($n = 18$) Patienten werden ergänzend die Mittelwerte angegeben. Um

typische Beispiele der traumatischen oder konflikthafter Natur des *Transplantationskomplexes* darstellen zu können, wird die *Atlas.ti-Funktion Report exportieren* verwendet.

4.3.5 Datenanalyse Fragestellung 4 (Thematische und zeitliche Entwicklung des Transplantationskomplexes)

Sowohl für die inhaltliche Entwicklung als auch für die Analyse der unterschiedlichen Messzeitpunkte des *Transplantationskomplexes* wird die *Atlas.ti Funktion Code-Dokument-Tabelle* verwendet. Durch diese Funktion werden pro unterschiedlichem Messzeitpunkt alle Aspekte des *Transplantationskomplexes* gezählt und so für die Analyse genutzt. Dabei soll überprüft werden, welche Aspekte des *Transplantationskomplexes* am stärksten ansteigen.

4.3.6 Datenanalyse quantitativer Daten

Die Daten wurden durch Annina Seiler aufbereitet und in die Statistik Software SPSS (Version 23.0, Mac) exportiert. In den bestehenden Datensatz wurden die Häufigkeiten des *Transplantationskomplexes*, die mit dem Auswertungsprogramm *Atlas.ti* (Version 8.4.5, Mac) erhoben wurden, durch die Autorin eingepflegt.

4.3.7 Datenanalyse und explorative Analyse Fragestellung 5 (Einfluss des Transplantationskomplexes auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität)

Fragestellung 5 wird mit Hilfe einer linearen Regression berechnet. Dabei stellt die Lebensqualität, gemessen mit dem EQ5-D, die abhängige Variable (Kriterium) dar, während der *Transplantationskomplex* die unabhängige Variable (Prädiktor) darstellt. Die Voraussetzungen für die Durchführung einer linearen Regression sind folgende: lineare Beziehung zwischen den Variablen, keine Ausreißer, Unabhängigkeit der Residuen, keine Multikollinearität, Homoskedastizität sowie Normalverteilung der Residuen (Field, 2009). Bei der Überprüfung der ersten Voraussetzung (lineare Beziehung zwischen den Variablen) zeigt sich durch die graphische Überprüfung (Punktediagramme), dass die Beziehung der Variablen nicht linear ist. Auch

mit Hilfe vorgenommener Transformationen der Daten zeigt sich keine (annähernde) lineare Beziehung zwischen dem *Transplantationskomplex* und dem EQ-5D. Die Berechnung mit Hilfe der linearen Regression trotz Verletzung der Voraussetzung durchzuführen, erweist sich in diesem Fall als nicht sinnvoll, da die Höhe des Einflusses des *Transplantationskomplexes* auf die Werte des EQ-5D nicht aussagekräftig ist. Aus diesen Gründen kann die einfache lineare Regression nicht durchgeführt werden. Somit können keine Angaben über den Einfluss des *Transplantationskomplexes* auf den EQ-5D gemacht werden.

Alternativ wird der Zusammenhang mit Hilfe einer Korrelation zwischen dem *Transplantationskomplex* und dem EQ5-D über die einzelnen Messzeitpunkte berechnet. Da es sich bei der Lebensqualität um ein ordinalskaliertes Maß und bei dem *Transplantationskomplex* um ein intervallskaliertes Maß handelt, wird Kendall's Tau berechnet. Die von Howell (2012) beschriebene Überlegenheit des Maßes gegenüber Spearman's Rangkorrelationskoeffizienten ist besonders dahingehend von Bedeutung, da Kendall's Tau weniger empfindlich gegenüber Ausreißern in Datensätzen reagiert. Ausreißer wurden in dieser Arbeit nicht ausgeschlossen, da alle Daten lungentransplantierte Patienten von Bedeutung sind.

Für die Interpretation des Korrelationskoeffizienten werden die Angaben von Cohen (1988) verwendet. Dabei wird bei einem Korrelationskoeffizienten von $r = .10$ von einer geringen bzw. schwachen, bei $r = .30$ von einer mittleren bzw. moderaten und bei $r = .50$ von einer großen bzw. starken Korrelation ausgegangen.

4.3.8 Datenanalyse Fragestellung 6 (Einfluss des Transplantationskomplexes auf die Adhärenz)

Fragestellung 6 wird mit einer einfachen linearen Regression berechnet. Diese soll pro Messzeitpunkt berechnet werden. Dabei stellt die Adhärenz, gemessen mit dem TxEQ-D die abhängige Variable (Kriterium) und der *Transplantationskomplex* die unabhängige Variable (Prädiktor) dar.

Bei der Überprüfung der Voraussetzungen für die Durchführung einer einfachen linearen Regression zeigt sich, dass hinsichtlich Kriterium und Prädiktor kein linearer Zusammenhang vorliegt. Der Option, die Daten zu transformieren, wird auch bei

dieser Fragestellung nicht nachgegangen, da mit dem Originaldatensatz gearbeitet werden soll. Unter Berücksichtigung der Verletzung der Voraussetzungen kann keine lineare Regression durchgeführt werden. Angaben über den Einfluss des *Transplantationskomplexes* auf die Adhärenz lungentransplantierte Patienten können nicht getroffen werden.

Um alternativ überprüfen zu können, ob ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Adhärenz und dem *Transplantationskomplex* vorliegt, wird Kendall's Tau pro Messzeitpunkt berechnet. Für die Interpretation möglicher Korrelationen wird ebenfalls die Interpretation gemäß Cohen (1988) herangezogen.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse Fragestellung 1: Co-Occurrence-Analyse des Transplantationskomplexes mit der Achse der psychosomatischen Totalität

Die folgende Ergebnisdarstellung beschäftigt sich entsprechend der ersten Fragestellung damit, an welchem Pol der *Transplantationskomplex* vorwiegend präsentiert wird.⁴ Die zentrale Kategorie (*Transplantationskomplex*) und die Nebenkategorie (*Achse der psychosomatischen Totalität*) der Co-Occurrence-Analyse wurden in der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) gesondert dargestellt, weshalb an dieser Stelle auf diese verwiesen wird. In Kapitel 2.5 der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse der Masterarbeit zusammenfassend dargestellt. Für eine erste Orientierung lassen sich aus Tabelle 4 die Ergebnisse der Co-Occurrence-Analyse mit ihren relativen Häufigkeiten entnehmen.

⁴ Die Ergebnisse der Fragestellung 1 wurden bereits veröffentlicht (Eichenlaub, M., Ruettner, B., Seiler, A., Jenewein, J., Boehler, A., Benden, C., Wutzler, U., Goetzmann, L. (2021). The Actualization of the Transplantation Complex on the Axis of Psychosomatic Totality – Results of a Qualitative Study, *Healthcare*, 9(4), 455. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040455>). Auf Grund des medizinischen Fokus der Zeitschrift *Healthcare* wurde sich dabei auf die Veränderungen bzw. auf die Manipulation des Körperbildes konzentriert. Bei der vorliegenden Arbeit wird der Fokus darauf gelegt, dass die körperliche Erfahrung die psychische Erfahrung inkludiert (*imaginäre Zone*).

Tabelle 4

Co-Occurrence-Analyse des Transplantationskomplexes mit der Achse der psychosomatischen Totalität

Strukturelle Codes	n	ZK	ZK OA ^b	ZK ES ^c	ZK KA ^d	ZK SI ^e	ZK ST ^f	ZK OI ^g
		OMG ^a						
		%	%	%	%	%	%	%
Pol symbolisch	3	0	0	0	0	0	0	0
Pol asymbolisch	0	0	0	0	0	0	0	0
Pol organisch	21	0	0	0	0	0	0	1.63
Zone imaginär	32	19.51	23.58	0	0.81	16.26	0	39.84

Anmerkung. Die Prozentangaben sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet. ZK = Zentrale Kategorie, OMG = Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie, OA = Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden, ES = Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung), KA = Der Körper wird aufgebrochen, SI = Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers, ST = Der Spender wird getötet, OI = Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation).

^a n = 86, ^b n = 122, ^c n = 21, ^d n = 3, ^e n = 73, ^f n = 82, ^g n = 162.

Insgesamt treten die Aspekte des *Transplantationskomplexes* überwiegend in der *imaginären Zone* auf und präsentieren sich nur vereinzelt am *organischen Pol*. Am *symbolischen* und *asymbolischen Pol* hingegen werden die Aspekte nicht präsentiert. Die Einbettung des *Transplantationskomplexes* in der *imaginären Zone* untermauert die Ergebnisse der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019). Durch diese konnte gezeigt werden, dass der *Transplantationskomplex* primär mit dem *imaginären Denken* verknüpft wird. Dadurch, dass der *Transplantationskomplex* überwiegend mit dem *imaginären Denken* auftritt (Eichenlaub, 2019) und in der *imaginären Zone* präsentiert wird, wird die Verarbeitung auf körperlicher Ebene im Sinne der Konzeption des *Imaginären* nach Lacan (1972-1973) deutlich. Durch die Einbettung des *Transplantationskomplexes* in der *imaginären Zone*, kann davon ausgegangen werden, dass die körperliche Erfahrung von lungentransplantierten Patienten die psychische Erfahrung inkludiert und mit dem Körperbild der Patienten verbunden werden kann. Werden die einzelnen Aspekte des *Transplantationskomplexes* betrachtet, ergibt sich folgendes Bild:

Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation). Diese Kategorie tritt am häufigsten mit der *imaginären Zone* auf. Dabei ist die mentale Vorstellung, dass etwas Fremdes in den Körper dringt, primär mit medizinischen Vorgängen verbunden. Bei dem Zitat von *Patient 27* (t₁) wird der Bericht über das Eindringen von Objekten in den Körper durch die Medikamenteneinnahme dargestellt und

inkludiert die psychische Erfahrung. Die psychische Erfahrung bezieht sich darauf, nur durch die Inkorporation überleben zu können:

Patient 27 (t₁): Es ist ein Übel, weil ich so viele Tabletten fressen muss. Aber es ist halt übel. Deshalb ist es ein notwendiges Übel für mich (...). Notwendig, dass ich überhaupt weiterleben kann. Ich hänge am Leben. Ich habe eine Frau, ein schönes Haus. Wir haben es toll miteinander. Warum soll ich das aufgeben? Wegen diesen Tabletten? Nein, dann esse ich lieber diese Tabletten (...). Das ist das Zentrum meines Lebens. Weil diese muss ich einnehmen.

Neben der Medikamenteneinnahme kann der Bericht über das Inhalieren als indirekter Hinweis auf die Inkorporation von Objekten verstanden werden. Das Inhalieren ist bei folgendem Patienten mit erhöhter psychischer Anstrengung verbunden:

Patient 31 (t₂): Das Pillen-Schlucken geht in der Zwischenzeit sehr gut. Das einzige, was mir noch Probleme macht ist das Inhalieren. Dieses Fungizone kratzt mich immer so fest am Hals, das ist wirklich einfach ein unangenehmes Gefühl, dass ich manchmal eine Inhalation auslassen muss, weil ich mich einfach nicht überwinden kann.

Dieser Aspekt tritt auch am *organischen Pol* auf, wobei diese Verknüpfung im Vergleich zur *imaginären Zone* sehr selten vorkommt. Das Zitat von *Patient 27 (t₃)* zeigt die Verknüpfung: „Das Inhalieren löst in mir teilweise Atemnot aus und es kratzt mich am Hals. Es ist wirklich ekelhaft. Deshalb inhaliere ich fünf Tage und mache dann wieder fünf Tage Pause“. Das Inhalieren, als indirekter Hinweis auf das Eindringen von Objekten, geht mit Stress in Form von Atemnot einher, weshalb der *organische Pol* identifiziert werden kann.

Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden. Dieser Aspekt des *Transplantationskomplexes* tritt am zweit häufigsten auf. Der Bericht über die Abstoßung des neuen Organs wird dabei vielfältig dargestellt. Die Angaben beziehen sich häufig auf Diarrhoe, Erbrechen, Aufstoßen oder auf Auswurf. Diese können als indirekte Hinweise verstanden werden, die sich auf den allgemeinen Verlust eines Objekts, wie der Lunge, beziehen. Dass dieser Bericht über die körperlichen Erfahrungen im Rahmen der Transplantation psychische Angaben inkludiert, spricht für die Identifizierung der *imaginären Zone*. Bei *Patient 33 (t₁)* bezieht sich die psychische Erfahrung auf die erlebte Abhängigkeit von anderen Personen. Die wahrgenommene Abhängigkeit scheint durch das Ausscheiden des Objekts, das verschoben durch den

Bericht von Diarrhoe dargestellt wird, entstanden zu sein: „Leider ist es nun ins Gegenteil gekippt und habe nun fast Durchfall und kann es nicht halten, weil ich ja noch nicht mobil bin und immer zuerst läuten und warten muss, bis jemand kommt und mir hilft.“ Bei einem weiteren Patienten wird deutlich, dass die phantasierte Ausstoßung mit großen Sorgen (als psychische Erfahrung) verbunden ist:

Patient 32 (t₁): Ich beschäftige mich vor allem damit, dass ich der Lunge gut Sorge trage und sie nicht beschädige. Ich bin sehr vorsichtig, dass ich mich nicht mit einem Virus anstecke – vielleicht bin ich auch etwas übervorsichtig. Ich desinfiziere mir die ganze Zeit die Hände. Ja, und zu Beginn hatte ich relativ viel Auswurf und ich hatte mir große Sorgen gemacht, dass etwas mit der neuen Lunge nicht Ordnung sei.

Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie. Dieser Aspekt tritt am dritt häufigsten gemeinsam mit der *imaginären Zone* auf. Die *imaginäre Zone* lässt sich identifizieren, wenn der imaginäre Raum Bilder bzw. Vorstellungen über die Integration des neuen Organs (Lunge) enthält. Das neue Organ wird dabei direkt in das Körperbild der Patienten verortet und nimmt einen zentralen Platz im Leben des Patienten ein:

Patient 39 (t₃): Die Lunge ist ein Teil von mir, sie gehört zu mir. Sie ist ja in meinem Körper – nur schon aufgrund der Tatsache nimmt die neue Lunge einen zentralen Platz in meinem Leben ein.

Dass die Lunge einen großen Stellenwert im Leben lungentransplantierter Patienten einnimmt, wird auch durch das folgende Zitat deutlich. Die Innenwelt des Patienten besteht dabei aus der mentalen Vorstellung, sich um das neue Organ zu kümmern, damit es in die Organfamilie integriert und nicht abgestoßen wird. Dabei fühlt sich der Patient verpflichtet, den Alltag an das neue Organ anzupassen sowie die Medikamente korrekt einzunehmen und zu inhalieren:

Patient 36 (t₁): Ja, genau. Die Lunge ist nach wie vor mein Mittelpunkt. Aber auch alles was ich mache, oder eben nicht mache, mache ich aus Rücksicht oder aus Pflicht auf meine Lunge. Ja eben, ich inhaliere für die Lunge, ich nehme die Medikamente wegen der Lunge, es gibt auch gewisse Dinge, die ich unterlassen soll seit der Transplantation. Auch das tue ich für meine Lunge. Es dreht sich einfach alles um die neue Lunge.

I: Auch heute 6 Monate nach der Transplantation?

Patient 36 (t₁): Ja, natürlich. Ich glaube die neue Lunge wird immer mein Zentrum darstellen, mein Leben lang werde ich mich darum kümmern müssen, dass die Werte gut bleiben, dass es nicht zu einer Abstoßungsreaktion kommt.

Bei diesem Aspekt des *Transplantationskomplexes* wird die Verknüpfung mit körperlichen Vorstellungen (*imaginäre Zone*) indirekt durch den Bericht von Obstipation oder Verdauungsbeschwerden deutlich. Diese Form des *Nicht-Loslassen-Wollens* bzw. *Nicht-Hergeben-Wollens* (Obstipation) wird dabei als indirekter Hinweis auf die Integration in die Organfamilie verstanden. Im Sinne einer Verschiebung wird der Verbleib eines Objekts bzw. Organs im Körper sowie der Mitgliedsgedanke deutlich. Die Verdauungsstörung kann als körperliche Erfahrung gesehen werden, welche die psychische Erfahrung, wie die Angst, das neue Objekt als Mitglied der Organfamilie, zu verlieren, enthält:

Patient 36 (t₁): Aber am sensibelsten bin ich mit der Verdauung. Es macht mir Angst, wenn ich verstopft bin und nicht richtig auf die Toilette gehen kann, oder dass ich etwas Falsches esse und ich deshalb unter Verdauungsstörungen leide.

Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers. Hinweise auf diesen Aspekt des *Transplantationskomplexes* sind in wenigen Fällen mit der *imaginären Zone* verknüpft. Dabei wird deutlich, dass der Spender nicht als Person, sondern erst durch sein Körperteil (gespendetes Organ) in die Innenwelt des Empfängers verortet wird. Der Spender bzw. sein gespendetes Organ werden dabei nicht als Fremdkörper wahrgenommen: „Also, ähm, eigentlich mache ich mir keine großen Gedanken, dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage“ (*Patient 02, t₁*). Viel mehr wird die neue Lunge als eigenes Körperteil erlebt: „Die Lunge ist ja in mir drin, sie gehört jetzt zu mir“ (*Patient 30, t₁*). Durch die Zitate wird deutlich, dass das Körperliche (Spenderorgan), die psychische Erfahrung beinhaltet und die Innenwelt des Patienten verändert.

Der Körper wird aufgebrochen. Es kann ein Hinweis darauf, dass der Körper aufgebrochen wird, mit der *imaginären Zone* verknüpft werden. Dabei wird die unmittelbare Verknüpfung mit dem Körperlichen dadurch deutlich, dass *Patient 19 (t₃)* davon berichtet, dass die Narbe und die Rippen schmerzen würden. Grund hierfür sei vermutlich die Tatsache, dass sie ihm für die Operation die Rippen brechen mussten. Dass dabei die psychische Erfahrung einer gewaltsamen Inkorporation mitschwingt, spricht für die Codierung der *imaginären Zone*.

Der Spender wird getötet und der Empfänger ist der Spender (Identifizierung). Diese Aspekte sind nicht mit der *imaginären Zone* verknüpft.

5.2 Ergebnisse Fragestellung 2: Geschlechtsspezifische Untersuchung des Transplantationskomplexes

Fragestellung 2 untersucht die geschlechtsspezifischen Aspekte des *Transplantationskomplexes* bei dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht. Tabelle 5 zeigt die Häufigkeitsverteilung. Aus der Tabelle lässt sich entnehmen, dass der *Transplantationskomplex* im Durchschnitt etwas häufiger von Frauen präsentiert wird als von Männern.

Tabelle 5

Geschlechtsspezifische Betrachtung des Transplantationskomplexes

Ge- schlecht	n	OMG	OA	ES	KA	SI	ST	OI	Ge- samt
Männlich	20	41 (2.05)	55 (2.75)	12 (0.6)	2 (0.1)	31 (1.55)	43 (2.15)	82 (4.1)	266 (13.3)
Weiblich	18	45 (2.5)	67 (3.72)	9 (0.5)	2 (0.1)	42 (2.3)	39 (2.16)	80 (4.4)	283 (15.72)

Anmerkung. Der Wert in der Klammer (Mittelwert, *m*) gibt an, wie häufig der jeweilige Aspekt des *Transplantationskomplexes* im Durchschnitt vom männlichen und weiblichen Geschlecht präsentiert wird. Die Mittelwerte sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet. OMG = Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie, OA = Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden, ES = Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung), KA = Der Körper wird aufgebrochen, SI = Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers, ST = Der Spender wird getötet, OI = Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation).

Die Darstellung konzentriert sich auf die wesentlichen Unterschiede in den Mittelwerten zwischen männlichen und weiblichen Patienten konzentriert. Dabei ergibt sich folgendes Bild: *Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden* sowie *der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers* werden im Durchschnitt häufiger von Studienteilnehmerinnen präsentiert.

Bei dem Code, dass *das neue Objekt (Lunge) ausgestoßen werden kann*, lassen sich sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Patienten indirekte und direkte Hinweise finden. Männliche Studienteilnehmer berichten dabei jedoch häufiger auf direkter Weise von einer Abstoßung des Organs. Dabei fällt ein operativer Denkstil auf, bei dem die Patienten nüchtern und faktisch von einer möglichen Abstoßung berichten. Nachdem folgender Patient (4, t₂) nach den Vorteilen seines neuen Organs befragt wird, antwortet er nüchtern: „Ja, dass es nicht abgestoßen wird. Was

weiß ich.“ Auch bei *Patient 21* (t_1) entstehen keine inneren Bilder, als er nach den positiven Aspekten der überlebenswichtigen Medikamente gefragt wird: „Ja eben, wenn ich sie nicht nehme, kann es keine Abstoßung geben.“

Bei Studienteilnehmerinnen wird hingegen eine lebendige Sprache deutlich, die sich vor allem bei den indirekten Hinweisen auf diesen Aspekt zeigt. Innere Räume werden dabei im Vergleich zu männlichen Teilnehmern seltener verneint und lebhaft ausgeschmückt. Bei den indirekten Hinweisen stehen Aussagen, die sich vermehrt an den Körperöffnungen abspielen (orale und anale Phantasmen), im Vordergrund. So berichtet *Patientin 33* (t_3) lebhaft von ihren Verdauungsstörungen: „Auch jetzt, wo ich unter schlimmen Verdauungsstörungen leide und immer so schnell auf die Toilette springen kann, bin ich froh, das neue Organ zu haben.“ Die *Verdauungsstörungen* und das *schnell auf die Toilette springen*, können sich (indirekt) auf das Ausstoßen eines Organs als Körperinhalt beziehen. Vor dem Hintergrund des analen Phantasmas der Ausstoßung könnte hier eine Verschiebung von der Lunge auf den Darminhalt stattgefunden haben. Orale Phantasmen beziehen sich bei Patientinnen überwiegend auf Übelkeit und Erbrechen, die ebenfalls für das Ausstoßen eines Objekts stehen könnten:

Patientin 30 (t_2): Wenn ich nur an die Medikamente gedacht habe, musste ich mich gleich übergeben. Es reichte auch, dass ich auf die Uhr schaute und realisierte, dass ich in zehn Minuten wieder eine Ladung Medikamente nehmen musste, da wurde mir schon übel. Mein Mann meinte, er habe noch nie gesehen, dass jemand so schnell bleich werde und erbreche [...]. Die Medikamente helfen mir, dass die Lunge nicht abgestoßen wird.

Die Innenwelt wird von Patientin 36 zwei Wochen nach der Transplantation durch einen lebhaften und affektbetonten Traumbericht dargestellt. Dabei kann das Herausreißen des Venenkatheters als manifester Gehalt für den generellen Verlust eines Objekts, wie der Lunge, stehen. Die Bezugsperson, die im Traum den Venenkatheter rausreißt, könnte dabei als Angreifer auf den eigenen Körper bzw. auf den Mutterkörper (analog der Objektbeziehungstheorie) gesehen werden, der die Empfängerin ihrer kostbaren Inhalte beraubt.

/: Können Sie sich auch noch an Träume erinnern, die sich kurz nach der Transplantation gehabt haben?

P: Ich hatte lange Alpträume gehabt. Ich habe geträumt, dass meine Bezugsperson in mein Zimmer gekommen ist und mir meinen Venenkatheter herausgerissen. Ich bin dann erwacht und habe meine Bezugsperson tatsächlich vor mir gesehen und bin dann gleich zusammengezuckt und musste mich versichern, dass der ZVK noch da ist.

Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers. Bei dem Code *der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers* wird bei beiden Geschlechtern von einer großen Dankbarkeit berichtet. Dabei steht nicht die Dankbarkeit gegenüber dem Spender im Vordergrund, sondern primär die Dankbarkeit gegenüber der Familie, die sich dafür entschieden hat, dass die Organe freigegeben werden. Dass der Spender sich vorab in eigener Verantwortung für eine Organspende nach dem Tod (z.B. durch einen Organspendeausweis) entschieden haben könnten, wird dabei nicht thematisiert, etwa bei *Patient 19 (t₁)*: „Der Spender ist mir sehr nahe, weil ich sein Organ habe. Ich bin der Familie dankbar. Ich weiß nicht, ob er derjenige war, der sich entschieden hat.“ Auch das folgende Zitat veranschaulicht die Dankbarkeit gegenüber der Familie des Spenders:

Patientin 38, (t₃): Ja und schlussendlich bin ich fast mehr der Spenderfamilie dankbar, weil ich das Gefühl habe, dass der Spender so jung war, dass sie das nicht selbst entschieden haben kann, sondern das vermutlich die Familie war, die die Organe freigegeben haben.

Bei beiden Geschlechtern wird deutlich, dass der Spender nicht an sich, sondern durch sein gespendetes Organ Teil der *Innenwelt des Empfängers* wird. Äußerungen der männlichen und weiblichen Studienteilnehmer weisen darauf hin, dass manche die Tatsache, dass der Spender Teil der Innenwelt ist, als positiv oder negativ erleben. Bei *Patient 10 (t₃)* wird z.B. keine innere Haltung zu dem Spender und seinem gespendeten Organ berichtet, er scheint ihm beinahe gleichgültig: „Also der Spender der Lunge ist mir weder nah, noch fern.“ Andere (z.B. *Patientin 30 (t₂)*) berichten wiederum von ausschließlich positiven Gefühlen – die Lunge gehört nun als Teil zu ihnen und unterscheidet sich nicht von den anderen nicht transplantierten Organen: „Die Lunge gehört zu mir, wie meine anderen Organe auch. Deshalb denke ich auch nicht jeden Tag darüber nach. Ich denke auch nicht täglich darüber nach, wie es denn meiner Niere gehe.“

Unterschiedlich bei dem Aspekt der *Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers* ist, dass bei Patientinnen, im Gegensatz zu männlichen Studienteilnehmern, eher

ein imaginäres Denken und eine bildhafte Sprache deutlich wird. Bei wenigen Patientinnen wird dabei zudem die Fähigkeit zur Symbolisierung deutlich. Eine Patientin berichtet davon, dass sie ihre Lunge adoptiert habe. Die Symbolisierung wird dadurch deutlich, dass die Patientin der Lunge den Namen der österreichischen Kaiserin Elisabeth („Sissy“) gegeben habe. Dadurch, dass die Kaiserin selbst an einer schweren Lungenerkrankung gelitten hat und im September 1898 durch ein Attentat gestorben ist (Hamann, 2012), kommt es möglicherweise zu einer Symbolisierung von Todesängsten und Todesfantasien:

Patientin 15 (t₁): Ja, die Lunge ist mir sehr nahe. Die habe ich von Anfang an als meine eigene adoptiert. Sie hat sogar einen Namen. Ja, ich habe sie in mir drin. Sie ist bereits ein Teil von mir. Ich empfinde sie überhaupt nicht mehr als Fremdkörper. Ich habe sie voll und ganz adoptiert. Das ist jetzt meine Lunge und die gebe ich nicht mehr her.

I: Wie heißt sie? Oder ist das ein Geheimnis?

P: [lacht]. Sie als Österreicherin werden bestimmt lachen. Das ist meine Kaiserin, das ist die Sissi.

I: Die Sissi.

P: Ja, also ich bin kein Fan von der Sissi im Film. Aber ja, es ist meine Kaiserin.

Die Fähigkeit zur Symbolisierung im Zusammenhang mit dem Spender bzw. dem Organ sowie das imaginäre Denken lässt sich bei männlichen Patienten weniger erkennen. Besonders auffallend bei Männern ist der Bericht von einer Wiedergutmachung. *Patient 08* berichtet drei Monate nach der Transplantation davon, dass er es dem Spender schuldig sei, sich um das neue Organ zu sorgen: „Für mich ist es im Prinzip wichtig, dass ich ihm, diesem Organ, Sorge trage. Das bin ich ihm schuldig.“ Der Ausdruck von Wiedergutmachungswünschen spielt besonders bei den unbewussten Phantasien bzw. dem *Transplantationskomplex* eine große Rolle. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die Entstehung von Schuldgefühlen, den Anderen (die Mutter) auf Grund der oral-sadistischen Einverleibung zerstört zu haben (vgl. z.B. Klein, 1960).

Zwei Ausnahmen stellen die Aspekte *der Empfänger ist der Spender (Identifizierung)* sowie *der Körper wird aufgebrochen* dar, die durchschnittlich häufiger bei männlichen Studienteilnehmern identifiziert werden können.

Bei dem Aspekt *der Empfänger ist der Spender (Identifizierung)* fällt das kreative Denken und die bildhafte Sprache auf, die bei den anderen Aspekten bei männlichen Teilnehmern weniger identifiziert werden kann. So wird z.B. bildhaft von einer (Seelen-)Verwandtschaft berichtet, etwa bei *Patient 03 (t₁)*, der schildert: „Ich habe das Gefühl, ich sei mit ihm verwandt.“ Dabei stehen eine Verbundenheit sowie das Zusammenfügen der Repräsentanzen von Selbst und Empfänger im Vordergrund:

Patient 12 (t₂): Und ich habe einen Teil von ihm. Und ich bin ein Teil von ihm.

I: Also, Sie sind ein Teil von ihm oder er ist ein Teil von Ihnen?

P: Beides.

I: Sie sind verbunden?

P: Ja, eben. Er lebt, so kann man sagen, ein bisschen weiter durch mich und ich durch ihn.

Bei einem weiteren Patienten fällt bei dem Thema einer (phantasierten) Verwandtschaft eine große Abwehr auf, da der Patient keine inneren Räume entstehen lässt und über das Thema nicht nachdenken möchte:

I: Wenn dies der Spender ist, wohin gehört der Spender? Wohin würden Sie ihn hinsetzen?

Patient 04 (t₃): Der Arzt hat mir gesagt, ich hätte eine ganz gute Lunge bekommen [lacht]. Also, ich weiß nicht. Ich meine, ich kenne ihn nicht. Aber er ist mir relativ sehr verwandt. Sehr nahe. Aber trotzdem nicht.

I: Nicht allzu nahe?

P: Nein, nein. Ja, ich studiere ihm auch nicht allzu lange nach.

Frauen hingegen berichten nicht von einer (Seelen-)Verwandtschaft, sie wird stattdessen verneint. Der Gedanke einer Verwandtschaft kann bei der folgenden Patientin erst durch die verneinte Form bewusstseinsfähig werden:

I: Fühlen Sie sich mit dieser Person seelenverwandt?

Patientin 24 (t₁): Nein, ich denke einfach, ich lebe einfach weiter, auch für diese Person. Das Geschenk, was er oder sie mir gemacht hat, ich lebe für die Person weiter.

Vereinzelt lässt sich dabei die Fähigkeit der Symbolisierung finden. Der folgende Traumbericht von Patient (34, t₂) zeigt ein Beispiel eines symbolischen Denkens. Dadurch, dass der Patient in die neue Wohnung einzieht, kann von einer Identifizierung mit dem Spender ausgegangen werden:

Das Aufwachen war sehr speziell. Ich habe geträumt – Ich bin Journalist und ich habe mir gedacht, diesen Traum niederzuschreiben – mit meiner Partne-

rin in eine neue Wohnung gezogen zu sein. Die Umgebung erschien mir relativ vertraut. Es war ein Ort, wo ich schon einmal war, ich konnte mich jedoch nicht mehr erinnern. Komisch war auch, dass alles grün war. Um die Wohnung waren große und dichte Büsche angelegt, auf eine Art ein Dornröschenschloss. Es war so dicht mit grün zugewachsen, dass man keine Aussicht hatte und ich mich fragte, weshalb wir hier überhaupt wohnen. Um uns herum wurde mit einem Lärm und Getöse Holz geschlagen. Und wieder kam mir der Gedanken, dass man so ja nicht wohnen kann. Man sieht ja nichts. Es war alles grün, laut und lärmig. Einerseits war es ein vertrautes Gefühl, weil ich an diesem Ort schon einmal war, aber ich wusste nicht, ob es mir wohl war, in dieser Wohnung zu wohnen. In dieser Wohnung haben Patchwork-Familien gelebt. Ich wunderte mich darüber, denn meine Frau ist nicht so der WG-Typ und ist trotzdem mit mir in diese Wohnung gezogen.

Bei Frauen wird im Vergleich zu Männern seltener davon berichtet, dass die Repräsentanzen von Empfänger und Spender eins werden. Neben vereinzelt Berichten, z.B., dass „der Spender ihr zweites Ich geworden ist“ (*Patientin 31*, t_2) oder sie „die Lunge als ihre eigene adoptiert hätten“ (*15*, t_1) lassen sich Abwehrmechanismen in Form eines operativen Denkstils, erkennen:

I: Haben Sie das Gefühl, dass diese Person ein Stückchen in Ihnen weiterlebt?

Patientin 25 (t_1): Ja, wenn sich diese Person nicht dafür entschieden hätte, dann würde ich ja jetzt nicht hier sprechen [*Patientin räuspert sich*].

Bei diesem Aspekt zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine Identifizierung mit dem Spender, da sie über übernommene Eigenschaften berichten. Ein Mann vergleicht sich durch den Fahrstil beim Motorrad fahren mit dem Spender, während eine Patientin sich auf Grund von Affekten mit der Spenderin vergleicht.

Patient 20 (t_3): Ich bin früher ziemlich angefahren Motorrad gefahren. Ich habe mir selbst geschworen, dass ich mit der neuen Lunge nicht mehr Motorrad fahre. Leider reizt es mich unterdessen wieder enorm und ich verspüre eine gewisse Risikobereitschaft. Mir wurde gesagt, dass der Spender ja relativ jung war und von meiner Frau habe ich erfahren, dass er bei einem Autounfall tödlich verunfallt sei. Jedenfalls muss dieser Typ auch gerne Geschwindigkeit gehabt haben und ich habe das Gefühl, dass es mich deswegen auch wieder reizt.

Patientin 13 (t_1): Zwar meinte mein Sohn, es ist verrückt, aber er meinte, du hast sicher eine Lunge einer Heulsuse bekommen.

I: Ja, nein.

P: Und er hat das auch noch lustig gefunden.

I: Müssen sie denn seither etwas mehr weinen?

P: Ja [*zögerlich*].

Der Aspekt, *dass der Körper aufgebrochen wird*, wird von männlichen Patienten insgesamt zwei Mal berichtet. Dabei bezieht sich der eine Patient (19, t₃) darauf, „dass seine Narbe und seine Rippen schmerzen würden. Vermutlich, weil sie ihm diese für die Operation brechen mussten“. Weitere Angaben darüber, dass *der Körper aufgebrochen* wird, beziehen sich bei beiden Geschlechtern auf einen berichteten Traum. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass das Traumdenken den Patienten hilft, die Vorstellung eines *aufgebrochenen Körpers* zu verarbeiten. Ein Patient (34, t₁) berichtet von einem deliriumartigen Traum: „Bei einer Transplantation wird ja gesagt, es werden Rippen gebrochen, dass müssen wohl die Motorsägen gewesen sein, die ich gehört habe. Der Kahlschlag und dieser Lärm müssen vom Operationssaal gekommen sein“. Bei dem Zitat einer Patientin (38, t₃) wird von einem Wiederholungstraum berichtet. Dabei wird deutlich, dass die Phantasie, dass *der Körper aufgebrochen* wird, häufiger in ihren Träumen präsentiert wird: „Ich denke noch ab und zu an die Transplantation, aber nicht mehr extrem – Manchmal träume ich noch vom Spital, oder, dass mir jemand den Brustkorb aufschneiden möchte, aber noch gar kein Organ da ist.“ Auch in der obigen Episode der Namensgebung (*Patient 15, t₁*) klingt das Motiv an, dass der Körper aufgebrochen wird.

5.3 Ergebnisse Fragestellung 3: Allgemeine und geschlechtsspezifische Analyse der traumatischen bzw. konflikthafter Natur des Transplantationskomplexes

Bevor auf die Ergebnisse der Co-Occurrence-Analyse (traumatische und konflikthafte Natur des *Transplantationskomplexes*) eingegangen wird, werden die traumatischen und die konflikthafter Aspekte der Transplantationserfahrung gesondert dargestellt. Die gesonderte Darstellung des *Transplantationskomplexes* findet sich in der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) wieder und wird in Kapitel 2.5 der vorliegenden Arbeit zusammengefasst.

5.3.1 Gesonderte Darstellung der traumatischen und der konflikthafter Aspekte der Transplantationserfahrung

Insgesamt tritt die traumatische Natur im Durchschnitt 188 Mal bei lungentransplantierten Patienten auf, während sich die konflikthafter Natur durchschnittlich 22.54 Mal finden lässt. In Tabelle 6 und 7 finden sich die absoluten Häufigkeiten und die Mittelwerte der Aspekte, die angeben wie häufig der einzelne Aspekt im Durchschnitt berichtet wird, wieder.

Tabelle 6

Hinweise auf die traumatische Natur

	Hinweise in den Interviews <i>n (m)</i>
<i>Trauma</i>	
Hinweise auf eine traumatische Situation	0 (0)
Hinweise auf eine traumatische Reaktion	45 (0.09)
Hinweise auf einen traumatischen Prozess	519 (0.92)

Anmerkung. Die Mittelwerte sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet.

Hinweise auf eine traumatische Situation. Dieser Code lässt sich in den Interviews nicht identifizieren.

Hinweise auf eine traumatische Reaktion. Im Zusammenhang mit der traumatischen Situation werden unterschiedliche *traumatische Reaktionen* deutlich, die in einem direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Transplantation stehen. Während manche Patienten innere Räume verneinen und sich nicht an die Zeit vor oder nach der Operation erinnern, berichten andere Patienten lebhaft von innerpsychischen Prozessen, die mit der Transplantation in Zusammenhang stehen. Die Verneinung des inneren Raums wird durch das folgende Zitat deutlich. Die Erinnerungen und die inneren Bilder der Transplantation nicht entstehen lassen zu wollen, können dabei als Bewältigungsversuch gesehen werden:

I: Haben Sie noch Erinnerungen an die Transplantation?

Patientin 36 (t₂): Nein, nicht wirklich. Ich kann mich an das Operationsgeschehen nicht erinnern, weil ich am Schlafen war und als ich wieder aufgewacht bin, war ich bereits auf der IPS. Ich kann mich auch nicht mehr erinnern, dass ich vor der Operation mit dem Chirurgen gesprochen habe.

Neben der inhaltlichen Distanziertheit (in Form eines operativen Denkens) wird zudem deutlich, dass viele Patienten negative Aspekte verleugnen, was sich als typisch für traumatisierte Patienten charakterisieren lässt:

Patient 02 (t₁): ähm, also eigentlich mache ich mir keine großen Gedanken, dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage. Sondern für mich war es einfach eine Auswechslung von meiner alten Lunge zu einer neuen Lunge. Aber ich mache mir keine Gedanken, von wem die Lunge gekommen ist. Das macht mir überhaupt nichts aus.

Während bei den oben erwähnten Zitaten die Traumaktivität fehlt und Träume vermutlich abgewehrt werden, zeigt sich bei anderen Studienteilnehmern die Fähigkeit zur Symbolisierung, in Form von Träumen, an die sie sich kurz nach der Transplantation erinnern können. So schildert *Patient 32 (t₁)* beispielsweise, dass er davon geträumt habe, dass er sich durch ein Spinnennetz gekämpft habe. Er habe sich sehr beklemmt gefühlt und wollte fliehen. Dabei wird deutlich, dass der Patient womöglich vor der *traumatischen Situation* fliehen möchte, die ausweglos erscheint. Dass der Patient nicht fliehen kann, wird durch das *Gefangensein in einem Spinnennetz*, der *Fixierung im Bett* oder durch die *Schläuche* dargestellt:

I: Haben Sie auch unter Ängsten gelitten, als Sie aufgewacht sind?

P: Ängste, ich glaube nicht. Das Problem ist, dass ich mich nicht mehr so genau erinnern kann an die Zeit wo ich wieder aufgewacht bin. Aber ich glaube nicht. Ich hatte einfach ganz komische, abstruse Träume gehabt, als ich da im Halbschlaf war.

I: Darf ich fragen, was Sie geträumt haben?

P: Ja, zum Beispiel habe ich geträumt, dass ich mich durch ein Spinnennetz durchkämpfen musste und nicht vorankomme und solche Dinge. Ich habe mich sehr eingeeengt gefühlt. Ja, das waren so meine Träume. Ich hatte auch das Gefühl, wehrlos zu sein. Ich war die ganze Zeit ans Bett geschnallt, wollte weg, konnte aber nicht. Das war sehr beklemmenden.

I: So ein sich „Gefangen-Fühlen“

P: Ja, genau. Auch die Schläuche haben verhindert, sich groß bewegen zu können. Dann war es mir auch durch die Medikamente so übel und unwohl und ich habe mir gewünscht, mich wenigsten ein bisschen bewegen zu können oder etwas Anderes zu machen. Aber das ist einfach nicht gegangen.

Eine weitere *Patientin 43 (t₁)* berichtet von glücklichen Träumen, in denen sie wie im Musical getanzt habe, die sich in Alpträume verwandelt haben. Dabei wird die erlebte Hilflosigkeit deutlich, die im Zusammenhang mit dem Trauma erlebt werden

kann. Hinzu kommen psychophysiologische Reaktionen, wie vermehrtes Schwitzen:

Es kam eine böse Frau auf mich zu und verwandelte sich plötzlich in eine puppenähnliche Figur und wollte mich umbringen. Ich bin schweißgebadet aufgewacht, das Personal rannte zu mir, versuchte mich zu beruhigen. Ich muss sehr laut geschrien haben.

Hinweise auf einen traumatischen Prozess. Von allen Codierungen, die sich auf die traumatische Verarbeitung beziehen, wird der *traumatische Prozess* am häufigsten codiert. Dabei wird deutlich, wie unterschiedlich die Patienten die *traumatische Situation* und die damit einhergehenden *Reaktionen* verarbeiten.

Als affektive Reaktion des *traumatischen Prozesses* steht eine inhaltliche bzw. emotionale Distanziertheit im Vordergrund. Dabei werden innere Räume verneint, um so Erinnerungen an die Traumatisierung, die sich auf den gesamten Prozess der Transplantation beziehen können, zu vermeiden. *Patient 27* (t_1) nutzt dafür eine Metapher. Dabei kann sich die Metapher einer Wand darauf beziehen, dass die *traumatische Situation* und *Reaktion* nicht ins Bewusstsein treten sollen und durch die Wand aus dem Erleben des Patienten ausgeschlossen werden sollen: „Das ist wie eine Wand, alles was hinter dieser Wand ist, ist für mich abgeschlossen.“ Durch das Zitat von *Patientin 16* (t_3) wird ebenfalls eine Distanziertheit deutlich. Dabei werden negative Gefühle und Gedanken abgewehrt. Diese Abwehr bezieht sich laut der Patientin auf ihren Charakter:

Ich habe keine negativen Gedanken. Aber ich hatte dies auch vor der Transplantation nicht. Ich bin nicht aufs Negative eingestellt. Mein Geist ist so getrimmt, dass er nicht negativ denkt. Es ist immer positiv eingestellt. Ich stehe jeden Tag mit guter Laune auf.

Während andere sich nicht an Träume erinnern, wie z.B. *Patientin 24* (t_2): „Nein überhaupt nicht, es ist alles weg“, berichten andere lebhaft von ihren Träumen, die sich auf den *traumatischen Prozess* beziehen, wie *Patientin 38* (t_3):

Ich denke noch ab und zu an die Transplantation, aber nicht mehr extrem. Manchmal träume ich noch vom Spital oder, dass mir jemand den Brustkorb aufschneiden möchte, aber noch gar kein Organ da ist. Am Tag kommt mir die Transplantation manchmal noch in den Sinn, wenn mir die Narbe weh tut.

Bei *Patientin 07* (t_3) zeigen sich wiederholende Träume, die mit großen Unsicherheiten verbunden sind, sie beschreibt z.B. Orte, an denen sie noch nie gewesen ist,

was als manifester Inhalt auf das Symptom einer Derealisation schließen lässt. Die Patientin erinnert sich absichtlich an diese Träume, was auf einen Wiederholungszwang der traumatischen Erinnerung hinweisen könnte:

Ja, einfach so, ich weiß auch nicht so recht. Als ich langsam wieder zu mir kam, habe ich Dinge geträumt. Ich habe aber noch nicht so wirklich realisiert, was abläuft. Und diese Träume habe ich immer wieder. Oder ich erinnere mich an diese Träume manchmal auch absichtlich. Einfach so, um dieses Gefühl wieder zu, ich weiß auch nicht, weshalb. Aber ja, das ist ja eigentlich nicht negativ.

I: Nach einer Operation hat man oft Träume, die sehr realitätsnah sind, sehr präsent. Waren die auch so?

P: Ja, obwohl ich mir bewusst war, dass das eigentlich gar nicht sein kann, ich hatte das Gefühl an gewissen Orten zu sein. Aber ich wusste immer, dass das gar nicht sein kann, aber ich war trotzdem dort. Und doch wusste ich, dass das nicht real sein kann. Und man hat die Leute drum herum mitbekommen und die waren im Traum wie eingebaut.

I: Ein bisschen wie eine Fantasiewelt?

P: Nein, nicht unbedingt. Es sind alle Orte, die existieren könnten. Aber niemand weiß wo [lacht]. Es ist alles möglich.

Reaktionen, welche die Patienten innerhalb des *traumatischen Prozesses* beschäftigen, sind Angst vor dem Alleinsein, erhöhtes Stresserleben sowie Traurigkeit. Bei den drei folgenden Zitaten wird ein strenges Über-Ich deutlich, da die Patienten sich beschuldigen, nicht angemessen mit der Situation umzugehen, deswegen an sich arbeiten müssten und sich unter Druck setzen. Bei dem Zitat von *Patientin 13* (t_1) wird zudem deutlich, dass sie nicht allein sein kann, was womöglich daran liegt, dass sie die Transplantation, als traumatische Erfahrung, nicht allein bewältigen kann. Dass sie wieder laufen lernen muss, wie ein kleines Kind, kann auf die Überforderung hindeuten, (körperlich) von anderen Bezugspersonen abhängig zu sein:

Patientin 13 (t_1): Wissen Sie, gerade heute habe ich überlegt, ob ich wieder alleine zu Hause wohnen kann. Oder ob ich die ganze Zeit jemanden um mich brauche.

I: Haben Sie das Gefühl, dass sie Jemanden um sich herum bräuchten?

P: Ja, ja. Ich frage mich einfach. Wissen Sie, es ist sowieso, wie soll ich sagen. Ich weiß nicht, ob Sie das verstehen können. Aber früher konnte ich einmal Treppe hoch, Treppe runterspringen. Heute muss ich laufen lernen, wie ein kleines Kind.

I: Ich habe das schon bei vielen transplantierten Patienten gesehen. Es ist ein verrücktes wieder von vorne anfangen.

P: Ja, aber ich muss ja auch nicht so blöd tun.

I: Wieso? Das ist nicht blöd tun. Das ist auf eine Art Emotionen freien Lauf lassen, weil sie in den letzten Wochen viel durchgemacht haben.

P: Vielleicht bin ich ein bisschen ungeduldig.

Bei folgendem Zitat wird das erhöhte Stresserleben deutlich, dass sich auf die *traumatische Situation* und die hervorgehende *Reaktion* beziehen könnte:

Patient 10 (t₃): Also, da habe ich fünfzig Sachen nacheinander gemacht und das hat mir keinen Stress bereitet. Und jetzt merke ich bereits nach zwei, drei Sachen, dass ich in Stress gerate. Und ich weiß nicht so genau, womit es zusammenhängt. Aber da muss ich irgendwie noch besser werden.

Das Zitat von *Patientin 24* veranschaulicht eine weitere Reaktion (Trauer) innerhalb des *traumatischen Prozesses*:

Patientin 24 (t₁): Ich bin sehr nahe am Wasser gebaut, was ich früher nicht so war.

I: Sind Sie etwas dünnhäutig geworden?

P: Im Moment, ja. Aber auch das wird vielleicht einmal weggehen und bleibt. Aber wenn es weiter nichts ist, dann wäre das auch in Ordnung.

I: Aber es ist in den letzten Wochen auch viel passiert.

P: Ja, es sind viele Einflüsse, auch von außen. Und vor allem, dass ich mich selbst so unter Druck setzte.

Dass die Patienten überfordert sind, die *traumatische Situation* und das veränderte Erleben, dass sich auf die Transplantation bezieht, allein zu verarbeiten, zeigt sich z.B. dadurch, dass ein Patient (20, t₃) mit einem Antidepressivum behandelt werden musste. Bei manchen Patienten besteht der Wunsch, den *traumatischen Prozess* mit externer Hilfe aufzuarbeiten, wie etwa *Patient 03 (t₁)*, der einen Termin bei einer Psychologin ausgemacht hat und betont, dass er darüber sprechen müsse. Nicht immer werden diese Hilferufe adäquat beantwortet:

I: Konnte Ihnen die ärztliche Seite nicht vermitteln, dass mit ihrer Lunge alles in Ordnung ist?

Patient 22 (t₂): Nein.

I: Können Sie mit den Ärzten über Ihre Ängste sprechen, dass etwas mit ihrer Lunge nicht in Ordnung sein könnte?

P: Ich spreche es an. Aber der Arzt beruhigt mich immer und meint, dass ich eben Komplikationen habe und halt damit leben müsse.

Dass der *traumatische Prozess* sich auch schon auf den Zeitraum vor der Transplantation beziehen kann, wird durch das folgende Zitat veranschaulicht:

Patientin 41 (t₃): Ich habe vor der Transplantation sehr viel gelitten ebenso meine Familie hat sehr viel durchgemacht als ich krank war und noch nicht transplantiert war. Für mich war es so schlimm, dass ich in meiner Bewegungsfreiheit so enorm eingeschränkt war. Ich musste immer fast weinen, weil ich die Treppe nicht selbstständig gehen konnte oder nicht für die Familie kochen konnte. Ich war damals sehr verzweifelt.

Auf Grund des begrenzten Umfangs wird sich bei der Darstellung der konflikthafter Natur auf die drei häufigsten Aspekte des Ödipuskomplexes konzentriert: *Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich, Verbot/ Strafe* und *Binärer Konflikt*. Die Häufigkeiten sowie die Mittelwerte aller Aspekte des Ödipuskomplexes finden sich in Tabelle 7.

Tabelle 7

Hinweise auf die konflikthafte Natur

	Hinweise in den Interviews <i>n (m)</i>
<i>Ödipuskomplex</i>	
Der Rivale wird getötet	35 (0.06)
Der Rivale wird getötet, weiblich	0 (0)
Der Rivale wird getötet, männlich	43 (0.08)
Verbot / Strafe	127 (0.23)
Verbot / Strafe, weiblich	0 (0)
Verbot / Strafe, männlich	0 (0)
Schuld	8 (0.01)
Schuld, weiblich	0 (0)
Schuld, männlich	19 (0.04)
Erotik/ Sexualität	1 (1.85)
Erotik / Sexualität, weiblich	1 (1.85)
Erotik / Sexualität, männlich	0 (0)
Untergang / Lösung des Ödipuskomplexes	8 (0.01)
Untergang / Lösung des Ödipuskomplexes, weiblich	2 (0.00)
Untergang / Lösung des Ödipuskomplexes, männlich	10 (0.02)
Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes	2 (0.00)
Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich	158 (0.29)
Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, männlich	0 (0)
Monolithischer Konflikt	3 (0.01)
Monolithischer Konflikt, weiblich	0 (0)
Monolithischer Konflikt, männlich	0 (0)
Binärer Konflikt	124 (0.23)
Binärer Konflikt, weiblich	0 (0)
Binärer Konflikt, männlich	0 (0)

Anmerkung. Die Mittelwerte sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet.

Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich. Dieser Aspekt wird in einer überwiegend indirekten Weise präsentiert, so etwa, wenn von der Medikamenteneinnahme gesprochen wird, die als Inkorporation verstanden werden kann. Diese Hinweise können als manifeste Inhalte auf die Kreativität (als *gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes*) in Form einer Schwangerschaft hinweisen.

Das Zitat von *Patient 11* (t_1) veranschaulicht, dass die Inkorporation mit Schuldgefühlen gegenüber dem Spender (*Gönner*) verbunden ist. Er beschreibt beispielsweise, dass es unfair dem *Gönner* gegenüber sei, wenn er die Medikamente nicht einnehmen würde:

Patient 11 (t_1): Ja, ohne Medikamente habe ich ja keine Überlebenschance. Das wäre auch wieder unfair dem Gönner gegenüber, wenn ich die jetzt nicht nehmen würde. Oder mit negativen Vorgeschmack, wenn ich diese mit der Zeit nicht mehr einnehmen würde. Und mir macht die Einnahme der Medikamente, ist für mich kein Muss. Sondern ich nehme sie und schlucke sie. Und das geht jeden Tag besser und schneller.

Schuldgefühle werden auch in verneinter Form deutlich, so etwa bei *Patient 11* (t_3):

Ich war einfach der Glückliche, der das Organ empfangen hat. Aber, dass es mich jetzt stören würde, dass ich die Lunge bekommen habe oder, dass ich mich Vorwürfe machen würde, dass überhaupt nicht.

Dass die Inkorporation von Objekten, die auf die Schöpfung eines Lebewesens hindeuten kann, mit unbewussten Konflikten verbunden werden kann, zeigt auch das folgende Zitat. Dabei werden neben einer inneren Zerrissenheit auch Schuldschuldgefühle, in Form eines schlechten Gewissens, beschrieben:

Patientin 29 (t_2): Die Medikamente sind natürlich nahe, weil ich sie täglich einnehmen muss. Die vielen Medikamente stinken mir manchmal. Es gibt Tage, an denen habe ich keine Lust, die Medikamente einzunehmen. Aber dann kommt gleich das schlechte Gewissen. Es ist so eine Art Zweigespräch im Kopf. Einerseits das Teufelchen, das äfft: „Ah, jetzt musst du wieder die dummen Pillen schlucken“ und dann kommt die andere Seite: „Ja, aber die Medikamente halten dich am Leben, jetzt beklage dich bitte nicht, okay?“.

Auffällig ist, dass die Inkorporation häufig mit einer körperlichen Symptomatik, wie Übelkeit, einhergeht. Die körperliche Symptomatik könnte dabei auf den inneren (unbewussten) Konflikt verweisen, etwa bei *Patient 28* (t_1): „Ich habe das Problem, dass es mit oftmals übel wird, wenn ich die Medikamente einnehme. Und Magensäure stößt mir ständig auf.“ Auch das folgende Zitat von *Patientin 30* (t_2) zeigt, dass die *Kreativität* mit einer körperlichen Symptomatik verbunden sein kann. Die *Kreativität* bezieht sich dabei erneut auf die Medikamenteneinnahme, die auf latenten Inhalt einer Inkorporation bzw. Schwangerschaft verweist. Die in dem Zusammenhang stehende körperliche Symptomatik bezieht sich auf die Übelkeit und das Erbrechen:

Patientin 30 (t₂): Es reichte auch, dass ich auf die Uhr schaute und realisierte, dass in zehn Minuten wieder eine Ladung Medikamente nehmen musste, wurde mir bereits übel. Mein Mann meinte, er habe noch nie jemand gesehen, der so schnell bleich werde und erbreche.

Im Zusammenhang mit der Inkorporation von Objekten wird deutlich, dass es manchen Patienten schwerfällt, die Medikamente vor anderen Personen einzunehmen. Der Konflikt kann sich dabei darauf beziehen, dass Familienmitglieder als störend wahrgenommen werden:

Patient 30 (t₃): Ich habe herausgefunden, dass ich für die Medikamenteneinnahme alleine sein muss. Wenn mein Mann am Morgen sieht, dass ich mich den Medikamenten annähere, dann geht er aus der Küche. Wenn ich fertig bin, dann rufe ich meinen Mann und er kommt wieder in die Küche.

Patient 37 (t₂): Zudem bin ich nun nicht immer mehr verfügbar. Früher war ich immer für meine Kinder da. Aber wenn nun die Kinder etwas wollen, dann gehen die Medikamente und die Inhalation einfach vor.

Insgesamt zeigen sich selten direkte Hinweise auf diesen Aspekt, etwa bei *Patient 07 (t₃)*, der schildert: „Klar, ich habe einen Teil dieser Person in mir drinnen“ oder „das positive in mir“ (*Patient 08, t₂*). Dass die Inkorporation auch mit Unsicherheiten verbunden sein kann, zeigt folgende Schilderung (*Patientin 31, t₁*): „Es ist ja nicht ganz mein. Es ist ja nun etwas Fremdes in mir drinnen, obwohl es mir hilft!“ Dass die Person einen Teil einer anderen Person in sich trägt, könnte auf die Schöpfung eines neuen Lebewesens hindeuten.

Verbot/ Strafe. Direkte Hinweise, die sich auf das Inzestverbot beziehen, lassen sich nicht identifizieren. Hinweise, wie der Bericht über ein generelles Verbot, die als indirekte Hinweise auf das Inzestverbot zu verstehen sind, lassen sich zwei Mal identifizieren. Ein Patient (*34, t₂*) berichtet von einem Arbeitsverbot: „Hinzu kommt noch der Aspekt, dass ich im ersten Jahr eigentlich nicht arbeitstätig sein darf“. Ein weiterer Patient schildert sechs Monate nach der Transplantation, dass bestimmte Lebensmittel verboten sind:

I: Was sind das für Einschränkungen?

Patient 11 (t₃): Zum Beispiel kein Rohfleisch, also keine Salami, kein Rohschinken, was ich auch gerne habe.

I: Auch getrocknetes Fleisch dürfen sie nicht mehr essen?

P: Bündnerfleisch ist erlaubt und auch Mostbröckli. Aber alles was roh ist an Fleisch oder zum Beispiel Eier darf ich nicht essen. Spiegeleier darf ich zum Beispiel nicht essen.

I: Und gekochte Eier dann?
P: Ja, gekochte Eier gehen. (...)
I: Und rotes Fleisch?
P: Nein, Nein.
I: Gibt es noch weitere Einschränkungen?
P: Nein, eigentlich ist das alles.

Die Bestrafungen beziehen sich auf den allgemeinen Funktionsverlust. Neben weiteren körperlichen Einschränkungen, etwa Bauchmerzen und Verdauungsbeschwerden (z.B. *Patient 33*, t_2) steht der Funktionsverlust des neuen Organs im Vordergrund. Generell wird dabei die Angst vor der Bestrafung (Funktionsverlust) deutlich, wie bei *Patient 36* (t_1): „Ich habe Angst vor einer Abstoßung und Angst davor etwas Falsches zu machen“. Die Angst vor der Bestrafung steht auf bei folgendem Patient im Vordergrund, der versucht diese abzuwehren:

I: Die Angst vor einer Abstoßreaktion steht wahrscheinlich im Vordergrund?
Patient 20 (t_3): Ja, schon. Ich versuche sie zwar zu unterdrücken. Aber es ist ja eine reelle Gefahr. Und die Ärzte sagen mir, dass das erste Jahr ein hohes Risiko einer Abstoßreaktion mit sich bringt. Danach sei es nicht mehr so schlimm.

Bei dem Traumbericht von *Patient 36* (t_1) wird ebenfalls die Angst vor einer Bestrafung, durch den großen Anderen (Bezugsperson), deutlich: „Ich hatte lange Alpträume gehabt. Ich habe geträumt, dass meine Bezugsperson in mein Zimmer gekommen ist und mir meinen zentralen Venenkatheter herausgerissen hat.“ Dass die Angst durch das Traumdenken dargestellt wird, spricht für eine Abwehr dieser konflikthafter Vorstellung. Die Bestrafung zeigt sich dadurch, dass der zentrale Venenkatheter herausgerissen wird, was einen schweren Verlust körperlicher Funktionen mit sich bringen kann.

Binärer Konflikt. Bei diesem Aspekt lassen sich ausschließlich indirekte Hinweise finden. Bei lungentransplantierten Patienten beziehen sich die gegensätzlichen Triebe auf den Lebens- und Todestrieb. Die Befriedigung des Triebes richtet sich dabei an die Transplantation bzw. das neue Organ. Der Lebenstrieb bezieht sich generell auf die Transplantation. Zudem lässt er sich identifizieren, wenn die Patienten von dem Behalten und der Integration der Lunge berichten. Sprechen die Patienten von einer (phantasierten) Abstoßung, also der Entbindung mit dem Objekt, beziehen sich diese Angaben auf den Todestrieb. Deutlich wird, dass diese

Konfliktentstehung manche Patienten ihr Leben lang begleiten wird und im Zentrum der Innenwelt steht.

I: Die Lunge liegt zentral bei Ihnen. Auch heute sechs Monate nach der Transplantation?

Patient 36 (t₃): Ja natürlich. Ich glaube, die neue Lunge wird immer mein Zentrum darstellen, mein Leben lang werde ich mich darum kümmern müssen, dass die Werte gut bleiben, dass es nicht zu einer Abstoßungsreaktion kommt.

Besonders durch das folgende Zitat wird die Konfliktentstehung (Lebens- und Todestrieb) deutlich. Dabei kann der Teufel als manifester Gehalt als das personifizierte Böse auf den Todestrieb hinweisen, während das gute Gewissen und die andere Seite darauf hinweist, dass die Medikamente helfen, dass der eigene Körper das Organ behält (Lebenstrieb):

Patient 29 (t₂): Die Medikamente sind natürlich nahe, weil ich sie täglich einnehmen muss. Die vielen Medikamente stinken mir manchmal. Es gibt Tage, an denen habe ich keine Lust, die Medikamente einzunehmen. Aber dann kommt gleich das schlechte Gewissen. Es ist so eine Art Zweigespräch im Kopf. Einerseits das Teufelchen, das äfft: „Ah, jetzt musst du wieder die dummen Pillen schlucken“ und dann kommt die andere Seite: „Ja, aber die Medikamente halten dich am Leben, jetzt beklage dich bitte nicht, okay?“.

5.3.2 Ergebnisse Fragestellung 3: Allgemeine und geschlechtsspezifische Analyse der traumatischen bzw. konflikthafte Natur des Transplantationskomplexes

Fragestellung 3 untersucht die traumatische und die konflikthafte Natur des *Transplantationskomplexes*. Die Natur des *Transplantationskomplexes* kann sowohl konflikthaft als auch traumatisch sein. Im Durchschnitt lässt sich der *Transplantationskomplex* häufiger mit der traumatischen ($M = 63.67$) als mit der konflikthaften Natur ($M = 27.41$) verknüpfen. An der Entwicklungspsychologie orientiert, konzentriert sich die Darstellung zunächst auf die traumatische Natur und dann auf die konflikthafte Natur des *Transplantationskomplexes*. Überwiegend ist der *Transplantationskomplex* in einem *traumatischen Prozess* eingebettet. Deutlich seltener lässt er sich mit *Hinweisen auf eine traumatische Reaktion* in Verbindung bringen. Mit den *Hinweisen auf eine traumatische Situation* tritt der *Transplantationskomplex* keinmal auf. Die geschlechtsspezifische Analyse zeigt, dass die Verknüpfung mit Hinweisen auf die traumatische Natur im Durchschnitt etwas häufiger bei Männern ($M = 5.65$)

als bei Frauen ($M = 4.33$) auftreten. Tabelle 8 zeigt die geschlechtsspezifische Verknüpfung des *Transplantationskomplexes* mit der traumatischen Natur.

Tabelle 8

Geschlechtsspezifische Co-Occurrence Analyse: Die traumatische Natur des Transplantationskomplexes

Co-Occurrence-Analyse	TR		TP	
	Männlich <i>n (M)</i>	Weiblich <i>n (M)</i>	Männlich <i>n (M)</i>	Weiblich <i>n (M)</i>
OMG	3 (0.15)	0	15 (0.75)	13 (0.72)
OA	3 (0.15)	2 (0.11)	26 (1.3)	14 (0.78)
ES	2 (0.1)	0	3 (0.15)	2 (0.11)
KA	1 (0.05)	0	1 (0.05)	1 (0.06)
SI	0	1 (0.06)	8 (0.4)	10 (0.56)
ST	2 (0.1)	3 (0.17)	25 (1.25)	17 (0.94)
OI	1 (0.05)	3 (0.17)	23 (1.15)	12 (0.67)

Anmerkungen. Die Hinweise auf eine *traumatische Situation* werden nicht aufgeführt, da sie nicht mit dem *Transplantationskomplex* auftreten. TR = Hinweise auf eine traumatische Reaktion, TP = Hinweise auf einen traumatischen Prozess, OMG = Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie, OA = Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden, ES = Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung), KA = Der Körper wird aufgebrochen, SI = Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers, ST = Der Spender wird getötet, OI = Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation).

Die Darstellung konzentriert sich auf die wesentlichen Unterschiede in den Mittelwerten zwischen Mann und Frau. Dabei wird die Verknüpfung *der Spender wird getötet* mit dem *traumatischen Prozess* im Durchschnitt häufiger von Männern ($M = 1.12$) als von Frauen ($M = 0.94$) präsentiert. Auch der Aspekt, dass *die Lunge wieder aus dem Körper ausgestoßen werden kann*, ist beim männlichen Geschlecht ($M = 0.13$) durchschnittlich häufiger in einem *traumatischen Prozess* eingebettet als beim weiblichen Geschlecht ($M = 0.78$).

Bei der Verknüpfung des Aspekts *der Spender wird getötet* mit dem *traumatischen Prozess* steht bei beiden Geschlechtern eine inhaltliche Distanziertheit im Vordergrund. Fragen, die sich auf den *Tod des Spenders* beziehen, werden vermieden oder so mechanisch dargestellt, dass keine inneren Räume entstehen, etwa bei *Patient 22 (t₁)*: „Er ist gestorben. Es wäre so oder so gestorben. Da kann ich jetzt auch nichts dafür. Das war das Schicksal“. Dass dadurch entstehende Vermeidungsverhalten, sich nicht innerpsychisch mit dem *Tod des Spenders* auseinanderzusetzen, kann als Bewältigungsversuch gesehen werden:

Patient 18 (t₁): Ich möchte und muss mit glaube ich keine Gedanken darüber machen. Ich werde diese Person nie kennenlernen (...). Ich mache mir gar keine. Ich kann mich aber vorstellen, dass es Leute gibt, die dadurch sehr belastet sind. Ich möchte mich gar nicht belasten mit diesem Thema.

Dass der *Tod des Spenders* in einem *traumatischen Prozess* eingebettet ist, zeigt sich bei dem Zitat von *Patientin 16* dadurch, dass sie in einer operativen Denkweise von dem *Tod des Spenders* berichtet. Dass es für sie nicht greifbar ist und es so die Imaginations- und Symbolisierungsfähigkeit übersteigt, weist auf die Sphären des Realen hin:

Patientin 16 (t₁): Der Spender ist gestorben und ich habe eine Lunge bekommen. That's it. Ich kann es nicht ändern und mir geht es gut damit. Und alles andere ich nicht diskutabel, weil es nicht greifbar ist, es nicht fassbar in diesem Sinne. Dass für mich ein Mensch sterben musste, damit ich weiterleben kann, dies ist nicht diskutabel. Er ist nicht für mich gestorben.

Bei beiden Geschlechtern wird bei dieser Verknüpfung der Bericht von Schuldgefühlen deutlich, welche die psychische Verarbeitung maßgeblich beeinflussen können. So berichtet der folgende Patient beispielsweise davon, dass er sich verpflichtet fühlt, dem Organ Sorge zu tragen:

Patient 08 (t₁): Ich denke, dass ist man dem Spender und den Angehörigen schuldig.

I: Mhh, wie eine Verpflichtung?

P: Ich habe diese bekommen, ich weiß nicht von wem. Ich weiß die Zustände nicht und alles zusammen. Aber ich bin, ich fühle mich verpflichtet, dem Organ Sorge zu tragen, dass dann vielleicht auch so gewisse Dinge hinten anstehen müssen. Ich weiß nicht, ob das so richtig ist [zögerlich].

Ein schlechtes Gewissen wird dabei von den meisten Patienten verneint, etwa von *Patient 11 (t₃):* „aber, dass ich ein schlechtes Gewissen dem Spender gegenüber habe, ist überhaupt nicht der Fall.“ Dass die meisten Patienten ein schlechtes Gewissen verneinen, spricht dafür, dass ein schlechtes Gewissen oder zusammenhängende Schuldgefühle gegenüber dem toten Spender, erst in verneinter Form bewusstseinsfähig werden. *Patient 11*, von dem auch das obige Zitat stammt, schickt dabei Stoßgebete in den Himmel, die ihn womöglich von seiner Schuld befreien sollen:

Patient 11 (t₃): Ich denke viel an den Spender. Ich schicke auch immer wieder ein Stoßgebet in den Himmel. Aber es beschäftigt mich nicht. Wie ich bereits gesagt habe, er hat sich ja dazu entschlossen, das Organ zu spenden. Es wurde ihm ja nicht weggenommen, noch wurde er gezwungen.

Dass die Verarbeitung des *Todes des Spenders* innerhalb des *traumatischen Prozesses* häufig mit einem schlechten Gewissen oder Schuldgefühlen auftreten, fällt bei Frauen im Vergleich zu Männern weniger auf. Eine Abwehr der Schuldgefühle wird bei einer Patientin (25, t₁) deutlich, die berichtet: „Aber ich habe ja nichts verbrochen, dass er sterben musste. Ich möchte den Spender erst gar nicht zu einem großen Thema machen.“ Bei lediglich einer weiteren Patientin werden Schuldgefühle auf direkte Weise präsentiert:

I: Sind Sie traurig oder haben sie dem Spender gegenüber Schuldgefühle?
Patientin 31 (t₁): Ja, wahrscheinlich ist es beides. Einerseits ist es eine Trauer, die verspüre, weil ein Mensch gestorben ist. Andererseits habe ich schon auch Schuldgefühle. Manchmal denke ich, dass es egoistisch von mir war, dieses Organ in Anspruch zu nehmen.

Neben den Schuldgefühlen wird bei diesem Zitat auch eine affektive Reaktion (Traurigkeit) deutlich, die im Zusammenhang mit der Traumatisierung stehen kann. Trauer als affektive Reaktion innerhalb des *traumatischen Prozesses* wird auch bei weiteren Patientinnen deutlich, etwa bei *Patientin 38* (t₁): „Natürlich bin ich traurig, dass eine so junge Person bereits aus dem Leben scheiden musste.“

Bei Männern wird nicht von einer Traurigkeit berichtet, die sich auf den *Tod des Spenders* bezieht. Nachdem ein Patient (12 (t₃)) nach seiner Traurigkeit befragt wird, geht er nicht auf die Trauer ein, sondern betont sein Mitgefühl gegenüber dem Spender:

I: Wenn sie sagen, dass es tut mir leid, dass der Spender gestorben ist, ist das dann mehr wie eine Traurigkeit oder Mitgefühl oder irgendwie Schuld?
P: Ich würde sagen Mitgefühl. Denn ich weiß nicht, weshalb er gestorben ist. Vor allem Mitgefühl.

Bei einem Patienten werden Unsicherheiten deutlich, welche mit dem *Tod (des Spenders)* verbunden werden können. Der Tod spielt bei dem Patienten zusätzlich aus biografischer Sicht eine Rolle, da seine Eltern vor kurzer Zeit verstorben sind. Innerhalb des *traumatischen Prozesses* wird dabei ein Wiederholungszwang (Todestrieb) deutlich:

Patient 19 (t₁): Das Problem, das hat ja immer mit der eigenen, das muss ich Ihnen ja nicht erzählen. Ich erzähle es Ihnen trotzdem. Es hat ja immer mit der eigenen Biographie zu tun. Ich meine, meine Eltern sind in den letzten Jahren beide gestorben. Und da ist der Tod ja relativ nahe (...).

Dass sich der *Tod des Spenders* durch die eigene Sterblichkeit wiederholen kann, wird auch von folgender *Patientin 43* (t₃) geschildert: „Natürlich können wir alle von heute auf morgen sterben.“

Auch der Aspekt, dass *das neue Objekt (Lunge) ausgestoßen werden kann*, wird bei männlichen Patienten im Durchschnitt häufiger mit dem *traumatischen Prozess* verknüpft als bei Frauen. Bei beiden Geschlechtern wird bei dieser Verknüpfung die individuelle Verarbeitung innerhalb des *traumatischen Prozesses* deutlich. Neben der inhaltlichen und affektiven Distanziertheit als eine affektive Reaktion innerhalb des *traumatischen Prozesses*, lassen sich erneut Angst- und Spannungszustände identifizieren.

Das Zitat eines männlichen Patienten zeigt die inhaltliche Distanziertheit und die Verneinung von möglichen *traumatischen Reaktionen* (z.B. Intrusionen, Alpträume) innerhalb des *traumatischen Prozesses*, die mit dem Aspekt *das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden*, verbunden werden können. Die innere Leere und die Verneinung des inneren Raums, der z.B. aus Gedanken und Erinnerungen besteht, könnten dabei als Schutz einer möglichen *traumatischen Reaktion* dienen. Bei beiden Zitaten wird deutlich, dass sie sich Sorgen über eine mögliche Abstoßreaktion machen, dieser Sorge gedanklich nicht weiter nachgehen möchten:

Patient 17 (t₃): Die Operation beschäftigt mich eigentlich nicht mehr
I: Haben sich noch Gedanken oder Erinnerungen an dieser Operation?
P: Nein, eigentlich.
I: Erscheint die Operation vielleicht noch im Traum?
P: Nein, die Operation beschäftigt mich nicht mehr.
I: Wie stark beschäftigt Sie die Lunge noch heute?
P: Ja, die beschäftigt mich noch.
I: Weshalb?
P: Sorge, dass es weiterhin gut bleibt und keine Abstoßung gibt.

I: Haben Sie Sorgen in Bezug auf das neue Organ?
Patientin 30 (t₃): Ja, Sorgen, dass es zu einer Abstoßungsreaktion kommen könnte. Aber diese sind weit hinten, weil ich an das gar nicht denken möchte.
I: Möchten sie zur Lunge noch etwas hinzufügen?
P: Nein, das ist gut so.

Im Gegensatz dazu, scheint der Inhalt der Gedanken und der Erinnerungen an die Operation bei manchen Patienten stärker von denen des obigen Zitats auseinander zu driften, da sie nicht nur operativ berichtet werden. Als *traumatische Reaktionen*

innerhalb des *traumatischen Prozesses* werden bei männlichen Patienten psychische Beeinträchtigungen, wie unangenehme Gefühle, Unwohlsein sowie Angst vor dem Alleinsein, deutlich, die bei einem Patienten mit einem Antidepressivum behandelt werden. Darüber hinaus zeigt sich eine körperliche Symptomatik (Luftnot und Schmerzen), die genau wie die affektiven *traumatischen Reaktionen* im Zusammenhang mit dem Aspekt *das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden*, stehen könnten.

Patient 20 (t₃): Es war schon sehr hart. Gott sei Dank ist es vorbei. Aber von der Psyche hat es mich schon sehr beeinträchtigt – aber das ist eigentlich erst nach der Operation eingetreten und hat mit der Operation an sich nichts groß zu tun (...). Mir ist die Decke auf den Kopf gefallen. Ich war ja dann in Behandlung bei [Nennt Namen der Psychologin] (...). Sie sagte mir, dass diese Reaktion nicht untypisch sei (...). Das war ein sehr unangenehmes Gefühl. Ich glaube ohne meine Frau hätte ich diese Zeit nicht überstanden. Diese Ängste kamen auch erst, als ich zu Hause war. Daraufhin bin ich wieder eingetreten, weil ich fast durchgedreht bin und ich das Gefühl hatte, die Situation nicht alleine meistern zu können.

I: Hatten Sie Angst vor dem Alleine sein?

P: Ja, ich hatte ein ungutes Gefühl. Ich habe mit Zolofit begonnen (...). Plötzlich ist es bessergegangen. Das hing wohl auch damit zusammen, dass ich mehr Luft hatte und weniger Schmerzen verspürte (...). Ich bin einfach sehr vorsichtig. Nur wenn ich ein bisschen heiß habe, denke ich schon uh, handelt es sich um eine Abstoßreaktion? Auch wenn die Lungenfunktionswerte einmal nicht gut sind, denke ich gleich Hilfe. Ja solche Gedanken sind noch ziemlich aktuell. Ich habe noch nicht gelernt, richtig mit der Situation umzugehen.

Bei männlichen Patienten wird neben der Auslieferung und Hilflosigkeit auch ein übervorsichtiges Vorgehen deutlich, etwa bei *Patient 20 (t₃):* „Ich bin einfach sehr vorsichtig. Nur wenn ich ein bisschen heiß habe, denke ich schon, uh handelt es sich nun um eine Abstoßungsreaktion?“ Zudem wird bei männlichen Patienten der Wunsch nach einem Kontrollieren der Situation (Abstoßung des neuen Organs) deutlich. Um die Situation zu kontrollieren, berichtet ein Patient beispielsweise, dass er übervorsichtig sei und sich die ganze Zeit die Hände desinfiziere, was beinahe auf eine Zwangshandlung hindeuten könnte. Die Zwangshandlung (*Übervorsichtig sein, häufiges Hände desinfizieren*) kann als Bewältigungsversuch gesehen werden, auf die traumatische Vorstellung einer Abstoßung zu reagieren:

Patient 32 (t₁): Es geht mir immer durch den Kopf, ob es zu einer Abstoßung kommen kann oder nicht, ob ich mir einen Keim einfangen werde oder nicht.

Klar, versuche ich schon Sorge zu tragen. Und doch hat man halt über gewisse Dinge keine Kontrolle. Zum Beispiel, ob es zu einer Abstoßung kommen kann oder nicht.

I: Fühlen Sie sich manchmal ausgeliefert?

P: Ja, schon. Das beschäftigt mich schon, obwohl alle Werte gut sind. Aber im Unterbewusstsein mache ich mir trotzdem Gedanken darüber.

I: Also, so eine Besorgnis oder eine Grundsorge, dass alles gut funktioniert und alles gut kommt?

P: Mhh.

I: Könnten Sie nochmal sagen, für was diese Sorgen stehen?

P: Sorge um Abstoßung oder, dass ich wieder einen Keim einfange. Ich beschäftige mich vor allem damit, dass ich der Lunge gut Sorge trage und sie nicht beschädige. Ich bin sehr vorsichtig, dass ich mich nicht mit einem Virus anstecke – vielleicht bin ich auch etwas übervorsichtig. Ich desinfiziere mir die ganze Zeit die Hände. Ja, und zu Beginn hatte ich relativ viel Auswurf und ich hatte mir große Sorgen gemacht, dass etwas mit der neuen Lunge nicht in Ordnung sei (...). Das geht alles Hand in Hand. Ich möchte einfach alles so gut wie möglich machen und das Optimale herausholen.

Ein weiterer Patient (19, t₃) berichtet hingegen, dass er das Gefühl habe, gut betreut zu sein und dass die Ärzte das unter Kontrolle haben.

Bei weiblichen Patienten wird nicht von einem Kontrollverlust berichtet, auch werden keine Handlungen deutlich, die auf eine mögliche Zwangshandlung, wie einem häufigen Hände desinfizieren, hinweisen könnten. Dennoch werden Ängste und Sorgen als Reaktionen innerhalb des *traumatischen Prozesses* deutlich. Eine Patientin (36, t₁) berichtet beispielsweise von einer Angst vor der Abstoßung und der Angst etwas Falsches zu machen. Wie bei männlichen Patienten wird auch von einer Unsicherheit berichtet, so etwa von *Patientin 41* (t₁), die nicht mit der Medizin anvertraut sei:

I: Haben Sie Sorgen in Bezug auf eine Abstoßung?

Patientin 41 (t₁): Das schon, das kann jedem passieren. Aber ich bin nicht so anvertraut mit der Medizin. Aber was ich weiß ist, dass ich noch so viel Sorge tragen kann und trotzdem kann es zu einer Abstoßungsreaktion kommen.

Dass diese Angst und Sorge die Patienten ein Leben lang begleiten können, wird durch das folgende Zitat deutlich. Durch das Zitat von der *Patientin 43* (t₃) wird der Wunsch nach einem Austausch über den *traumatischen Prozess* und die Sorge einer Abstoßung des neuen Organs veranschaulicht:

P: Ich mache mir Sorgen, wie lange das neue Organ hält, ob es zu einer Infektion kommt und habe auch Angst vor einer Abstoßung. Obwohl das

erste halbe Jahr problemlos verlaufen ist, schwingt die Angst vor Schwierigkeiten doch immer mit.

I: Wie belastend ist die Angst vor einer Abstoßung oder der Entwicklung eines Infektes?

P: [legt den schwarzen Kreis nahe zu sich] die steht mir schon nahe.

I: Können Sie sich mit anderen lungentransplantierten Menschen bezüglich Ihrer Sorgen austauschen?

P: eher weniger, ich spreche ein bisschen mit Mitpatienten über die Medikamente und Nebenwirkungen. Aber die Patienten sind meistens oft mit sich selbst beschäftigt, dass gar kein Gespräch zustande kommen kann. Das ist sehr schade, weil es helfen würde. Ich bin überzogen, dass jeder transplantierte Patient diese Angst mit sich trägt.

Wie erwähnt, ist die Natur des *Transplantationskomplexes* überwiegend traumatischer Natur, lässt sich aber auch vereinzelt als konflikthaft charakterisieren. Die geschlechtsspezifische Darstellung konzentriert sich auf die zwei häufigsten Kombinationen: Am häufigsten zeigen sich dabei die Verknüpfung *Objekte dringen in den Körper (Inkorporation)* und *Kreativität als gelungener Ausgang, weiblich* sowie *das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden* und *binärer Konflikt*. Wird dieses Ergebnis geschlechtsspezifisch analysiert, kommen beide Verknüpfung im Durchschnitt etwas häufiger bei Frauen vor (Erste Verknüpfung bei Frauen (*m*): 4.44, bei Männern (*m*): 4.05; Zweite Verknüpfung bei Frauen (*m*): 3.72; bei Männern (*m*): 2.60). Aus Übersichtsgründen werden alle weiteren Ergebnisse dieser Fragestellung in Anhang C (Tabelle 12) aufgeführt.

Die Kombination (*Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich* und *Objekte in den Körper dringen/ aufgefressen werden (Inkorporation)*) kann im Durchschnitt etwas häufiger bei weiblichen Patienten festgestellt werden und spricht so für eine typisch weibliche Ödipus- Thematik. Diese Kombinationen treten sowohl direkt als auch indirekt auf. Bei beiden Geschlechtern wird bei dieser Verknüpfung häufig von der Medikamenteneinnahme berichtet, welche als indirekter Hinweis gewertet werden kann. Die Medikamente dringen in den Körper ein und können als manifeste Gehalte auf eine Schwangerschaft, als *gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes*, hinweisen. Insgesamt ist die Medikamenteneinnahme bei beiden Geschlechtern überwiegend mit negativen Aspekten verknüpft, was die angeführten Zitate zeigen:

Patient 21 (t₁): Es ist ein Übel, weil ich so viele Tabletten fressen muss. Aber es ist halt übel. Deshalb ist ein notweniges Übel für mich. Notwendig, damit ich überhaupt weiterleben kann. Ich hänge am Leben, ich habe eine tolle

Frau, ein schönes Haus. Wir haben es toll miteinander. Warum ich soll ich das aufgeben? Wegen diesen Tabletten? Nein, dann esse ich lieber Tabletten.

Patientin 25 (t₃): Die Medikamente nehmen momentan einen großen Platz in meinem Leben ein, weil es eine große Menge an Tabletten sind, die ich einnehmen muss. Bis vor zehn Tagen musste ich noch Infusionen machen. Gott sei Dank, bin ich nun wenigstens davon befreit. Aber das ganze Sortiment an Medikamenten, das macht mir nach wie vor zu schaffen. Vor allem habe ich vor der Transplantation kaum Medikamente zu mir genommen und habe versucht, alles durch Tees zu kurieren. Und nun musste ich diese Tees räumen.

Eine Schwangerschaft wird dabei von keinem Mann und keiner Frau explizit erwähnt und lediglich indirekt präsentiert, was für eine Abwehr dieser Vorstellung spricht. Beide Geschlechter berichten davon, dass *etwas* in ihnen drinnen sei. Ein Patient (02, t₁) schildert z.B.: „Ja die neue Lunge steht irgendwo im Mittelpunkt von mir, das wird auch immer so bleiben“. Deutlich mehr Hinweise, dass die Person *etwas* in sich trägt, werden bei Frauen deutlich: „Ich trage es auch in mir“ (*Patientin 07, t₃*) „weil sie in mir drinnen ist“ (*Patientin 07, t₂*), „Ja, ich habe die in mir drin. Sie ist bereits ein Teil von mir“ (*Patientin 15, t₁*).

Bei Männern wird auch die verneinte Form deutlich, die auf die Abwehr hindeuten könnte. Die Abwehr dieser Vorstellung kann sich auf die konflikthafte Vorstellung einer Schwangerschaft zurückgeführt werden. Erst durch die verneinte Form kann der Gedanke, einen Fremdkörper in sich zu tragen, bewusstseinsfähig werden, etwa bei *Patient 19 (t₁):* „Aber das Gefühl, dass ich hier etwas Neues drinnen habe, das habe ich nicht“ oder bei *Patient 02 (t₁):* „Ich mache mir eigentlich keine großen Gedanken, dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage.“

Auch bei Frauen werden vereinzelt Hinweise deutlich, bei denen die Tatsache, einen Fremdkörper in sich zu tragen (Schwangerschaft) abgewehrt und nur in verneinter Form dargestellt wird, wie z.B. bei *Patientin 29 (t₃):* „Die neue Lunge ist ein Teil von mir. Positiv, es ist nicht, dass ich die neue Lunge als Fremdkörper wahrnehme oder denke, uii ich trage jetzt etwas Fremdes in mir.“ Einen Fremdkörper in sich zu tragen, wird von einer Patientin (31, t₁) direkt berichtet: „Es ist ja nicht ganz mein. Es ist nun etwas Fremdes in mir, obwohl es mir hilft.“ Die ambivalente Haltung der Patientin kann auf den unbewussten Konflikt hindeuten.

Bei einer Frau fällt die enge Verbindung der lesbischen Enttäuschung mit der Schwangerschaft bzw. Inkorporation als positive Entwicklung des Mädchens auf, dass so selbst zur Frau wird. Die lesbische Enttäuschung bezieht sich darauf, dass sich das Mädchen mit dem ursprünglichen Liebensobjekt, welches es durch den Objektwechsel des Begehrens verloren hat, identifiziert (Poluda, 1993). Bei dem angeführten Zitat ist die Medikamenteneinnahme als indirekter Hinweis auf eine Inkorporation zu verstehen. Die Aussage „Es hilft alles nichts“ könnte auf die lesbische Enttäuschung hinweisen. Der beschriebene Widerstand, den die Transplantierte verspürt, könnte unter anderem auf Konflikte zwischen den psychischen Instanzen Über-Ich und Es hinweisen.

Patient 29 (t₃): Die Medikamente stehen sehr nahe zu mir, weil ich sie täglich einnehmen muss. Manchmal habe ich keine Lust die Medikamente einzunehmen. Oft passiert es, dass ich vor meiner Medikamentenbox sitze und mich beim Anstauen dieser vielen Medikamente ertappe. Ich frage mich dann, warum staunst du diese Medikamente an? Du musst sie runterschlucken! Es hilft alles nichts. Ja, und dann schmeiße ich alle ein, naja aber viel Widerstand verspüre ich schon.

Das folgende Zitat eines Mannes, das sich auf die Medikamenteneinnahme bezieht, zeigt einen Widerstand und inneren Konflikt auf. Dabei schildert er, dass es unfair gegenüber dem *Gönner* wäre, die Medikamente nicht zu nehmen. Die Schuldgefühle gegenüber dem *Gönner*, könnten sich auch auf die Schuldgefühle gegenüber dem Vater, analog des *Ödipuskomplexes*, beziehen.

Patient 11 (t₁): Ja, ohne Medikamente habe ich keine Überlebenschance. Dann wäre ich auch wieder unfair dem *Gönner* gegenüber. Wenn ich die jetzt nicht nehmen würde. Oder mit negativem Vorgeschmack, wenn ich diese mit der Zeit nicht mehr einnehmen würde. Und mir macht die Einnahme der Medikamente, ist für mich kein Muss. Sondern ich nehme sie und schlucke sie. Und das geht jeden Tag besser und schneller.

Die Schuldgefühle werden von einem weiteren Patienten (11, t₃) verneint. Erst durch die Verneinung der Schuldgefühle gegenüber dem Spender bzw. gegenüber dem Vater können diese bewusstseinsfähig werden: „Ich war einfach der Glückliche, der das Organ empfangen hat. Aber dass es mich jetzt stören würde, dass ich eine Lunge bekomme habe, oder, dass ich mir Vorwürfe mache, dass überhaupt nicht.“

Bei der Verknüpfung *binärer Konflikt* und *das neue Objekt (Lunge)* kann *ausgestoßen werden* fällt auf, dass auch bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung zwei Triebe deutlich werden. Durch die häufigen Angaben des Behaltens (Überleben) und des Abstoßens des neuen Organs (Tod) können hier Spuren des Lebens- und Todestribs identifiziert werden, die als indirekte Hinweise für die komplementären Triebe (Schmidt-Hellerau, 2015) stehen könnten. Da sowohl Männer als auch Frauen die Befriedigung nicht an dem gegengeschlechtlichen Elternteil (Mutter, Vater) suchen, wird der allgemeine Code verwendet. Bei beiden Geschlechtern wird deutlich, dass sie die verschobene Konfliktentstehung (Lebens- und Todestrieb) und die Sorge, dass das neue Organ (Lunge, Todestrieb) ausgestoßen werden kann, lebenslang begleiten wird. So berichtet etwa ein Patient (17, t₃), dass er die Sorge habe, dass es eine Abstoßung gäbe und er sich nicht sicher sei, ob die Lunge halte. Auch ein weiterer Patient (28, t₂) berichtet von Sorgen und Ängsten, die immer latent vorhanden sind:

I: Haben sie das Vertrauen in die Lunge, dass alles funktioniert?

P: Ja ich habe manchmal schon den Gedanken, dass vielleicht einmal eine Naht reißen könnte oder etwas anderes Schlimmes passieren könnte.

I: Haben Sie noch weitere Sorgen in Bezug auf das neue Organ?

P: Mhm, nein.

I: Haben Sie manchmal Angst, dass es zu einer Abstoßung kommen könnte?

P: Ja natürlich. Diese Angst ist latent immer vorhanden. Auch die Sorge, dass generell etwas schiefgehen könnte.

Auch bei Studienteilnehmerinnen wird deutlich, dass sie die verschobene Konfliktentstehung (Lebens- und Todestrieb) eine längere Zeit über die Transplantation hinaus beschäftigen wird. Dies zeigt sich dadurch, dass sich der ungelöste Konflikt auf Verhaltensebene zeigt. So berichten Männer auf direkte Weise und Frauen auf indirekte Weise von kontrollierendem Verhalten, was sich auf die Abstoßung des Objekts bezieht. Dieses kontrollierende Verhalten, als mögliche Zwangshandlung, kann auf den ungelösten Konflikt hinweisen. Ein Patient berichtet beispielsweise davon, dass er keine Kontrolle über manche Dinge habe. Erst durch die verneinte Form kann dabei der Wunsch nach vermehrter Kontrolle, die sich auf die Abstoßung des neuen Objekts bezieht, bewusstseinsfähig werden:

Patient 20 (t₂): „Es geht mir immer durch den Kopf, ob es zu einer Abstoßung kommen kann oder nicht, ob ich einen Keim einfangen werde oder nicht (...). Und doch hat man halt über gewisse Dinge keine Kontrolle. Zum Beispiel, ob es zu einer Abstoßung kommt oder nicht.“

Ein weiterer Patient (32, t₁) berichtet von „überevorsichtigem Verhalten“ und übermäßigem Hände-Desinfizieren: „Ich bin sehr vorsichtig, vielleicht auch etwas überevorsichtig. Ich desinfiziere mir die ganze Zeit die Hände.“ Das kontrollierende Verhalten zeigt sich bei weiblichen Patienten weniger und lediglich auf indirekte Weise. Eine Patientin (31, t₂) schildert, dass sie Handlungen, wie das Desinfizieren der Hände, vergisst:

Ja, an das Risiko einer Abstoßung denke ich schon auch. Oder dann vergesse ich wieder meine Hände desinfizieren, nachdem ich einer anderen Person die Hand gegeben habe und erschrecke dann. Eben, momentan geht es mir körperlich so gut, dass ich vergesse, dass ich aufpassen und mich schützen muss.

Im Wacherleben berichtet keine Patientin von Handlungen, bei denen ein zwanghaftes Verhalten anklingt. Zwei Patientinnen berichten von kontrollierendem Verhalten, die in einem Zusammenhang mit Trauminhalten stehen. Eine Patientin wacht in der Nacht auf, um zu kontrollieren, ob sie Medikamente richtig genommen habe. Es wird deutlich, dass sich der ungelöste Konflikt zwischen Lebens- und Todestrieb auf Verhaltensebene, z.B. durch Aufwachen in der Nacht oder kontrollierendes Verhalten, zeigt.

Patientin 31 (t₁): Diese Sorge ist immer vorhanden. Gestern Abend habe ich beispielsweise die Medikamente einfach genommen, ohne wirklich darauf zu achten, ob ich nun die richtigen genommen habe. Natürlich hat die Pflege die Tabletten schon kontrolliert. Aber trotzdem, in der Nacht habe ich mich plötzlich gefragt, ob ich die richtigen Medikamente genommen habe oder womöglich vergessen habe und es nun zu einer Abstoßungsreaktion kommen kann. Ja, solche Gedanken begleiten mich oft (...) Es ist eine Belastung.

Auch ein weiteres Beispiel einer Patientin (36, t₁) zeigt, dass dieser Konflikt in der Nacht deutlich wird. Auch hier berichtet die Patientin von kontrollierendem Verhalten, sie muss in der Nacht überprüfen, ob der Venenkatheter noch da ist:

P: Ich hatte lange Albträume gehabt. Ich habe geträumt, dass meine Bezugsperson in mein Zimmer gekommen ist und mir meinen zentralen Venenkatheter herausgerissen hat. Ich bin dann erwacht und habe meine Bezugsperson tatsächlich vor mir gesehen und bin dann gleich zusammengezuckt und musste mich versichern, dass der ZVK noch da ist.

Die Bezugsperson kann als Objekt gesehen werden, an der die Befriedigung der gegensätzlichen Triebe (Lebens- und Todestrieb) gesucht wird. Dass das Geschlecht der Bezugsperson unbenannt bleibt, spricht zunächst dafür, dass sich

diese Triebe nicht an den Vater bzw. vaterähnliche Figuren richten oder von diesem befriedigt werden und sich generell an Personen richten, die auf die Eltern hinweisen können, z.B. „Wenn ich sie nehme, geht es mir gut. Sie helfen mir die Lunge zu erhalten und schauen, dass es nicht zu einer Abstoßung kommt“ (*Patient 25*, t₃). Das Pronomen *sie* könnte bei dem allgemeinen Code des *binären Konflikts* auf die Eltern hinweisen.

Dass dem Konflikt eine Ambivalenz zu Grunde liegen kann, wird bei beiden Geschlechtern deutlich, die auf der einen Seite von dem Behalten und auf der anderen Seite von dem Abstoßen berichten, z.B. *Patientin 23* (t₁): „Gestern musste ich mich übergeben, heute konnte ich sie behalten“. Am bildreichsten wird der Konflikt zwischen dem Behalten und dem Abstoßen des neuen Objekts (Lunge) von *Patientin 29* (t₂) dargestellt. Dabei kann der Teufel als manifester Gehalt als das personifizierte Böse auf den Todestrieb hinweisen, während das gute Gewissen und die andere Seite darauf hinweisen, dass die Medikamente helfen, dass der eigene Körper das Organ behält (Lebenstrieb):

Patientin 29 (t₂): Die Medikamente sind natürlich nahe, weil ich sie täglich einnehmen muss. Die vielen Medikamente stinken mir manchmal. Es gibt Tage, an denen habe ich keine Lust, die Medikamente einzunehmen. Aber dann kommt gleich das schlechte Gewissen. Es ist so eine Art Zweigespräch im Kopf. Einerseits das Teufelchen, das äfft: „Ah, jetzt musst du wieder die dummen Pillen schlucken“ und dann kommt die andere Seite: „Ja, aber die Medikamente halten dich am Leben, jetzt beklage dich bitte nicht, okay?“.

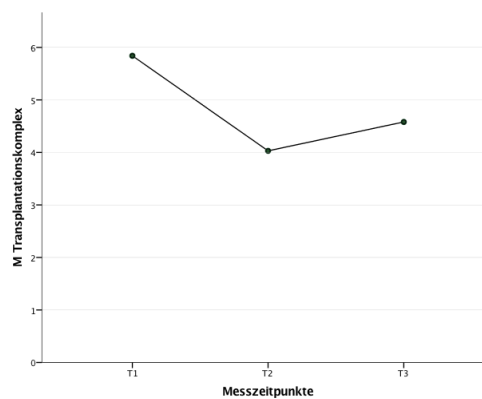
Dass dieser ungelöste Konflikt zwischen *Lebens- und Todestrieb*, welcher primär mit der Organabstoßung verknüpft wird, eine große Belastung darstellt, zeigt sich z.B. dadurch, dass eine Patientin (43, t₃) einen großen Wunsch verspürt, sich mit anderen Patienten auszutauschen. Es wird deutlich, dass sie den Konflikt womöglich nicht allein lösen kann: „die Patienten sind meist oft mit sich selbst beschäftigt, so dass gar kein Gespräch zustande kommen kann. Das ist sehr schade, weil es helfen würde. Ich bin überzeugt, dass jeder transplantierte Patient diese Angst [einer Abstoßung] mit sich trägt.“ Der Wunsch, sich mit anderen Patienten auszutauschen, wird von keinem Mann erwähnt.

5.4 Ergebnisse Fragestellung 4: Thematische und zeitliche Entwicklung des Transplantationskomplexes

Fragestellung 4 beschäftigt sich mit der zeitlichen und thematischen Entwicklung des *Transplantationskomplexes*. Für eine erste Orientierung lässt sich aus Abbildung 9 die Entwicklung der Häufigkeiten des *Transplantationskomplexes*, dargestellt in Mittelwerten, über die unterschiedlichen Messzeitpunkte, entnehmen. Abbildung 9 zeigt, dass zwei Wochen postoperativ durchschnittlich die meisten Angaben (direkt und indirekt) über den *Transplantationskomplex* gemacht werden. Diese Hinweise nehmen im Durchschnitt drei Monate nach dem medizinischen Eingriff wieder ab, während sie ein halbes Jahr nach der Transplantation wieder ansteigen.

Abbildung 9

Liniendiagramm der zeitlichen Entwicklung des Transplantationskomplexes



Anmerkung. Messzeitpunkte: $t_1 = 2$ Wochen, $t_2 = 3$ Monate, $t_3 = 6$ Monate, $M =$ Mittelwert

Die Entwicklung der einzelnen Aspekte des *Transplantationskomplexes*, über die Messzeitpunkte hinweg, angegeben in relativen Häufigkeiten, kann Tabelle 9 entnommen werden.

Tabelle 9*Zeitliche und inhaltliche Entwicklung des Transplantationskomplexes*

Erhebungszeitpunkte	n	ZK	ZK OA	ZK ES	ZK KA	ZK SI	ZK ST	ZK OI	Ge-
		OMG							gesamt
		%	%	%	%	%	%	%	%
t ₁	222	13.96	20.72	4.05	0.45	13.06	17.12	30.63	40.44
t ₂	153	18.95	21.57	5.88	0	13.73	13.73	26.14	27.87
t ₃	174	14.94	24.71	1.72	1.15	13.23	13.23	31.03	31.69

Anmerkung. Die Prozentangaben sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet. OMG = Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie, OA = Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden, ES = Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung), KA = Der Körper wird aufgebrochen, SI = Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers, ST = Der Spender wird getötet, OI = Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation).

t₁ = 2 Wochen, t₂ = 3 Monate, t₃ = 6 Monate

Wie Tabelle 9 zeigt, wird der *Transplantationskomplex* zwei Wochen nach der Lungentransplantation am häufigsten präsentiert ($n = 222$), während er sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt hin ausdünn ($n = 153$) und ein halbes Jahr nach der Transplantation wieder ansteigt ($n = 174$). Der Unterschied der Häufigkeiten ist dabei von t₁ zu t₂ wesentlich stärker als von t₂ zu t₃. Die Darstellung der inhaltlichen Entwicklung der einzelnen Aspekte des *Transplantationskomplexes* konzentriert sich dabei auf die wesentlichen Unterschiede über die Messzeitpunkte hinweg: *Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation)*, *das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie* sowie *der Empfänger ist der Spender (Identifizierung)*. Auf minimale Unterschiede wird nicht eingegangen, sie können aus Tabelle 9 entnommen werden.

Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation). Dieser Aspekt wird zu Messzeitpunkt 1 und 3 etwa gleich häufig dargestellt, während er zum zweiten Erhebungszeitpunkt abnimmt. Sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt wird dieser Aspekt in einer primär indirekten Weise präsentiert. Das bedeutet, dass bei diesem Aspekt die Angaben (im Sinne der *kannibalisitischen Einverleibungsphantasie*, Goetzmann et al., 2019a) überwiegend vieldeutig und verschoben erscheinen. Im Vordergrund steht dabei vor allem die Medikamenteneinnahme (manifesten Gehalt), die auf die Inkorporation (latenter Gehalt) hinweisen könnte, was der folgende Bericht einer Patientin zeigt:

Patientin 31 (t₁): Ich habe immer noch die Hoffnung, dass es mit der Zeit weniger Medikamente und kleinere Tabletten sein werden, die ich einnehmen muss (...). Aber die Tabletten, die ich einnehmen muss, sind riesen groß.

I: Sind es richtige Bomber von Tabletten?

P: Ja, riesen Bomber.

Im Vergleich zu t₂ lassen sich bei t₁ insgesamt mehr direkte Hinweise finden, dass ein *Objekt in den Körper gedrungen ist*, z.B. „Also transplantiert ist es ja hier drinnen“ (*Patient 08, t₁*). Hinweise darauf, dass ein Objekt aufgegessen wird, findet sich lediglich bei einem Patienten (zwei Wochen postoperativ) wieder:

Patientin 29 (t₂): Ich hatte Träume von Würmern, die mich auffressen wollten. Wahrscheinlich hatte ich diese Alpträume aufgrund der Medikamente. Ich lag auf einer Dekubitusmatratze, die sich ständig mit Luft aufgefüllt und wieder entleert hat. Im Traum hatte ich das Gefühl, dass aus dieser Matratze Würmer kämen, die mich auffressen wollten.

Insgesamt steht auch bei Messzeitpunkt 2 und 3 die Medikamenteneinnahme, die auf die Inkorporation eines Objekts hinweisen könnte, im Vordergrund. Im Vergleich nehmen die direkten Hinweise auf die Inkorporation im Verlauf von t₂ und t₃ wieder zu. Die Schilderung der Patientin (7, t₃) zeigt, dass sie durch die Inkorporation ein Objekt einer fremden Person in sich trägt: „Klar, habe ich jetzt einen Teil dieser Person in mir drinnen“.

Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie. Während dieser Aspekt zu den Messzeitpunkten 1 und 3 etwa gleich häufig repräsentiert wird, zeigen sich drei Monate nach der Transplantation die meisten Hinweise darauf, dass *das neue Objekt (Lunge) Teil der Organfamilie* ist. Zwei Wochen nach der Operation (t₁) wird der Aspekt überwiegend direkt dargestellt, etwa, wenn die Patienten schildern, dass die Lunge Teil der Organfamilie ist:

Patient 18 (t₁): Gehört auch hier hin [Patient legt blauen Kreis]. Es ist für mich auch klar, dass die neue Lunge mich sehr stark beschäftigt. Sie wurde ein Teil von mir. Von dem her gehört zu mir. Deshalb würde ich sie auch sehr nahe zu mir hinlegen.

I: Was für Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf in Bezug auf die neue Lunge?

P: Man hat in der letzten Zeit einiges gelesen. Zum Beispiel von einer jungen Dame, die nach einer Lungentransplantation an einem Lungenkrebs gestorben ist. Also, es gibt schon gewisse Dinge. Aber ich hoffe, dass der Spender gesund war und dass diese Lunge es entsprechend noch lange mitmacht.

Ja, wie soll ich sagen. Sie wurde ein Teil von mir. Und ich bin froh, dass sie gut funktioniert.

Zwei Patienten verneinen die Vorstellung, dass die Lunge etwas Fremdes ist, was die Schilderung von *Patientin 15* (t_1) veranschaulicht:

Die habe ich von Anfang an als meine eigene adoptiert. Sie hat sogar einen Namen. Und ja, ich habe die in mir drinnen. Sie ist bereits ein Teil von mir. Ich empfinde sie überhaupt nicht als Fremdkörper. Sondern eben, ich habe sie voll und ganz adoptiert. Das ist jetzt meine Lunge und die gebe ich nicht mehr her.

Verschoben wird der Mitgliedsgedanke bei zwei Patienten durch den Bericht von Obstipation deutlich, was der folgende Bericht verdeutlicht:

Patientin 36 (t_1): Aber am sensibelsten bin ich mit der Verdauung. Es macht mir Angst, wenn ich verstopft bin und nicht richtig auf Toilette gehen kann oder, dass ich etwas Falsches essen und ich deshalb unter Verdauungsstörungen leide.

Sobald die meisten Patienten aus dem Krankenhaus entlassen wurden (t_2) zeigt sich nicht nur quantitativ durch die vermehrte Darstellung, sondern auch inhaltlich ein neues Bild. Lediglich ein Patient berichtet davon, dass die neue Lunge als ein neues Objekt in seine Organfamilie *passt*:

Patient 37 (t_2): Erstmal positive Gefühle, dass die Lunge passt. Die Transplantation hat so weit gut funktioniert, ich habe keine Abstoßungsreaktion erfahren. Die Lunge beschäftigt mich halt täglich, weil ich Therapie habe. Aber es passt, ja.

I: Was sind positive Aspekte in Bezug auf das neue Organ?

P: Die neue Lunge funktioniert viel besser als die alte. Von Anfang an hatte ich das Gefühl, dass die neue Lunge passt. Ich hatte nie das Gefühl, etwas Fremdes in mir zu tragen. Ja, ich habe wirklich das Gefühl, alles passt zusammen.

Vielmehr berichten Patienten beim zweiten Erhebungszeitpunkt von der Angst, dass das neue Objekt *nicht* mehr Teil der Organfamilie ist und der Unsicherheit, wie „lange die Lunge hält“ (*Patient 17*, t_2). Dass die Patienten unter der Vorstellung leiden, dass die Lunge nicht mehr Teil der Organfamilie sein könnte, zeigt sich bei zwei Patienten verschoben durch den Bericht von Diarrhoe, was als manifester Gehalt für das Ausscheiden von Objekten stehen könnte: „Ich leide unter Bauchschmerzen und unter dünnem Stuhlgang“ (*Patientin 33*, t_2).

Ein halbes Jahr nach der Transplantation nehmen die Hinweise, dass *das neue Objekt Teil der Organfamilie ist*, wieder ab. Hinweise auf eine Sorge, dass das neue Objekt *nicht* mehr Teil der Organfamilie lassen sich nur vereinzelt finden. Im Gegensatz dazu, finden sich mehr Berichte darüber, dass die Lunge Teil der Organfamilie ist. Die Patientin schildert, dass sie und die Lunge super zusammenpassen würde und die Lunge nun – als neues Körperteil in der Organfamilie – zu ihr gehöre:

Patientin 31 (t3): Die neue Lunge nimmt einen zentralen Platz in meinem Leben ein. Ich habe die Lunge total akzeptiert, sie gehört nun zu mir. Ich bin jeden Tag dankbar, dass ich die neue Lunge habe. Ich finde, die Lunge passt super zu mir, sogar sehr gut, habe ich das Gefühl.

Ein Patient (19, t₃) berichtet zudem, dass er sein Leben nach der Lunge, die Teil seiner Organfamilie ist, ausrichte: „Und die Lunge gehört auch zu mir und ist ein Teil von mir. Ich lebe auch sehr bewusst nach der Lunge“.

Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung). Während die Hinweise auf diesen Aspekt von t₁ zu t₂ zunehmen, zeigt sich eine deutliche Abnahme der Hinweise zu Zeitpunkt 3. Während das Verhältnis direkter und indirekter Hinweise auf den *Transplantationskomplex* beim ersten Erhebungszeitpunkt ausgeglichen scheint, wird er drei Monate nach der Transplantation überwiegend direkt präsentiert. Ein typisches Beispiel für einen indirekten Hinweis einer Identifizierung stellt etwa der Traumbericht eines Patienten dar, der mit seiner Partnerin in eine neue Wohnung gezogen ist. Ein direktes Beispiel zeigt der Bericht eines Patienten, der sich auf Grund der Aussagen einer Schweizer Regierungsrätin Gedanken über eine mögliche Identifizierung mit dem Spender macht:

Patient 34 (t₂): Dass der Tote im Empfänger weiterlebe. Und so einen Spruch aus dem Munde einer Politikerin zu hören verunsichert mich schon (...). Es führt tatsächlich dazu, dass ich mich frage, ob sie recht hat und es tatsächlich so ist? Vielleicht ist es wirklich so, dass ein Toter in mir weiterlebt und ich nun mit zwei Seelen lebe. Eigentlich sage ich nein zu dieser Vorstellung, aber momentan bringen mich solche Stimmen, wie die von Frau [Name] ins Schwanken (...). Mir gehen solche philosophisch - ethische Fragen durch den Kopf, wie zum Beispiel, ob ein toter Mensch in einer bestimmten Form in einer anderen Person weiterleben kann? (...) Und wenn das tatsächlich so wäre, ist das schon extrem.

Sechs Monate postoperativ wird der Aspekt, dass der *Empfänger der Spender ist (Identifizierung)*, kaum präsentiert. Neben dem Bericht von übernommenen Eigenschaften, wie dem Fahrstil bei Motorradfahren (*Patient 20, t₃*), oder der Vorstellung einer Verwandtschaft mit dem Spender (*Patient 04, t₃*), berichtet eine Patientin, dass sich das Schicksal von der Spenderin ihr gekreuzt haben (*Patientin 38, t₃*).

5.5 Ergebnisse Fragestellung 5: Zusammenhang Transplantationskomplex und EQ-5D

Tabelle 10 zeigt die Mittelwerte und die Standardabweichung des EQ-5D und der einzelnen Codes des Transplantationskomplexes zu den drei Messzeitpunkten (t_1 - t_3).

Tabelle 10

Deskriptive Statistik Fragestellung 5: Zusammenhang Transplantationskomplex und gesundheitsbezogene Lebensqualität

	t_1		t_2		t_3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Transplantationskomplex</i>	5.84	3.04	4.03	1.97	4.58	2.57
EQ-5D	63.68	21.98	84.21	15.35	86.31	14.78

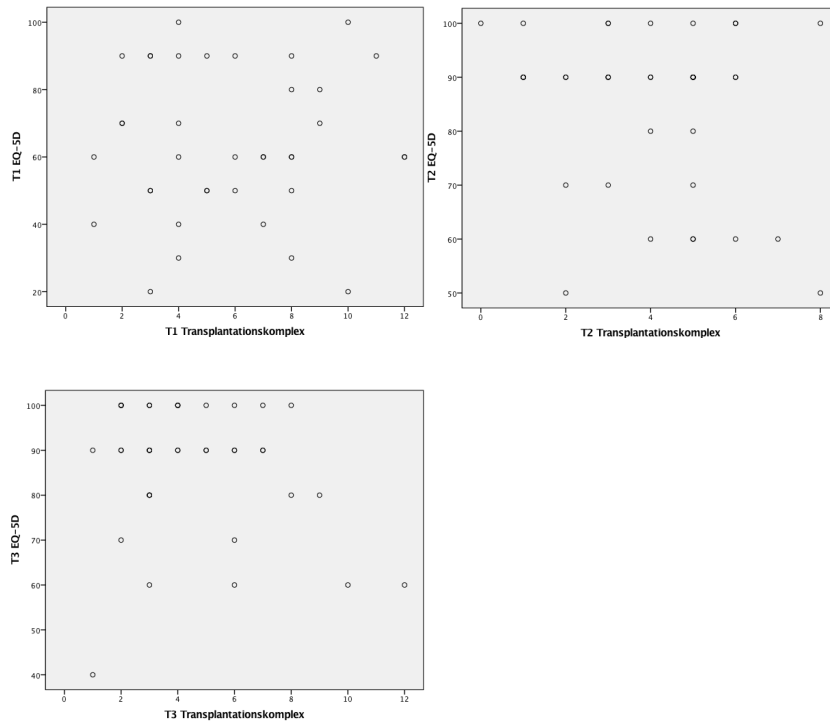
Anmerkung. Beim *Transplantationskomplex* handelt es sich um ein qualitatives Maß, welches nicht durch die Berechnung eines Scores abgebildet werden kann. Je höher der Wert, desto häufiger wird der *Transplantationskomplex* von den Patienten dargestellt. Der maximal zu erreichende Wert beim EQ-5D beträgt 100. Ein Score von 0 Punkten bildet den schlechtesten und ein Score von 100 Punkten den bestmöglichen Gesundheitszustand ab.

Wie Tabelle 10 zeigt, verhalten sich die Werte des Transplantationskomplexes und die Werte des EQ-5D zu den drei Erhebungszeitpunkten in Ausprägung und Verlauf unterschiedlich zueinander. Während die Mittelwerte des Transplantationskomplexes von t_1 zu t_2 abnehmen und von t_2 zu t_3 wieder zunehmen, zeigt sich beim EQ-5D vom ersten hin zum dritten Messzeitpunkt insgesamt ein Anstieg der Mittelwerte und somit auch eine Verbesserung der Lebensqualität.

Der Zusammenhang zwischen dem *Transplantationskomplex* und dem EQ-5D wird zunächst graphisch in Streudiagrammen dargestellt (siehe Abbildung 10). Aus den Diagrammen kann entnommen werden, dass zu allen drei Messzeitpunkten kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen besteht und diese stochastisch unabhängig voneinander sind.

Abbildung 10

Streudiagramme Fragestellung 5: Zusammenhang Transplantationskomplex und gesundheitsbezogene Lebensqualität



Anmerkung. Die Werte des EQ-5D beziehen sich auf den quality of life score (0-100), der Transplantationskomplex bezieht sich auf die Häufigkeiten aller sieben Aspekte.

Um mögliche Zusammenhänge zwischen den Variablen analytisch zu überprüfen, wird Kendall's Tau herangezogen. Es besteht nach analytischer Überprüfung keine signifikante positive Korrelation zwischen dem EQ-5D und dem *Transplantationskomplex* zu t_1 ($r_\tau = .045$; $p = .719$). Beim zweiten Messzeitpunkt ($r_\tau = -.130$; $p = .323$) sowie beim dritten Messzeitpunkt ($r_\tau = -.094$; $p = .471$) besteht kein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem qualitativen und dem quantitativen Maß. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass es sowohl zwei Wochen, drei Monate sowie ein halbes Jahr nach der Lungentransplantation keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem EQ-5D und den quantitativen Häufigkeitswerten des *Transplantationskomplex* gibt.

5.5.1 Weitere Ergebnisse Fragestellung 5: Zusammenhang Transplantationskomplex und EQ-5D

Es wurde überprüft, ob der *Transplantationskomplex*, im Hinblick auf die einzelnen Aspekte, in einem Zusammenhang mit der Lebensqualität (EQ-5D) steht. Bei dem Aspekt, dass der *Spender getötet wird*, zeigt sich zu allen drei Messpunkten keine signifikante negative Korrelation ($t_1: r_\tau = -.085; p = .525; t_2: r_\tau = -.261; p = .071; t_3: r_\tau = -.148; p = .303$). Auch bei dem Aspekt, dass *Objekte in den Körper dringen (Inkorporation)* zeigt sich zu Messzeitpunkt 1 keine signifikante positive ($t_1: r_\tau = .207; p = .109$) und zu Messzeitpunkt 2 und 3 ($t_2: r_\tau = -.110; p = .436; t_3: r_\tau = -.047; p = .731$) keine signifikante negative Korrelation. Der Aspekt, dass *das neue Objekt (Lunge) Mitglied* ist, steht in keinem signifikanten negativen Zusammenhang zu t_1 ($r_\tau = -.070; p = .614$). Ferner zeigt sich bei diesem Aspekt keine signifikante positive Korrelation mit der Lebensqualität bei Messzeitpunkt 2 und 3 ($t_2: r_\tau = .124; p = .383; t_3: r_\tau = .206; p = .151$). Der Aspekt der *Empfänger ist der Spender (Identifizierung)* steht zu allen drei Messzeitpunkten in keinem signifikanten positiven Zusammenhang mit dem EQ-5D ($t_1: r_\tau = .207; p = .143; t_2: r_\tau = .014; p = .925; t_3: r_\tau = .030; p = .843$). Zu Messzeitpunkt 1 und 2 zeigt sich keine signifikante negative Korrelation zwischen dem Code der *Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers* und dem EQ-5D ($t_1: r_\tau = -.070; p = .608; t_3: r_\tau = -.055; p = .703$). Ferner gibt es keinen signifikanten positiven Zusammenhang zu Messzeitpunkt 2 ($t_2: r_\tau = .151; p = .295$). Der Code der *Körper wird aufgebrochen* steht in keinem signifikanten negativen Zusammenhang mit dem EQ-5D zu Messzeitpunkt 1 ($r_\tau = -.020; p = .890$) und in keinem signifikanten positiven Zusammenhang zu Messzeitpunkt 3 ($r_\tau = .000; p = .100$). Beim zweiten Messzeitpunkt finden sich insgesamt keine Hinweise auf den Aspekt *der Körper wird aufgebrochen*, weshalb die Aussage der Korrelation nicht aussagekräftig ist.

Es zeigt sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt ein signifikanter negativer Zusammenhang mit der Lebensqualität und dem Aspekt, dass *das neue Objekt (Lunge) ausgestoßen werden kann* ($t_2: r_\tau = -.364; p = .010$). Zu Messzeitpunkt eins und drei zeigt sich keine signifikante negative Korrelation ($t_1: r_\tau = -.004; p = .979; t_3: r_\tau = -.229; p = .099$).

5.6 Ergebnisse Fragestellung 6: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz

Tabelle 11 zeigt, dass sich die Werte des *Transplantationskomplexes* und die Werte der selbstdeklarierten Adhärenz zu den drei Messzeitpunkten unterschiedlich verhalten. Die Adhärenz steigt in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten an. Der kontinuierliche Anstieg der Werte zeigt sich beim *Transplantationskomplex* nicht. Die Angaben zum *Transplantationskomplex* mit seinen sieben Aspekten nehmen von t_1 zu t_2 ab und nehmen von t_2 hin zu t_3 wieder zu.

Tabelle 11

Deskriptive Statistik Fragestellung 6: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz

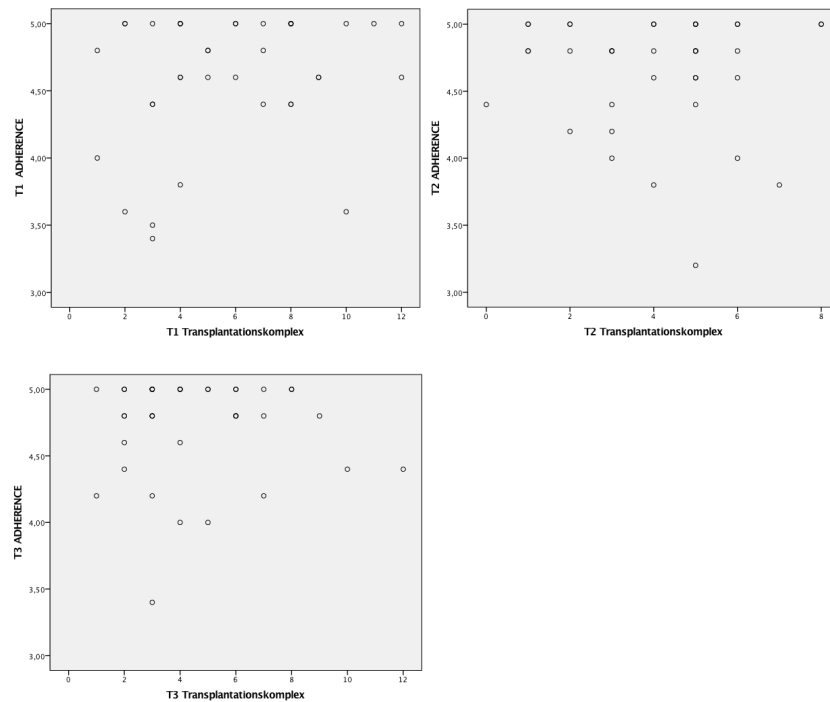
	t_1		t_2		t_3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Transplantationskomplex</i>	5.84	3.04	4.03	1.97	4.58	2.57
Adhärenz	4.61	.48	4.64	.43	4.72	.38

Anmerkung. Beim *Transplantationskomplex* handelt es sich um ein qualitatives Maß, welches nicht durch die Berechnung eines Scores abgebildet werden kann. Je höher der Wert, desto häufiger lässt sich der *Transplantationskomplex* bei den Patienten identifizieren. Der maximal zu erreichende Wert der Adhärenz (TxEQ-D) beträgt 5. Der niedrigste Skalenwert, der bei diesem Item zu erreichen ist, beträgt 1. Je höher die Werte, desto eher liegt eine Übereinstimmung zwischen Patient und Behandlungsteam, hinsichtlich der Medikamenteneinnahme, vor.

Zur Überprüfung des Zusammenhangs im Zeitverlauf wurden zunächst Streudiagramme erstellt, die aus Abbildung 11 entnommen werden können. Dabei zeigt sich nach graphischer Überprüfung, dass zu allen drei Messzeitpunkten kein linearer Zusammenhang zwischen dem *Transplantationskomplex* und der Adhärenz besteht und diese stochastisch unabhängig voneinander sind.

Abbildung 11

Streudiagramme Fragestellung 6: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz



Anmerkung. Die Werte der Adhärenz beziehen sich auf den Skalenwert des TxEQ-D und die Werte des *Transplantationskomplexes* auf die Häufigkeiten aller sieben Aspekte.

Neben der graphischen Darstellung zeigt sich auch nach analytischer Überprüfung (Kendall's Tau) kein statistisch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem *Transplantationskomplex* und der Adhärenz zu t_1 ($r_\tau = .173$; $p = .172$), zu t_2 ($r_\tau = .009$; $p = .947$) als auch zu t_3 ($r_\tau = .005$; $p = .968$). Insgesamt stehen die Adhärenz und der *Transplantationskomplex* zu den drei postoperativen Erhebungszeitpunkten in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang.

5.6.1 Weitere Ergebnisse: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz

Aus erwähnten Gründen scheint es auch an dieser Stelle von Interesse, die einzelnen Aspekte des *Transplantationskomplexes* gesondert darzustellen, um zu überprüfen, ob diese mit der Adhärenz der Patienten im Zusammenhang stehen. Es zeigt sich kein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Aspekt, dass *das neue Objekt (Lunge) wieder ausgestoßen werden kann* und der Adhärenz zu Messzeitpunkt 1 und 3 (t_1 : $r_\tau = .069$; $p = .611$; t_3 : $r_\tau = .004$; $p = .978$) und keine

signifikante negative Korrelation zu Messzeitpunkt 2 ($r_{\tau} = -.083$; $p = .549$). Bei Messzeitpunkt 1 steht der Aspekt, dass *der Spender getötet wird* in keinem signifikanten positiven Zusammenhang (t_1 : $r_{\tau} = .002$; $p = .989$) und bei Zeitpunkt 2 und 3 in keinem signifikanten negativen Zusammenhang mit der Adhärenz (t_2 : $r_{\tau} = -.200$; $p = .158$; t_3 : $r_{\tau} = -.132$; $p = .357$). Zu Messzeitpunkt 1 und 2 zeigt sich keine signifikante positive Korrelation (t_1 : $r_{\tau} = .112$; $p = .401$; t_2 : $r_{\tau} = .209$; $p = .131$) und keine signifikante negative Korrelation zu Erhebungszeitpunkt 3 zwischen dem Aspekt, dass *Objekte in den Körper dringen* und der Adhärenz (t_3 : $r_{\tau} = -.019$; $p = .889$). Der *Spender ist Teil der Innenwelt* steht in keinem signifikanten positiven Zusammenhang zu Messzeitpunkt 1 und 3 (t_1 : $r_{\tau} = .049$; $p = .729$; t_3 : $r_{\tau} = .137$; $p = .342$) und in keinem signifikanten negativen Zusammenhang zu Messzeitpunkt 2 (t_2 : $r_{\tau} = -.141$; $p = .323$). Bei dem Aspekt, dass der *Empfänger der Spender (Identifizierung)* ist, zeigt sich zu den ersten beiden Messzeitpunkten keine signifikante negative (t_1 : $r_{\tau} = -.071$; $p = .630$; t_2 : $r_{\tau} = -.112$; $p = .445$) und zum dritten Messzeitpunkt keine signifikante positive Korrelation (t_3 : $r_{\tau} = .103$; $p = .491$). Zu Messpunkt eins und drei zeigt sich keine signifikante negative Korrelation zwischen dem Aspekt, dass *der Körper aufgebrochen wird* und der Adhärenz (t_1 : $r_{\tau} = -.029$; $p = .845$; t_2 : $r_{\tau} = -.042$; $p = .782$). Da es zu Messzeitpunkt 2 keine Hinweise auf den Aspekt, dass *der Körper aufgebrochen wird*, gibt, ist die Berechnung der Korrelation nicht aussagekräftig.

Es zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Adhärenz und dem Aspekt, dass *das neue Objekt (Lunge) Mitglied der Organfamilie ist* zu t_1 ($r_{\tau} = .341$; $p = .016$) und zu t_2 ($r_{\tau} = .342$; $p = .014$). Zu Messzeitpunkt 3 zeigt sich keine signifikante positive Korrelation (t_3 : $r_{\tau} = .145$; $p = .313$).

6 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, der psychischen Verarbeitung einer Lungentransplantation ein tieferes Verständnis entgegenbringen zu können. Dabei wurde der Frage nachgegangen, in welcher Form der *Transplantationskomplex* inhaltlich und geschlechtsspezifisch nach der Transplantation aktualisiert wird. Zu untersuchen galt es, ob das von Götzmann und Kollegen (2019a) aufgestellte Konzept in Zusammenhang mit der Lebensqualität oder der Adhärenz der Patienten steht. Ferner wurde überprüft, ob sich die unbewussten Phantasien auf psychosomatischer Ebene (*Achse der psychosomatischen Totalität*) abspielen und einordnen lassen. Um diese Fragestellungen zu untersuchen, wurden ein qualitatives Maß (postoperative Interviews mit lungentransplantierten Patienten) und zwei weitere quantitative Maße (EQ-5D, TxEQ-D) herangezogen.

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse diskutiert. Inwieweit die Ergebnisse mit Vorbehalt interpretiert werden sollten, wird im anschließenden Kapitel dargestellt. Aus den Ergebnissen und aus den Limitationen der vorliegenden Arbeit werden anschließend Implikationen für Praxis und Forschung abgeleitet.

6.1 Interpretation der Ergebnisse

6.1.1 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 1: Co-Occurrence-Analyse des Transplantationskomplexes mit der Achse der psychosomatischen Totalität

Die Ergebnisse zeigen, dass der *Transplantationskomplex* überwiegend in der *imaginären Zone* eingebettet ist und sich lediglich zwei Aussagen am *organischen Pol* verorten lassen. Die Verknüpfung des *Transplantationskomplexes* mit der *imaginären Zone* steht im Einklang mit den Ergebnissen der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019). In dieser konnte konstatiert werden, dass sich der *Transplantationskomplex* bei über der Hälfte der Hinweise mit einem *imaginären Denkstil* verknüpfen lässt. Für die Verarbeitung des *Transplantationskomplexes* bedeutet dies, dass dieser in einer überwiegend *imaginären* Weise verarbeitet wird. Die Annahme Lacans, dass das gesamte *Imaginäre* mit dem Körperlichen in Verbindung gesetzt werden kann (Nemitz & Will, 2017), kann durch das vorliegende Ergebnis bestätigt werden, da

das *Imaginäre* mit dem Körperlichen, in Form einer Lungentransplantation, verknüpft werden kann. Kurz gesagt ist die psychische Integration der Lunge ein imaginärer Akt bzw. ein Akt des Imaginären.

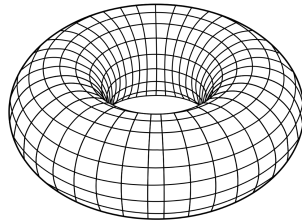
Während bei dem *imaginären Denkstil* die unmittelbare Verknüpfung mit dem Körperlichen nicht zwingend notwendig ist, ist das Zusammenspiel von Soma und Psyche innerhalb der *imaginären Zone* untrennbar, da die körperliche Erfahrung die psychische Erfahrung inkludiert (Goetzmann et al., 2020). Die körperliche Erfahrung bezieht sich in der vorliegenden Arbeit auf den Prozess einer Lungentransplantation bzw. auf den *imaginär vermittelten Körper* des Empfängers. Der Inhalt der psychischen Erfahrung kann die unbewusste Phantasie (Klein 1930, 1946) darstellen.

Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Annahme Isaacs (1948), welche die Ansicht vertrat, dass sich die unbewusste Phantasie auf körperlicher Ebene zeigen kann. Die körperliche Ebene bezieht sich auf die Körperöffnungen (Klein 1930, 1946), an denen sich die unbewussten Phantasien abspielen – so etwa, wenn lungentransplantierte Patienten von Ausscheidungen (Obstipation, Diarrhoe, Erbrechen, produktiver Husten, Schleimbildung) oder dem Eindringen von Objekten (Lunge, Medikamente, Inkorporation, strikte Ernährungspläne) berichten. Um die Darstellung der unbewussten Phantasie an den Körperöffnungen besser beschreiben zu können, wird die Metapher des Torus von Lacan (1961, 1962) herangezogen (vgl. Nemitz, 2019)⁵. Lacan schlägt vor, sich „den Körper im *Imaginären* nicht als Sphäre, sondern als Torus“ vorzustellen (Nemitz, 2019, S. 14). Die Gestalt des Torus ist wulstartig und gleicht der eines Rettungsringes mit einer Mündung und einer Endung. Wird nun die Idee von Klein, dass sich die unbewusste Phantasie an den Körperöffnungen abspielen, mit der von Lacan verknüpft, kann davon ausgegangen werden, dass das Torusmodell den gesamten *Transplantationskomplex* abbildet – Das Objekt (Spender, Lunge) dringt durch die Mündung in den Torus, bleibt im Torus und findet sich durch die (phantasierte) Abstoßung des Organs wiederum an der Endung des Torus wieder. Abbildung 12 veranschaulicht das Torusmodell.

⁵ Weitere Ausführungen, inwieweit sich die vorliegenden Ergebnisse mit Lacans Graphik des Torus verknüpfen lassen, finden sich in einem eingereichten Paper: Goetzmann, L., Eichenlaub, M., Benden, C., Boehler, A., Grytska, O., Hesse, K., Jenewein, J., Ruettner, B., Seiler, A., Wutzler, U., Wittmann, L. (2021). Torus, Demand and Desire: Towards a Psychosomatic Structure of the Lung Transplantation, Manuskript zur Publikation eingereicht (*International Journal of Psychoanalysis*)

Abbildung 12

Die Einbettung des Transplantationskomplexes innerhalb eines Torus



Quelle. Bild Torus: <https://de.cleanpng.com/png-kwk1fp/>.

Der psychische Schmerz, der möglicherweise durch die düsteren unbewussten Phantasien entstanden ist, kann auch mit dem körperlichen Schmerz lungentransplantierte Patienten verknüpft werden. Auf Basis dieser möglichen Zusammenhänge wird die Bedeutsamkeit des *Transplantationskomplexes* gefestigt und klinisch gerechtfertigt. Durch die Verknüpfung des *Transplantationskomplexes* mit dem *imaginär vermittelten Körper*, wird die Annahme untermauert, dass es sich bei der unbewussten Phantasie um eine sehr frühe, vorsprachliche, archaische Vorstellung handelt. Der Ursprung dieser Phantasien ist nicht bewusst und noch nicht mental präsentiert, da er sich womöglich in den Körpervorgängen abspielt (vgl. Isaac, 1948), was durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigt werden konnte.

Besonders die körpernahen Erfahrungen spielen bei lungentransplantierten Patienten eine große Rolle. Die Lungentransplantation kann als Knotenpunkt gesehen werden, der die lebenslange „Reorganisation und Umstrukturierung“ unbewusster Phantasien (vgl. Isaac, 2016; Weiss, 2013, S. 915) bedingt. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass das Behandlungsteam den Patienten bei dieser Reorganisation unterstützen sollte. Die Vielzahl der Körpersymptome lungentransplantierte Patienten könnten innerhalb einer prä- bzw. posttransplantären psychologischen Behandlung miteinbezogen werden, um so zu „den frühen präverbalen Erfahrungen“ (Ruettnner et al., 2015, S. 723) der Patienten zu gelangen. Für die Reorganisation und Umstrukturierung der Phantasien, sollte der *Transplantationskomplex* mit seinen einzelnen sieben Aspekten genauer untersucht werden. Wird die Verknüpfung des *Transplantationskomplexes* innerhalb der *imaginären Zone* analysiert, ergibt sich folgendes Bild:

Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefrisst (Inkorporation). Dieser Aspekt des *Transplantationskomplexes* sollte besondere Beachtung finden. Nicht nur, weil dieser doppelt so häufig mit der *imaginären Zone* verknüpft wird, sondern auch, weil er, im Gegensatz zu den anderen sechs Aspekten, zweimal mit dem *organischen Pol* auftritt. Durch die Verknüpfung mit der *imaginären Zone*, beinhaltet der Bericht über die körperlichen bzw. medizinischen Aspekte, wie der Medikamenteneinnahme oder dem Spritzen von Insulin, womöglich die psychische Erfahrung der Patienten. Die psychische Erfahrung kann sich auf die gestohlenen Inhalte des Anderen (Mutter bzw. Spender) beziehen, die in den Körper des Empfängers eindringen und inkorporiert werden. Werden die Konzeptualisierungen von Klein (1930, 1946) und Lacan (1961, 1962) miteinander verknüpft, ist es der gestohlene Inhalt (Lunge) der Mutter bzw. des Spenders, der sich an der Mündung des Torus verorten lässt.

Durch das Eindringen des (gestohlenen) Objekts (Lunge) in den Torus, kann sich der Spender wie die Mutter fühlen, in welcher die gefährlichen Substanzen, in diesem Fall das Spenderorgan, deponiert werden (vgl. Klein, 1930, 1946). Die somatischen Aspekte, wie die Einnahme der überlebenswichtigen Medikamente, werden von den Patienten meist mit intensiven Affekten, wie hohen Belastungen, verbunden (*Imaginäre Zone*). Dabei wird deutlich, dass nur durch das Eindringen des Objekts in den Torus das Überleben gesichert werden kann und deshalb den Lebensmittelpunkt lungentransplantierte Patienten darstellt. Diese Annahme konnte durch die Studie von Seiler und Kollegen (2016a) bestätigt werden. Die subjektiv wahrgenommenen Belastungen können darauf zurückgeführt werden, dass durch die Inkorporation von Objekten, wie der Lunge oder der Medikamente, Verschmelzungsängste mit dem bedrohlichen Objekt reaktiviert werden können (Brosig & Woidera, 1993; Castelnovo-Tedesco, 1973; Neukom et al., 2011). Durch diese Phantasien kann der Wunsch entstehen, das Objekt wieder aus dem Torus auszuscheiden, was bei dem Aspekt *das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden* vertiefend dargestellt wird.

Die Belastungen durch das Eindringen von Objekten werden durch die zwei Verortungen des Aspekts am *organischen Pol* deutlich. Dadurch, dass der Patient schildert, dass das Inhalieren Atemnot (Kreislaufbeschwerden) auslöst, kann durch das aufgeführte Zitat angenommen werden, dass jene durch Stress bzw. unzugängliche Traumata, beeinflusst worden sind. Diese können womöglich im Zusammenhang

mit der unbewussten Phantasie (z.B. Ängste, Bedrohungen) stehen. Bei dem angeführten Zitat berichtet der Patient davon, dass die Inhalation Atemnot auslöst und er auf Grund des Kratzens im Hals Ekel erlebt und deswegen die Inhalation auslassen muss. Der Ekel als manifester Gehalt könnte darauf hinweisen, dass der Patient kein fremdes, gestohlenen Objekt inkorporieren möchte. Durch das Auslassen der Inhalation wird ein Eindringen in den Torus verhindert. Auf Grund dieser Phantasie kann ein Ungleichgewicht zwischen Soma und Psyche bedingt werden, was sich dann beispielsweise in Form von non-adhärentem Verhalten zeigen kann (vgl. Kapitel 6.1.9).

Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden. Bei diesem Aspekt des *Transplantationskomplexes* wird deutlich, dass viele der Patienten von großen Anstrengungen, Sorgen und Ängsten berichten. Diese Angst kann sich neben Todesängsten (vgl. Lefebvre & Crombez, 1972; Kirsch et al., 2003) auch auf die Reaktivierung von frühkindlichen Ängsten (vgl. Brosig & Woidera, 1993; Goetzmann, 2004; Huttner et al., 2001; Lefebvre & Crombez, 1972) beziehen. Die möglicherweise reaktivierten frühkindlichen Ängste können sich darauf konzentrieren, dass der Patient durch die Transplantation die erworbene körperliche Unabhängigkeit verliert und sich so auf frühkindliche Entwicklungsstufen rückversetzt fühlt. Durch das angeführte Zitat wird vor allem die erlebte körperliche Abhängigkeit vom Pflegepersonal deutlich, da der Patient von schlimmen Durchfall berichtet, den er selbst nicht kontrollieren kann und läuten muss, damit das Pflegepersonal ihm hilft. Es zeigt sich, dass der Patient diese Abhängigkeit als belastend erlebt. Das Bild des eigenen (neuen) Körpers kann so durch die quälende Vorstellung einer Abhängigkeit, von einem bedrohlich erlebten Objekt, beeinflusst werden. Die Todesängste können mit Hilfe der Theorie Kleins (1930, 1946) erklärt werden, bei der sich der Empfänger des Transplantats wie die Mutter fühlt, die ihrer kostbaren Inhalte beraubt wird und so zerstört wird.

Der direkte Bericht über die erfolgte oder die befürchtete Abstoßung des Organs sowie der indirekte Bericht, in Form von Auswurf oder Diarrhoe, können den psychischen Verlust eines Objektes darstellen. Dieser Verlust kann, analog zur Objektbeziehungstheorie, darauf hinweisen, dass das gefährliche Objekt (Transplantat) ausgestoßen wird, um es dann wiederrum in der Mutter bzw. in dem Spender zu deponieren. Dieses Ausstoßen des neuen Objekts (Lunge) stellt somit das Ende

des Torus dar, obwohl es für das eigentliche Überleben im Torus inkorporiert und in die Organfamilie integriert werden sollte.

Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie. Bezugnehmend auf den vorherigen Aspekt kann sich der psychische Schmerz nicht nur auf die Inkorporation beziehen, sondern auch auf die Tatsache, nun Besitzer des gestohlenen Objekts zu sein, welches Mitglied des eigenen Körpers ist. Dieser psychische Schmerz, ausgelöst durch die Einverleibung im Sinne Kleins (1930, 1946), kann dann wiederum den körperlichen Schmerz darstellen und mit diesem identisch sein. Die Verletzung bzw. der körperliche Schmerz kann sich auf die Verletzung des gewohnten Körperschemas (Brosig & Woidera, 1993) durch den komplexen medizinischen Eingriff beziehen. Das gewohnte imaginäre Körperschema wiederaufzubauen und das neue Objekt in die Organfamilie zu integrieren, nimmt einen zentralen Platz im Leben der Patienten ein, der mit einer lebensgeschichtlichen Wandlung einhergehen kann.

Der medizinische Bericht über die Integration des neuen Objekts in den Körper kann auch psychisch gemeint sein, was vor allem bei den identifizierten indirekten Hinweisen auf den Aspekt deutlich wird. Der häufige Bericht über Obstipation kann nicht nur körperlich gemeint sein, sondern auch auf die psychische Vorstellung des Mitgliedsgedankens, im Sinne einer Verschiebung, verweisen. Dabei kann die Vorstellung, das gestohlene Objekt in die eigene Organfamilie zu integrieren, als bedrohlich wahrgenommen werden und deshalb lediglich indirekt präsentiert werden.

Der Bericht über die körperlichen Beschwerden (Obstipation) lässt sich auch als Symptom der Angst (vgl. Faust, 1999; Heckhausen, 1989) verstehen. Die Angst kann z.B. durch die düstere und dunkle Vorstellung (analog der Objektbeziehungstheorie) entstanden sein, nun Besitzer eines geraubten Inhaltes zu sein. Dieser Inhalt kann als Teil der Organfamilie bzw. des Torus verstanden werden.

Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers. Bei den aufgeführten Zitaten der Co-Occurrence-Analyse wird deutlich, dass der Spender durch das gespendete Organ in der Innenwelt des Empfängers verortet wird. Trotz der Tatsache, dass das fremde Organ zwar unterschiedlich benannt wird (z.B. als Lunge oder Fremdkör-

per), beziehen sich die Aussagen auf das Körperliche (komplexer medizinische Eingriff in den Körper durch die Transplantation) bzw. auf körpernahe Erfahrungen, die den Ursprung der kleinianischen unbewussten Phantasie (1930, 1946) darstellen. Dadurch, dass der Spender durch sein gespendetes Organ Teil der Innenwelt des Empfängers wird, kann diese Vorstellung an die Mündung des Torus bzw. im Inneren des Schlauchs, gemäß der Konzeption Lacans, verortet werden.

Die Innenwelt der Patienten wird maßgeblich durch die körperliche Wahrnehmung bestimmt, die im Zusammenhang mit dem gespendeten Organ steht, was sowohl durch die vorliegende Arbeit als auch durch vorangegangene Literatur (vgl. 2.2.4) festgehalten werden kann. Das neue Körperbild, beeinflusst durch die Spenderlunge bzw. allgemein das Körperliche, kann so als Teil des eigenen Selbst erlebt werden. Der medizinische Eingriff kann dadurch vermutlich besser verarbeitet werden und diesem eine Bedeutung zugeschrieben werden (Goetzmann et al., 2007, 2009; Kirsch et al., 2003; Quintin, 2013). Insbesondere durch diese Vorgänge kann die psychische Verarbeitung und die Integration des fremden Spenderorgans positiv beeinflusst werden.

Der Körper wird aufgebrochen. Dieser Aspekt ist lediglich einmal in der *imaginären Zone* eingebettet. Der Vorgang des Aufbrechens des Körpers kann mit konflikthafte oder traumatischen Erfahrungen verknüpft sein (vgl. Verhaeghe, 1998). Die Tatsache, dass der Körper aufgebrochen wird, kann für den Interviewer und den Patienten so unheimlich erscheinen, sodass diesem nicht wertfrei, im Sinne der therapeutischen Haltung (*Epoché* nach Husserl, 1962), entgegengetreten werden kann und eine mögliche Verknüpfung mit dem Körperlichen nicht möglich wird. Die Vorstellung vom Aufbrechen des Körpers, die auf die brutale Sphäre des Realen hinweisen kann, erschien beim Lesen und Auswerten der Interviews sehr belastend. Mögliche Hinweise, dass das Körperliche auch psychisch gemeint sein könnte (*Zone imaginär*), wurden von der Raterin womöglich, z.B. auf Grund einer unbewussten Abwehr, nicht codiert. Die Abwehr dieses Aspektes seitens Interviewer, Rater oder Patient kann dabei beispielsweise durch die Reaktualisierung von Schuldgefühlen (vgl. Goetzmann et al., 2009) bedingt worden sein. Das Gleichgewicht zwischen Körper und Psyche wird gestört, weshalb sich dieser Aspekt womöglich nicht in der *imaginären Zone* abspielen kann. Diese Tatsache kann dadurch

untermauert werden, dass dieser Aspekt generell sehr wenig identifiziert werden kann (Eichenlaub, 2019; Eichenlaub et al., 2021).

Bei dem angeführten Zitat wird davon berichtet, dass die Narbe und die Rippe schmerzen. Der Patient führt die Schmerzen auf das *Aufbrechen des Körpers* zurück. In diesem körperlichen Erleben, welches durch den Schmerz der Narbe und der Rippen präsentiert wird, kann wiederum das Psychische präsent sein. Der Schmerz des Körperlichen kann auf den psychischen Schmerz hinweisen. Letzterer kann vermutlich durch die Vorstellung einer gewaltsamen Öffnung des eigenen Körpers bzw. dem der Mutter entstanden sein. Auch der Vorgang des *Rippen-Brechens*, als medizinischer und operativer Vorgang bzw. als körperliche Verletzung, könnte dabei auf den psychischen Schmerz oder das Trauma hinweisen. Dabei kann dieser sich auf die Annahme von Lefebvre und Crombez (1972) beziehen, bei dem dieser Aspekt als eine Art Bedrohung verstanden wird. Die Bedrohung könnte sich auf die unbewusste Phantasie beziehen, bei denen Vorgänge wie Zerstückeln und Zerreißen und somit auch ein körperliches Aufbrechen berichtet werden und mit erhöhter Belastung einhergehen (vgl. Klein, 1930, 1946).

Der manifeste Gehalt, dass die Rippen gebrochen werden mussten, können analog der Theorie Kleins auf den ganzen Körper übertragen werden (Klein, 1946), der auf oral-sadistische Weise angegriffen wurde. Das Brechen kann darauf hindeuten, dass etwas als nicht mehr zusammenhängend erlebt wird und so Einfluss auf die psychische Struktur des Patienten nimmt. Die Fähigkeit, sich als nicht mehr zusammenhängend wahrzunehmen, macht bei lungentransplantierten Patienten durch den Austausch von Organen einen plausiblen Eindruck. Da es sich um einen einzelnen Hinweis handelt, sind die Äußerungen nicht aussagekräftig genug, um sie zu verallgemeinern. Dafür sollten sie einer erneuten Analyse (mit dem Patienten) unterzogen werden.

Der Spender wird getötet. Neben möglichen methodischen Gründen, dass eine mögliche Verknüpfung des Körperlichen auf Grund einer Abwehr nicht identifiziert werden konnte (siehe vorherigen Aspekt *der Körper wird aufgebrochen*), können es auch inhaltliche Gründe sein, weshalb diese Verknüpfung nicht auftritt. Der Tod des Spenders scheint für den Empfänger als äußeres Objekt nicht zur körperlich-imaginären Welt des Empfängers zu gehören, weshalb diese Vorstellung nicht in dem

Bild des eigenen Körpers integriert ist und die *imaginäre Zone* nicht codiert werden kann.

Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung). Dieser Aspekt lässt sich nicht mit der *imaginären Zone* verknüpfen, da der Aspekt vermutlich nicht primär als körperliche Phantasie verstanden werden kann. Vielmehr scheint die Identifizierung auf mentaler Ebene abzulaufen, so etwa, wenn der Empfänger von übernommenen Charaktereigenschaften des Spenders berichtet – er wird also als äußeres Objekt nicht in der körperlich-imaginären Welt des Empfängers verortet. Die Annahme Lacans, dass das *Imaginäre* mit dem Körperlichen in Verbindung gesetzt werden kann (Nemitz, 2019), kann auch an dieser Stelle bestätigt werden.

Bei Aspekten, die kaum oder wenig mit der *imaginären Zone* abgebildet werden, kann die Idee von Lacan herangezogen werden. Lacan beschreibt in seinem Seminar über das *Sinthom* die Situation, dass der *imaginäre Ring* aus dem borromäischen Knoten, der das *Reale*, das *Symbolische* und das *Imaginäre* umfasst, entgleiten kann. Dieses Entgleiten erfolgt beispielsweise unter dem Druck einer sehr traumatischen Situation. Die psychische Wirklichkeit fällt für einen Moment auseinander (Lacan, 1953; Nemitz & Will, 2017; vgl. Kapitel 2.4.4). Wird z.B. der Aspekt, dass *der Körper aufgebrochen* wird, betrachtet, kann angenommen werden, dass dieser für die Betroffenen stark traumatisch erscheint: Der eigene Körper wird aufgebrochen, um das eigene Organ zu entnehmen und die Lunge eines Toten einzupflanzen. Folglich kann diese Vorstellung einen starken traumatischen Druck ausüben, sodass Soma und Psyche aus dem Gleichgewicht geraten. Der *imaginäre Ring* entgleitet: der *reale* Vorgang kann nicht mehr *imaginär* präsentiert werden, die *imaginäre* Kapazität oder die imaginäre Vorstellungskraft versagt. Der traumatische Druck könnte zusätzlich durch eine Vulnerabilität, z.B. durch frühkindliche Traumata, verstärkt werden. Durch diese Erfahrung kann der Bezug zum *imaginären Körperbild* nicht mehr hergestellt werden, da die Vorstellung, etwa eines *aufgebrochenen Körpers*, zu gefährlich erscheint. Kurz gesagt, entgleitet das *imaginäre Körpergefühl*, da der *Körper aufgebrochen* wurde.

Um mögliche Ansätze für eine psychotherapeutische Begleitung aufzuzeigen, wird die Idee des *Sinthoms* von Lacan aus dem *Seminar 22* (vgl. z.B. Lacan, 2017) herangezogen. Er schlug ein viertes Element vor: Das *Sinthom*, das als *reparierender*

Ring verstanden werden kann und dem Zweck dient, die drei borromäischen Ringe zusammenzuhalten. Synonym werden auch die Begriffe *Symptom* und *Kompensation* verwendet (Nemitz, 2019). Diesem vierten psychischen Element schreibt Lacan die Funktion des Benennenden („*Im Namen des Vaters*“)⁶ zu, der gewissermaßen die symbolische Ordnung gewährleisten soll (Lacan, 2017, S. 189).

Bezugnehmend auf den *Transplantationskomplex* lässt sich postulieren, dass bei Patienten, bei denen der *imaginäre* Ring, der das Körperbild präsentiert, zu entgleiten droht, ein viertes Element („*das Sinthom*“) notwendig ist, um das Entgleiten der Ringe zu verhindern (Lacan, 2017, S. 100). Es sind verschiedene *sinthomale* Maßnahmen denkbar, etwa, dass die künstlerische Kreativität als *Sinthom* wirken kann, wie Lacan anhand von James Joyce beschrieb. Auch bei einem Patienten der vorliegenden Stichprobe zeigt sich die künstlerische Kreativität, da er einen Roman über die Transplantationserfahrungen geschrieben hat. Daraus lässt sich ableiten, dass kreativtherapeutische Ansätze den Zusammenhalt der borromäischen Ringe stärken könnten.

Das Ärzteteam sollte mit dem Patienten über die körperlichen Transplantationserfahrungen sprechen, damit diese psychische Herausforderung bezüglich des Körperbildes mentalisiert und symbolisiert werden kann. Dabei nimmt das behandelnde Ärzteteam mit dem Patienten gemeinsam die Funktion des Benennenden ein. Dadurch käme es im Optimalfall zum Aufbau eines neuen Körperbildes, das durch die Transplantation und durch die traumatische Vorstellung eines *aufgebrochenen Körpers* verletzt worden ist. Das neue Körperbild, das durch die Betreuung des Ärzteteams aufgebaut worden ist, könnte als Reparaturring verstanden werden und so für mehr Stabilität und Gleichgewicht sorgen.

Bei dieser Interpretation wird davon ausgegangen, dass das Entgleiten eines Ringes sich singular auf eine einzige traumatische Vorstellung beziehen kann und nicht die gesamte Persönlichkeit betreffen muss. Hinsichtlich der Lacanschen Metapsychologie kann überlegt werden, ob ein *imaginärer* Reparaturring, der symbolisch

⁶ *Der Name des Vaters* ist eine Metapher für das Verwenden von Sprache und wird in der vorliegenden Arbeit nicht als ausschließlich phallische Eigenschaft verstanden. Das Benennen kann ebenfalls durch die Mutter oder weitere Personen (z.B. Ärzteteam, Pflegepersonal) erfolgen (vgl. Lacan, 1955-1956; Nemitz, 2014).

durch die Benennung gestützt ist, im Zuge einer psychotherapeutischen Verarbeitung den ursprünglichen, instabilen *imaginären* Ring ersetzt und so den borromäischen Knoten vervollständigt (vgl. Lacan, 2017).

Insgesamt sollte exploriert werden, ob diese Aspekte (*der Körper wird aufgebrochen, der Empfänger ist der Spender (Identifizierung) und der Spender wird getötet*) tatsächlich nichts Körperliches darstellen oder Körperlich präsentiert werden. Besonders bei dem Aspekt *der Körper wird aufgebrochen*, der eine körpernahe Erfahrung vermuten lässt, sollte in zukünftigen Studien überprüft werden, ob sich dieser nicht doch in der *imaginären Zone* verorten lässt und so das Bild des eigenen aufgebrochenen Körpers beeinflusst.

6.1.2 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 2: Geschlechtsspezifische Untersuchung des Transplantationskomplexes

Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung wird deutlich, dass der *Transplantationskomplex* im Durchschnitt etwas häufiger von Frauen präsentiert wird als von Männern. Dass der Transplantationskomplex insgesamt von weiblichen Patientinnen etwas häufiger als von Männern erwähnt wird, lässt sich möglicherweise mit dem weiblichen Körperbild erklären, welches durch die Vorstellung von Schwangerschaft, Mutterschaft, Fülle und Verlust, der Integration eines Körpers, der sich von dem eigenen Körper unterscheidet, aber auch des Eindringens und der Grenzverletzung bestimmt ist (vgl. Sammet et al., 2006; Wiebke & Vedder, 2020).

Möglicherweise spielen für Frauen, indem sie sich mit der eigenen Mutter identifizieren, unbewusste Phantasien nicht nur in der Kreativität, sondern auch durch die Verletzung des eigenen Körpers eine größere Rolle als für Männer. Dabei setzen sich lungentransplantierte Patientinnen womöglich eher mit der Mutter bzw. ihren kostbaren Körperinhalten (eigenes Organ, fremdes Organ) gleich, die in der Phantasie nicht nur geliebt, sondern auch „zerbissen, zerrissen, zerschnitten und zerstampft“ (Klein, 1930, S. 36) werden. Männliche Kinder haben wahrscheinlich dieselben positiven wie negativen frühen Phantasien wie Mädchen, sie dürfen sich jedoch weniger als diese mit dem ihrerseits angegriffenen (mütterlichen) Körper identifizieren. Die Angriffe, die sich gemäß Klein vor allem auf die weiblichen Brüste (Stillen) beziehen, könnten auf den ganzen Körper übertragen werden, die gerade

für Transplantationspatienten eine besondere Rolle spielen. Laut der Objektbeziehungstheorie ließe sich der Körper auch als ein Depot verstehen, in dem nicht nur positive Substanzen, wie die nährenden Milch, sondern auch „gefährliche Substanzen“ (Klein, 1946, S. 101) deponiert werden. Bezugnehmend auf die Transplantation könnte es sich bei den gefährlichen Substanzen um die transplantierte Lunge handeln. Dass Frauen den *Transplantationskomplex* etwas häufiger präsentieren, kann darauf zurückgeführt werden, dass sie über körperliche Erfahrungsmuster verfügen (vgl. z.B. Wiebke & Vedder, 2006), die den *Transplantationskomplex* weniger fremd erscheinen lassen. Daraus lässt sich schließen, dass sich der *Transplantationskomplex* ebenfalls mit Themen wie Grenzen bzw. Grenzverletzung befasst, die gerade für Frauen und deren Körperbild eine große Wichtigkeit darstellen. Dies lässt sich generell auf die weibliche Natur und die Schwangerschaft zurückführen, bei denen sich die Frau ebenfalls mit Grenzen, Loslösungs- und Individuationsprozessen auseinandersetzen muss. Sozialpsychologisch gesehen wird der Frau dabei eine Rolle zugeschrieben, bei der sie *etwas* auf die Welt bringen muss. Weiterhin wird von ihr erwartet, sich um fremde Objekte zu sorgen, was zusätzlich durch den angeborenen Mutterinstinkt bedingt sein kann (vgl. Wiebke & Vedder, 2020).

Die Annahme Isaacs (1948), dass sich die unbewussten Phantasien auf körperlicher Ebene bzw. an den Körperöffnungen (Klein, 1930, 1946) abspielen, könnte gerade hinsichtlich des weiblichen Geschlechts erneut herangezogen werden. Neben den oralen und analen Impulsen, wenn von dem Eindringen und dem Ausscheiden von Objekten berichtet wird, kann sich die Körperöffnung bei Frauen auch auf das weibliche Geschlecht beziehen. Wird erneut die Metapher des Torus nach Lacan (1961, 1962, vgl. Kapitel 6.1.1) herangezogen, lassen sich die Öffnungen und Endungen des *imaginären* Torus bei Frauen auf drei verschiedenen Ebenen begreifen: oral, anal und vaginal. Die Objekte können folglich auf drei unterschiedliche Weisen in bzw. aus dem Torus der Frau gelangen und entsprechend präsentiert werden. Gerade in Anbetracht der beiden Aspekte, dass das *neue Objekt (Lunge) ausgestoßen werden kann*, und dass *der Spender Teil der Innenwelt des Empfängers* ist, die bei weiblichen Patienten häufiger identifiziert werden, lassen sich die oben erwähnten Überlegungen bestätigen:

Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden. Der Bericht über das Ausstoßen eines Objekts wird von Frauen häufiger präsentiert als von Männern. Die Aussagen beziehen sich dabei vor allem auf anale und orale Impulse. Diese können sich als manifeste Berichte auf das generelle Ausstoßen eines Objekts beziehen, die ebenfalls auf die vaginale Körperöffnung zurückgeführt werden können. Insgesamt sind bei dem Bericht über orale und anale Impulse Abwehrmaßnahmen erkennbar, da Frauen diese Hinweise auf indirekte Weise darstellen, so etwa, wenn Patientinnen über dünnen Stuhlgang oder Verdauungsbeschwerden berichten. Der Bericht über Verdauungsbeschwerden (z.B. Diarrhoe), als anales Phantasma, kann die Verschiebung erleichtern, um so der Beziehung zum Objekt (neues transplantiertes Organ) nicht zu schädigen. Auch in Anbetracht der langen Wartezeit auf ein Organ scheint diese Vorstellung für Patientinnen, das neue Organ wieder abzustößen, besonders bedrohlich, weshalb es nur mit Hilfe eines Abwehrmechanismus repräsentiert werden kann.

Diese Annahme lässt sich auch auf die oralen Impulse, wie dem Erbrechen, anwenden. Bei dem aufgeführten Zitat, bei dem die Patientin berichtet, dass ihr von der Medikamenteneinnahme übel wird und sie erbrechen muss, wird eine innere Zerrissenheit deutlich. Grund hierfür ist, dass sie auch davon berichtet, dass die Medikamente ihr helfen, dass das Organ nicht abgestoßen wird. Es wird eine Ambivalenz zwischen der Integration und dem Abstoßen des neuen Objekts deutlich, was auf Verhaltensebene, z.B. durch die inkorrekte Medikamenteneinnahme, erhebliche Folgen mit sich bringen kann (vgl. Dew et al., 1998; Goetzmann et al., 2009, 2010). Der Bericht über das Ausstoßen eines Organs kann für Studienteilnehmerinnen akzeptabler sein, als der Bericht über die Integration (*das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie*) eines neuen Organs. Wird weiterhin der Idee nachgegangen, dass das mögliche Einbehalten und Ausstoßen auch auf eine Schwangerschaft hinweisen könnte, sollte erwähnt werden, dass die Schwangerschaft nach einer Lungentransplantation mit erhöhten Risiken verbunden ist und unterbunden werden sollte. Darüber werden die Patientinnen in einem persönlichen Gespräch sowie durch das Informationsblatt des behandelnden Transplantationszentrums in Zürich aufgeklärt (vgl. Informationsblatt Boehler & Weder, 2014). Daraus lässt sich

ableiten, dass die Fusion mit einem Objekt (Lunge) durch den Dritten (Transplantationszentrum) verboten wird und so die Beziehung mit dem Objekt (Lunge), z.B. auf Grund eines virulenten inneren Konfliktes, beeinflussen kann.

Durch den Traumbericht, bei dem die Patientin davon geträumt habe, dass ihre Bezugsperson in ihr Zimmer gekommen sei und ihren zentralen Venenkatheter herausgerissen habe, wird die obige Annahme untermauert. Dabei könnte die Bezugsperson als manifester Gehalt, in diesem Fall für den großen Anderen stehen, der in den intimen Raum, wie dem Krankenhauszimmer, der Patientin eindringt. Das Entfernen des Venenkatheters durch den Dritten, das ein Abstoßen des Organs, aber auch den möglichen Tod der Patienten mit sich bringt, löst dann wiederum die phantasierte dyadische Beziehung zwischen dem neuen Objekt und der Empfängerin auf. Die fremde Lunge kann dabei schon so weit integriert sein, dass die Patientin den Wunsch nach einer engen Beziehung mit dem Transplantat hat, in dem sie mit dem neuen Objekt (Lunge) verschmilzt.

Dass Männer im Durchschnitt seltener davon berichten, dass *das Objekt wieder ausgeschieden* werden kann, könnte sich auf mehrere Gründe zurückführen lassen. Der Aspekt, der generell auf die Thematik des Ausscheidens, in Form einer Geburt, verweisen kann, gehört an sich zur weiblichen und nicht zur männlichen Natur (vgl. Sammet et al., 2006; Wiebke & Vedder, 2006). Der Gedanke ein Objekt auszustoßen, kann für Studienteilnehmerinnen folglich als weniger traumatisch und unheimlich wahrgenommen und so häufiger berichtet werden. Neben den biologischen Faktoren wird Männern auch auf sozialpsychologischer Ebene keine Rolle zugeschrieben, bei der sie *etwas* in sich tragen und es dann ausscheiden bzw. zur Welt bringen (vgl. Wiebke & Vedder, 2020). Die Phantasie, ein Objekt, in Form eines (lebendigen) Körperorgans auszustoßen, erscheint männlichen Patienten vermutlich abstrus und löst womöglich psychotische Ängste aus. Aus diesem Grund kann diese Vorstellung weniger versprachlicht werden, da dieser Aspekt bei Studienteilnehmern auf die brutale Sphäre des Realen hinweisen und so überwiegend auf operative Weise dargestellt werden kann. Weitere Ausführungen, dass Männer die Transplantation als traumatisch erleben, finden sich in Kapitel 6.1.3 wieder.

Ein weiterer Aspekt, der durchschnittlich etwas häufiger von Frauen präsentiert wird, ist der *Code der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers*. Dieser Aspekt

könnte ebenfalls mit dem symbolischen Bild einer Schwangerschaft und damit einhergehender Verschmelzung bzw. Grenzsetzungen verbunden werden, was vermutlich dazu führt, dass Frauen diesen Aspekt häufiger darstellen. Wird die Metapher des Torus herangezogen (Lacan, 1961, 1962, vgl. Kapitel 6.1.1), kann der Spender auf drei unterschiedlichen Wegen (oral, anal, vaginal) in den Torus der Frau bzw. in die Innenwelt der Patientin gelangen.

Bei beiden Geschlechtern wird deutlich, dass der Spender, vor allem durch seinen Körper (gespendetes Organ), Teil der Innenwelt wird. Dieses Ergebnis untermauert die Annahme der ersten Fragestellung, aus der sich ableiten lässt, dass sich der *Transplantationskomplex* primär auf körperlicher Ebene zeigt. Nicht nur diese Inkorporation des Spenders in die Innenwelt, sondern auch die Dankbarkeit, die von beiden Geschlechtern berichtet wird, kann sich positiv auf die Integration und die Lebensqualität lungentransplantierte Patienten auswirken (Goetzmann et al., 2008). Auffällig dabei ist, dass beide Geschlechter überwiegend von der Dankbarkeit gegenüber der Familie des Spenders berichten. Die Vorstellung, dass der Spender sich in eigener Verantwortung für die Transplantation entschieden habe, wird dabei kaum erwähnt. Die Vorstellung, sich aus eigener Verantwortung heraus für eine Organtransplantation zu entscheiden, kann womöglich damit zusammenhängen, dass diese mit den unbewussten Phantasien und impliziten Befürchtungen zusammenhängen (vgl. Goetzmann et al., 2019a).

Nicht nur der Bericht über die Dankbarkeit kann vielseitig verstanden werden, sondern auch der Bericht darüber, dass der Spender durch sein gespendetes Organ *Teil der Innenwelt des Spenders* ist. Bei beiden Geschlechtern wird deutlich, dass manche Patienten davon berichten, dass das Organ *Teil der Innenwelt* ist und sich nicht von den anderen Körperteilen unterscheidet, während andere von einer Gleichgültigkeit berichten. Aus diesem Ergebnis lässt sich ableiten, dass der Prozess der Integration sowie die Aufnahme des *Spenders in der Innenwelt* als ein dynamischer zu verstehen ist. Für diesen Prozess stellt sich die Fähigkeit der Symbolisierung als besonders hilfreich heraus (Neukom et al., 2011). Diese zeigt sich vereinzelt bei Studienteilnehmerinnen, was folgendes Beispiel veranschaulichen soll: Eine Patientin berichtet davon, dass sie ihre Lunge von Anfang an als ihre eigene adoptiert habe. Lachend schildert sie, dass sie der Lunge den Namen der österreichischen *Kaiserin Sissi* gegeben habe. Daraus lässt sich ableiten, dass die

Patientin eigene Idealanteile auf die Lunge als Kaiserin projiziert, was auch auf die libidinöse Besetzung des neuen Organs hinweisen kann. Der humorvolle Umgang mit dem neuen Objekt kann auch auf die Abwehr der Patientin hinweisen. Die Abwehr könnte sich auf den Gedanken beziehen, etwas Fremdes in sich zu tragen, was unter anderem durch das behandelnde Team verboten wird, wenn erneut der symbolische Vergleich einer Schwangerschaft hinzugezogen wird.

Die Kaiserin Elisabeth starb in Folge eines Messerstichs in den Brustkorb, der die Lunge und das Herz traf. Zudem litt sie ebenfalls an einer schweren Lungenerkrankung (Hamann, 2012). Die Namensgebung könnte mit der Vorstellung verbunden sein, dass die Patientin ihre neue Lunge wieder verlieren könnte bzw., dass ihr die Lunge wieder entnommen werden könnte. Die Metapher der Kaiserin könnte zudem auf die Symbolisierung von Todesängsten hinweisen. Die Todesängste spielen innerhalb des *Transplantationskomplexes*, z.B. durch intensive Tötungswünsche oder durch die Zerstörung der Mutter bzw. des Spenders eine große Rolle (vgl. Goetzmann et al., 2019a). Die Namensgebung zeigt, dass sich in einem Zitat unterschiedliche Aspekte des *Transplantationskomplexes* verdichten können. Die Fähigkeit der Symbolisierung, wie die Symbolisierung von Todesängsten, stellt eine besonders nützliche Fähigkeit dar und kann der Patientin zu einer erfolgreichen Inkorporation des Spenders verhelfen, der als Zustand des *Inkorporiertseins* beschrieben wird (vgl. Neukom et al., 2011).

Generell wird bei weiblichen Studienteilnehmerinnen die Fähigkeit eines bildhaften Denkens und einer affektbetonten Sprache deutlich. Die Fähigkeit zur Symbolisierung, wie sie vereinzelt zu finden ist sowie das bildhafte Denken, könnten ebenfalls auf die weibliche Natur zurückgeführt werden, was am Anfang des Kapitels erläutert wurde. Dass Männer seltener bildhaft davon berichten, dass der *Spender Teil der Innenwelt* ist, könnte auf den traumatischen Druck des *Transplantationskomplexes* zurückgeführt werden. Die Vorstellung, dass ein Fremder in der eigenen Innenwelt präsent ist, könnte für Männer so traumatisch sein, dass diese seltener bildhaft dargestellt werden kann (vgl. Kapitel 6.1.3). Auffällig ist vor allem ein Zitat eines männlichen Teilnehmers, der berichtet, dass er es dem Spender schuldig sei, sich um das neue Organ zu sorgen. Dabei werden Wiedergutmachungswünsche deutlich, die gerade im Zusammenhang mit dem *Transplantationskomplex* eine große Wichtigkeit darstellen (vgl. Goetzmann et al., 2019a; Isaac, 1948). Dadurch, dass der

Empfänger sich um das Organ sorgt, möchte er es womöglich wiedergutmachen, den Spender und dessen Körper auf *brutale Weise zerstört* zu haben. Da in Kapitel 6.1.3 genauer auf die traumatische Natur des *Transplantationskomplexes* eingegangen wird, soll an dieser Stelle lediglich skizziert werden, dass die Schuldanerkennung und die Wiedergutmachung helfen, die traumatische Situation zu beenden (Fischer & Riedesser, 1999). Schrittweise könnte es dem Patienten helfen vom Akt der Inkorporation den Zustand des *Inkorporiertseins* zu erreichen.

Neben den beiden Aspekten, die sich bei Patientinnen häufiger zeigen, gibt es einen Aspekt, der bei männlichen Patienten durchschnittlich häufiger präsentiert wird: *der Empfänger ist der Spender (Identifizierung)*. Auch dabei handelt es sich um einen minimalen Unterschied. Der Aspekt *der Körper wird aufgebrochen* stellt eine Ausnahme dar, da er bei beiden Geschlechtern gleich häufig präsentiert wird.

Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung). Grundlage für die Identifizierung stellt die Inkorporation dar (siehe vorherigen Aspekt), die im Durchschnitt etwas häufiger bei Frauen identifiziert werden kann. Da der Aspekt, dass der *Empfänger der Spender ist (Identifizierung)* etwas häufiger bei Männern präsentiert wird, scheint es, dass auch bei Männern eine Grundlage für die Identifizierung, in Form einer Inkorporation, besteht. Dass dieser Aspekt etwas häufiger bei Männern präsentiert wird, lässt sich darauf zurückführen, dass der Spender sich mit dem Empfänger, und nicht mit der gegengeschlechtlichen Mutter, die ihrer kostbaren Inhalte beraubt wird (vgl. Klein, 1930, 1946), identifiziert. Auf Grund der Tatsache, dass der Mutter, im Gegensatz zum Spender, bei lebendigen Leibe der wertvolle Inhalt gestohlen wird (vgl. Klein, 1930, 1946), scheint der Aspekt seltener in die Abwehr verstrickt zu sein. Das führt womöglich dazu, dass Männer diesen Aspekt des *Transplantationskomplexes* etwas häufiger präsentieren. Dabei ist es für Männer, abgesehen von einer Ausnahme, leichter von einer (Seelen-)Verwandtschaft zu berichten.

Die (Seelen-) Verwandtschaft von wird von Frauen gar nicht erwähnt bzw. verneint, was an sich nicht einfach nachzuvollziehen ist. Eine mögliche, wenn auch sehr spekulative Erklärung wäre, dass die Verwandtschaft an sich für eine Frau als zu nah wahrgenommen wird. Die Gleichsetzung von einem verwandten Baby und der fremden Lunge scheint für die Frau so unheimlich, dass diese Thematik eine Abwehr

hervorrufen und lediglich auf operative Weise dargestellt werden kann. Eine direkte Verwandtschaft wird daher nicht erwähnt, es berichtet lediglich eine Patientin von einer Adoption. Insgesamt kann diese Abwehr möglicherweise dazu führen, dass das vollständige Durchlaufen der Stufen und die vollständige Internalisierung des neuen Objekts (vgl. Neukom et al., 2011) maßgeblich beeinflusst wird.

Bei beiden Geschlechtern wird von übernommenen Eigenschaften berichtet, die auf eine Identifizierung mit dem Spender hinweisen. Ein Patient berichtet davon, dass er seit der Transplantation wieder den Reiz verspürt, Motorrad zu fahren und der Spender die Geschwindigkeit geliebt haben muss. Der manifeste Gehalt des Motorradfahrens und der Risikobereitschaft deutet auf besonders phallische, kraftvolle und unabhängige Eigenschaften hin. Eine Patientin hingegen berichtet davon, seit der Transplantation mehr weinen zu müssen und das Organ einer Heulsuse bekommen zu haben. Im Vergleich zu dem obigen Zitat werden hier keine kraftvollen Eigenschaften beschrieben. Die Übernahme von negativen Affekten, über die sich der Sohn der Patientin lustig macht, kann auf die Mutter (analog der Objektbeziehungstheorie) zurückgeführt werden, die auch keine kraftvollen Eigenschaften besitzt, da sie ausgeraubt und zerstückelt wird (vgl. Klein 1930, 1946). Daraus lässt sich ableiten, dass die Patientin sich mit dieser identifiziert.

Im Gegensatz zu den anderen Aspekten, die von Männern eher auf eine operative Denk- und Sprachweise dargestellt werden, wird bei diesem Aspekt (*Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung)*) die Fähigkeit zum bildhaften Denken deutlich. Vereinzelt lassen sich zudem Hinweise auf ein symbolisches Denken finden, wie bei *Patient 23*, der von einem Traum berichtet, bei dem er sich im Traum mit dem Spender identifiziert, da der Empfänger in die neue Wohnung einziehe (vgl. Goetzmann et al., 2019a). Die Fähigkeit zur Symbolisierung kann dem Patienten helfen, den komplexen medizinischen Eingriff mit Hilfe der Identifikation mit dem Spender zu verarbeiten und die Transplantation folglich besser verarbeiten zu können. Auf Grund der „Verletzung des gewohnten Körperschemas“ (Brosig & Woidera, 1993, S. 1063) und der neuen Identität, nun Empfänger eines fremden Organs zu sein, kann diese Form der Internalisierung besonders hilfreich, identitätsstiftend und festigend sein.

Der Körper wird aufgebrochen. Bevor auf die geschlechtsspezifische Analyse eingegangen wird, sollte vorab erwähnt werden, dass dieser Aspekt insgesamt wenig codiert und lediglich auf direkte Weise präsentiert wird (Eichenlaub, 2019; Eichenlaub et al., 2021). Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass dieser von beiden Geschlechtern gleich häufig präsentiert wird. Bei den identifizierten Hinweisen beziehen sich beide Zitate auf den Vorgang des *Rippen-Brechens* innerhalb des operativen Eingriffs. Geschlechtsspezifisch kann überlegt werden, ob sich Männer mit Thematiken, wie dem gewaltsamen Aufbrechen des Körpers bzw. der Rippen, die sich auf einen Kampf beziehen, auseinandersetzen. Die gesellschaftliche Rolle als Kämpfer könnte dem Mann auch heute noch zugeschrieben werden (vgl. z.B. Wiebke & Vedder, 2020). Den Mann an dieser Stelle auf dieses alte Rollenbild zu beschränken, liegt womöglich an der Ausnahmesituation, bei dem auf die Zuschreibung alter Rollenbilder zurückgegriffen wird. Die Präsentation des Aspekts bei der Frau deutet auf die Objektbeziehungstheorie (vgl. Klein, 1930, 1946) hin. Dabei könnten sich Patientinnen mit der Mutter bzw. mit dem Mutterkörper identifizieren, welcher im Kampf mit dem Kind aufgebrochen wird, damit das Kind an die wertvollen Inhalte gelangen kann (Klein, 1930, 1946).

Neben einem direkten Hinweis, dass die Narbe und die Rippen schmerzen, weil diese für die Operation gebrochen werden mussten, berichten beide Geschlechter über einen Traum, was dafürspricht, dass diese traumatische Erfahrung erst mit Hilfe des Traums verarbeitet wird. Ein Patient (34, t₁) berichtet von einem Traum, bei dem mit Motorsägen gesägt worden sei, was er darauf zurückführt, dass die Rippen auf Grund der Transplantation haben aufgesägt werden müssen. Dass diese traumatische Vorstellung nur indirekt mit Hilfe eines Traums und mit Hilfe von Abwehrmaßnahmen dargestellt wird, spricht ebenfalls für eine Vorstellung, die vermutlich die Imaginations- und Verbalisierungsfähigkeit übersteigt. Die Abwehrmaßnahme bezieht sich auf Subjektlosigkeit, da nicht ersichtlich ist, wer die Motorsäge betätigt (vgl. Goetzmann et al., 2019a). Eine Patientin berichtet von einem Traum, bei dem der Körper aufgebrochen werden musste, aber noch kein Organ da gewesen sei. Dadurch, dass es sich laut der Patientin um einen wiederholenden Traum handelt, kann davon ausgegangen werden, dass sich die schmerzhafteste Erfahrung des *Aufbruchs des eigenen Körpers* durch den Traum wiederholt. Der weitere indirekte Hinweis auf den Aspekt *der Körper wird aufgebrochen* bezieht sich bei einer

weiteren Patientin darauf, dass sie ihrer Lunge den Namen der österreichischen Kaiserin Elisabeth gegeben habe. Dadurch, dass das Mordwerkzeug während des Attentats in die Brust eingedrungen ist und die Rippen gebrochen hat (Hamann, 2012), kann von einem indirekten Hinweis ausgegangen werden, der auf den *Aufbruch des Körpers* durch die Transplantation hinweist. Dass diese wenigen Hinweise zudem lediglich auf eine indirekte Weise präsentiert werden, kann als Abwehrmaßnahme einer traumatischen Erfahrung hinweisen, die nicht auf direktem Wege versprachlicht werden kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studienteilnehmern hinsichtlich der einzelnen Aspekte wenig voneinander unterscheiden. Sollten sich die Unterschiede in zukünftigen Studien stärker konturieren, sollte sich die inhaltliche Schwerpunktsetzung innerhalb einer psychotherapeutischen Behandlung an den geschlechtsspezifischen Aspekten orientieren. Dabei könnte, je nach geschlechtsspezifischem Aspekt, die Fähigkeit zur Symbolisierung aufgebaut werden, die dem Patienten hilft, den komplexen medizinischen Eingriff zu verarbeiten.

6.1.3 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 3: Gesonderte Darstellung der traumatischen und konflikthaften Aspekte der Transplantationserfahrung

Die Ergebnisse zeigen, dass es sowohl Hinweise auf die traumatische Erfahrung als auch auf die konflikthafte Verarbeitung gibt. Die konflikthaften Aspekte werden im Durchschnitt deutlich weniger präsentiert. Daraus lässt sich ableiten, dass die Verarbeitung von lungentransplantierten Patienten überwiegend auf eine sehr frühe Entwicklungsstufe zurückzuführen ist, was durch die Transplantation bedingt worden sein kann. Im weiteren Kapitel wird dargestellt, inwieweit die traumatischen und konflikthaften Aspekte mit dem *Transplantationskomplex* verknüpft werden können. Durch die häufige Identifizierung der traumatischen Erfahrung, welche die *traumatische Situation*, die *traumatische Reaktion* und den *traumatischen Prozess* umfasst, wird die Wichtigkeit einer psychotherapeutischen Begleitung klinisch gerechtfertigt.

Insgesamt lässt sich kein Hinweis auf die *traumatische Situation* finden, was auf mehrere Gründe zurückgeführt werden kann. Zum einen werden die Patienten nicht explizit nach der *traumatischen Situation* gefragt. Zum anderen kann die *traumatische Situation* durch die traumatische Verletzung in die Abwehr verstrickt sein, so dass die *traumatische Situation* nicht genauer dargestellt und versprachlicht werden kann. Diese Abwehr ließe sich z.B. auf intrusive Phantasien zurückführen (persönliches Gespräch mit Lutz Götzmann, 20.07.2020), die sich auf die Transplantation selbst und beziehen und unheimlich sind (vgl. Kapitel 6.1.3). Dass dieser noch nicht mental präsentiert ist, kann dazu führen, dass er nicht versprachlicht werden kann. In zukünftigen Studien sollte die *traumatische Situation* mehr Berücksichtigung finden, um das zentrale traumatische Situationsthema besser herausarbeiten zu können. Die Hinweise auf die *traumatische Reaktion* und den *traumatischen Prozess* lassen bisher nur darauf schließen, dass es sich bei der *traumatischen Situation* um das Ereignis rund um die Lungentransplantation handelt.

Die *traumatische Situation* bewirkt eine „Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis“ (Fischer & Riesesser, 1999, S. 79). Der Druck einer sehr traumatischen Situation, wie der Transplantation, kann dazu führen, dass der imaginäre Ring entgleitet und die psychische Wirklichkeit für einen Moment auseinanderfällt (vgl. Lacan, 1953; Nemitz & Will, 2017; vgl. Kapitel 2.4.4). Das beschriebene vierte Element (*Sinthom*, reparierender Ring, Lacan, 2017) kann sich als *sinthomale* Maßnahme auf die Versprachlichung der *traumatischen Situation* (Ereignisse rund um die Transplantation) beziehen. Durch die Versprachlichung der *traumatischen Situation* und das Hineinversetzen in die Situation, kann sich das Ärzteteam in die Perspektive des Traumatisierten hineinversetzen und so einen Zugang zum Erleben des Patienten erhalten. Dadurch kann die *traumatische Situation* besser beschrieben und eingrenzt werden, was dazu führen kann, dass diese besser mentalisiert und symbolisiert werden kann – das Gleichgewicht zwischen Soma und Psyche (vgl. z.B. Goetzmann et al., 2020; Lacan, 1972-1973) kann prozesshaft wiederhergestellt werden.

In einem Zusammenhang mit der *traumatischen Situation* steht die *traumatische Reaktion* (Fischer & Riedesser, 1999). Als psychische *Reaktion* auf das Trauma fällt vor allem die inhaltliche Distanziertheit in Form eines operativen Denkens auf, um sich so nicht an die *traumatische Situation* (Transplantation) zu erinnern. Fischer

und Riedesser (1999) verglichen diese Phase mit einem somatischen Vorgang, bei dem ein Fremdkörper entweder zerstört und vernichtet wird (Abwehrreaktion) oder in angepasster Form im Organismus aufgenommen wird. Das Zitat von *Patient 02* (t_1), der schildert, dass er sich keine Gedanken darüber mache, dass er einen Fremdkörper in sich trage, kann auf die typische Verarbeitung von traumatisierten Patienten hinweisen, da der Fremdkörper in einer nicht angepassten Form integriert wird. Die Verleugnung von traumatischen Erinnerungen oder Gedanken kann dabei als typisch charakterisiert werden (Horowitz, 1976).

Bei weiteren Schilderungen, die sich auf den Zeitraum kurz nach der Traumatisierung (Transplantation) beziehen, zeigen sich nächtliche Angstträume – bei manchen Patienten zeigt sich folglich die Fähigkeit zur Symbolisierung in Form einer Traumaktivität, die sich beim operativen Denken nicht finden lässt (vgl. Aisenstein, 2008; Marty, 1968). Diese Ergebnisse untermauern, dass die individuelle Betrachtung eines jenen Patienten von besonderer Wichtigkeit ist.

Ein Patient (32, t_1) berichtet, dass er kurz nach der Transplantation davon geträumt habe, dass er sich durch ein Spinnennetz durchgekämpft habe und nicht vorangekommen sei. Er habe im Traum das Gefühl gehabt, wehrlos zu sein. Sowohl die Schläuche, als auch die Tatsache, an das Bett geschnallt zu sein, haben dazu geführt, dass er sich gefangen gefühlt habe. Das Durchkämpfen durch das Spinnennetz als manifester Gehalt kann dafür stehen, dass der Patient vor der *traumatischen Situation* fliehen möchte. Dadurch, dass der Patient beschreibt, dass er nicht voran gekommen sei, scheint der Fluchtversuch vor der *traumatischen Situation* ausweglos – vor allem dann, wenn das Spinnennetz als tödliche Falle gesehen wird. Dass die Bewältigung der *traumatischen Situation* (Transplantation) für den Patienten ausweglos erscheint, wird zudem dadurch deutlich, dass er von Hilflosigkeit und Wehrlosigkeit berichtet. Auch die Fixierung durch die Schläuche und das Bett können für die Ausweglosigkeit stehen. Durch die Fixierung an das Bett wird zudem eine Abhängigkeit von einem Objekt deutlich, was z.B. auf die Abhängigkeit von anderen Personen innerhalb der traumatischen Erfahrung stehen kann.

Bei einem weiteren Alptraum berichtet eine Patientin (43, t_1) davon, dass sich ihr fröhlicher Traum eines Musicals, bei dem sie getanzt habe, in einen Alptraum verwandelt habe. Im Traum sei eine puppenähnliche Frau auf sie zugekommen, die sie

habe umbringen wollen. Sie sei schweißgebadet aufgewacht und habe laut geschrien, sodass das Personal zu ihr gerannt sei. Die puppenähnliche Frau könnte dabei für die Spenderin stehen, die sich ihr gestohlenen Objekt (Lunge) zurückholen möchte und die Patientin auf diese Weise zerstört bzw. tötet. Durch diese sadistische Schilderung und die Entbindung von dem neuen Objekt (Lunge) durch den Tod, zeigen sich Hinweise auf den *Todestrieb*, d.h. auf eine destruktive Hinwendung zum Tod (vgl. Freud, 1923, Freud & Breuer, 1955). Der manifeste Gehalt einer Puppe kann auf die Kindheit der Patientin hinweisen. Durch diese Wiederholung können z.B. schmerzhaft Erfahrungen aus der Kindheit reaktiviert werden, bei denen die Patientin erste Trennungserfahrungen machen musste. Die Puppe kann dabei als Übergangsobjekt fungieren, das bei Trennungs- und Verlust Erfahrungen Trost spendet (vgl. Winnicott, 1953). Es lässt sich ableiten, dass die Patientin womöglich nach einem Objekt sucht, das ihr Trost spendet und ihr hilft, die traumatische Erfahrung zu verarbeiten. Daraus lässt sich schließen, dass sich die Patientin nach Unterstützung sehnt, die traumatische Erfahrung nicht allein bewältigen zu müssen.

Von allen Codierungen, die sich auf die traumatische Natur beziehen, wird der *traumatische Prozess* am häufigsten codiert. Auch hier wird, wie bei der *traumatischen Reaktion*, eine inhaltliche Distanziertheit deutlich, die sich durch einen operativen Denkstil zeigt. Dass keine inneren Räume oder Phantasien entstehen sollen, die sich auf die traumatische Erfahrung beziehen, wird vor allem durch die Äußerung eines Patienten (27, t₁) deutlich. Er beschreibt, dass es für ihn wie eine Wand sei und dass alles, was hinter dieser Wand läge, für ihn abgeschlossen sei. Die Metapher einer Wand kann darauf hindeuten, dass der Patient jegliche Erinnerung an das Trauma, wie der Transplantation, abspaltet und aus dem Erleben ausschließt. Die Abwehr von negativen Gefühlen oder Aspekten, die sich auf die Transplantation beziehen, zeigt sich auch bei einer weiteren Patientin (24, t₂). Dass diese Abwehr verleugnet wird, wird dadurch veranschaulicht, dass sie diese Abwehr von negativen Gefühlen nicht auf das Trauma zurückführt, sondern auf ihre Charaktereigenschaften: „Ich bin nicht aufs Negative eingestellt, mein Geist ist so getrimmt, dass er nicht negativ denkt. Er ist immer positiv eingestellt. Ich stehe jeden Tag mit guter Laune auf.“ Die Patientin erkennt womöglich die Bedeutung der Abwehr der trau-

matischen Erfahrung nicht, was dazu führen kann, dass das Ereignis (Lungentransplantation) nicht in das psychische Erleben integriert wird, was schwerwiegende Folgen mit sich bringen kann (vgl. Kapitel 2.2.3).

Träume werden auch im Zusammenhang mit dem *traumatischen Prozess* geschildert. Besonders durch die beiden angeführten Träume zeigt sich, dass es sich dabei womöglich um die Wiederholung der traumatischen Erfahrung, durch die Transplantation, handelt. So schildert eine Patientin (38) beispielsweise, dass sie ein halbes Jahr nach dem komplexen medizinischen Eingriff immer noch vom Krankenhaus oder der Transplantation träume. Sie träume, dass ihr jemand den Brustkorb aufschneiden wolle, aber noch kein Organ da sei. Daraus lässt sich ableiten, dass die Patientin Erinnerungen an die Transplantation abwehrt und sich diese im Traum präsentieren. Die Person, die den Brustkorb aufschneidet, bleibt unbenannt (Subjekt- bzw. Objektlosigkeit), was auf eine weitere Abwehrmaßnahme schließen lässt. Diese Erfahrung kann für die Patientin womöglich so traumatisch sein, dass sie nur in abgewehrter Form dargestellt werden kann. Weiterhin schildert die Patientin, dass sie durch den Schmerz der Narbe an die Transplantation denke. Der körperliche Schmerz (durch die Narbe) kann als Trigger verstanden werden, der an die traumatische Erfahrung erinnert. Eine der vielen Narben sitzt direkt unter der Brust. Um sich durch die Narbe nicht an die Transplantation erinnern zu müssen, kann überlegt werden, ob solche Körperteile, wie die vernarbte Brust, nicht in das Körperbild integriert werden. Aus kleinianischer Perspektive (Klein, 1930, 1946, 1960) ließe sich ableiten, dass negative Aspekte, die in einem Zusammenhang mit der Transplantation, stehen, nach Außen projiziert werden – ist die Brust auf Grund der Narbe und der erinnernden Faktoren abgespalten, können diese Anteile auf die Brust (böse Brust) projiziert werden. Falls die traumatische Erfahrung nicht aufgearbeitet, mentalisiert und symbolisiert wird, kann das vernarbte Körperteil als Verfolger bzw. Trigger gesehen werden, der lebenslang an das Trauma erinnert.

Durch den weiteren Traumbericht (*Patientin 07*, t_3) und der erkennbaren Wiederholung der traumatischen Erfahrung lässt sich schließen, dass die Wiederholung womöglich eine Form der Bewältigung dargestellt. Die Patientin berichtet von Orten im Traum, welche ihr fremd erscheinen: „Ich hatte das Gefühl an gewissen Orten zu sein. Aber ich wusste immer, dass das gar nicht sein kann, aber ich war trotzdem dort.“ Die Veränderung von Raum und Zeiterleben, die sich bei der Patientin im

Traum zeigt, ist ein typisches Symptom traumatisierter Patienten (Fischer & Riedesser, 1999). Dass die Patientin sich an neuen, nicht bekannten Orten befindet, kann womöglich darauf hinweisen, dass die Patientin bekannte Orte, die an die Transplantation als traumatische Erfahrung erinnern können, vermeidet.

Neben der Abwehr, wie einer emotionalen und inhaltlichen Distanziertheit oder den aufgeführten Traumberichten, fällt der direkte Bericht von negativen Emotionen auf. Dadurch wird das Gegenspiel von Abwehr und Zulassen deutlich, was sich für traumatisierte Patienten als typisch charakterisieren lässt (Fischer & Riedesser, 1999). Ein Bericht verdeutlicht die Angst vor dem Alleinsein, was auf eine Überforderung und Hilflosigkeit durch die traumatische Erfahrung zurückzuführen ist. Dass die Person (*Patientin 13*, t_1) schildert, dass sie laufen lernen muss wie ein kleines Kind, kann auf den Wunsch nach Fürsorge zurückgeführt werden. Die Überforderung innerhalb des *traumatischen Prozesses* wird unter anderem bei Patient (*03*, t_1) deutlich, der beschreibt, dass er unbedingt mit jemandem sprechen müsse und bereits einen Termin bei einer Psychologin vereinbart habe. Bei einem weiteren Zitat wird deutlich, dass die Hilferufe und der Wunsch nach einem Benennenden im Sinne Lacans (z.B. 1955-1956) nicht immer adäquat beantwortet werden. Nachdem die Interviewerin fragt, ob der Patient (*22*, t_2) nicht der ärztlichen Seite vermitteln könne, dass mit der Lunge nicht alles in Ordnung sei und über seine Ängste sprechen könne, antwortet er: „Ich spreche es an. Aber der Arzt, der beruhigt mich immer und meint, dass ich eben Komplikationen habe und eben damit leben müsse.“ Dadurch, dass der Hilferuf nicht beantwortet wird, kann sich die Angst verstärken und der Zerfall der psychischen Wirklichkeit im lacanschen Sinn (Lacan, 1953; Nemitz & Will, 2017; vgl. Kapitel 2.4.4) bedingt werden.

Die *traumatische Situation* und die daraus hervorgehende *traumatische Reaktion* zu verarbeiten, geht mit einem erhöhten Stresserleben einher, wie bei Patient *10*, der nach einem halben Jahr nach der Transplantation immer noch ein erhöhtes Stresserleben wahrnimmt. Auch weitere veränderte affektive Reaktionen werden deutlich, wie z.B. eine vermehrte Trauer, die von einer Patientin zudem dadurch verstärkt wird, dass sie sich selbst unter Druck setzt. Der Umgang damit kann so herausfordernd sein, dass ein Patient mit einem Antidepressivum behandelt werden musste, was die klinische Wichtigkeit untermauert.

Den dargestellten *Prozess*, die *traumatische Situation* und die damit einhergehenden *Reaktionen* zu verarbeiten, beziehen sich bei den angeführten Zitaten lediglich auf den Zeitraum nach der Transplantation. In Folgestudien sollte beachtet werden, dass sich die *traumatische Situation* auf den gesamten Prozess einer Lungentransplantation bezieht und die traumatische Erfahrung auch bereits vor der Transplantation eine große Rolle spielen kann. Eine Patientin (41, t₃) schildert, dass sie vor der Transplantation sehr viel gelitten habe. Auf Grund der körperlichen Einschränkungen habe sie eine Abhängigkeit von Familienmitgliedern gespürt, welche sie sehr belastet habe. Auch der Verlust der Rolle, die Familie nicht mehr bekochen zu können, scheint für die Patientin eine große Belastung dargestellt zu haben. Die Patientin beschreibt, dass sie sehr verzweifelt gewesen sei, „fast immer“ geweint habe.

Neben den Hinweisen auf die traumatische Erfahrung lassen sich auch Hinweise auf die konflikthafte Natur finden. Die drei häufigsten Aspekte, die von den Patienten präsentiert werden, sind: *Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich, Verbot/ Strafe* und *binärer Konflikt*.

Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich. Wie erwähnt, ist die Kreativität als vitale Fähigkeit, in Form der Familiengründung, als *ein* möglicher Ausgang des *Ödipuskomplexes* zu verstehen. Möglich wäre auch, dass die künstlerische Kreativität (z.B. Schreiben eines Romans) nicht nur als *sinthomale* Reparaturmaßnahme (vgl. Lacan, 2017) verstanden werden kann, sondern ebenfalls auf einen *gelungenen Ausgang des Ödipuskomplexes* mit einem Produkt der Kreativität hinweisen kann.

Der Aspekt *Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich* wird von den Patienten in einer überwiegend indirekten Weise und mit Hilfe von Abwehrmaßnahmen repräsentiert. Die Angaben beziehen sich vor allem auf die orale Aktivität, in Form der Medikamenteneinnahme, die als manifester Inhalt auf den latenten Inhalt einer Inkorporation verweisen kann. Die Inkorporation kann mit einer Schwangerschaft und der Schöpfung eines neuen Lebewesens verbunden werden. Dass dieser Aspekt überwiegend indirekt dargestellt wird, kann auf unbewusste Konflikte

hinweisen. Diese können beispielsweise durch das Transplantationszentrum entstehen, die sowohl Frauen als auch Männern von einer Familiengründung abraten, da diese mit erhöhten gesundheitlichen Risiken verbunden ist:

Eine Schwangerschaft nach einer Lungentransplantation ist risikoreich. Deshalb raten wir von einer Schwangerschaft dringend ab. Einige Immunsuppressiva verursachen ein erhöhtes Risiko für Missbildungen. Männer sollten nur in Absprache mit dem Arzt und frühestens ein Jahr nach der Transplantation Kinder zeugen. Dafür ist eine gute Planung notwendig (Informationsblatt, Boehler & Weder, 2014, S. 18).

Dass das Transplantationszentrum ausdrücklich von der Familiengründung abrät, kommt einem (psychologischen) Verbot gleich, was zu einer Reaktualisierung von frühkindlichen Verboten, wie dem Inzestverbot, führen kann. Generell wird von dem Transplantationszentrum empfohlen, sich erst nach Verheilung der Operationswunde sexuell zu betätigen (Boehler & Weder, 2014). Bei diesen Verboten des Transplantationszentrums klingen frühe Verbote der infantilen Sexualität an, die sich auf das Inzestverbot, das durch Mutter oder Vater ausgesprochen wird (vgl. z.B. Freud, 1913, 1925; Lacan, 1953), beziehen.

Durch den ödipalen Konflikt bzw. durch die ödipalen Wünsche entstehen Schuldgefühle, die von beiden Geschlechtern verdrängt werden können (vgl. Freud, 1913; Rohde-Dachser, 2001; Rüttner, 2019). Die Verdrängung der Schuldgefühle wird durch den indirekten Bericht einer Inkorporation deutlich. So beschreibt ein Patient beispielsweise, dass es unfair dem *Gönner* gegenüber sei, wenn er die Medikamente nicht korrekt einnehme. Es habe einen negativen Vorgeschmack, wenn er diese mit der Zeit nicht mehr einnehmen müsse. Die Schuld gegenüber dem *Gönner* könnte allgemein auf *den großen Anderen* zurückgeführt werden, der getötet worden ist, bzw. durch den ursprünglich das Inzestverbot ausgesprochen worden ist (Nemitz, 2014). Wird Lacans Freud Deutung (1953) herangezogen, wird „durch den toten Vater das Inzestverbot garantiert“ (Nemitz, 2014, S. 5). Er bezieht sich dabei auf Freuds *Totem und Tabu* (Freud, 1913), bei dem der Urvater von der Urhorde ermordet, verzehrt und inkorporiert wird. Durch die Inkorporation des Urvaters kann übergelegt werden, ob der Vater durch die Inkorporation weiterhin als „Garant des Gesetzes fungieren kann“ (Nemitz, 2014, S. 5). Das Gesetz kann sich darauf beziehen, nicht zu töten. Der getötete und inkorporierte Vater kann in Form eines Schuldgefühls (*Du sollst nicht töten*) im Körper weiterleben.

Der beschriebene *Gönner* (Spender des Organs) kann dabei als *großer Anderer* mit dem *Urvater* gleichgesetzt werden und so auf die mythologischen Strukturen des Unbewussten (Freud, 1913) hinweisen. Der Spender des Organs kann dabei in der Phantasie ebenfalls ermordet, verzehrt und inkorporiert werden. Durch die Inkorporation des Spenders kann die Entstehung von Schuldgefühlen gegenüber dem Spender, durch das Missachten des Gebotes *du sollst nicht töten* (Freud, 1913), erklärt werden.

Auch durch ein weiteres Zitat wird durch die verneinte Form deutlich, dass die Schöpfung eines neuen Lebewesens mit Schuldgefühlen verbunden sein kann. Bei *Patient 11* (t_3) zeigt sich die verneinte Form, in dem er davon berichtet, dass er ein Organ empfangen habe, sich aber nicht daran störe oder sich Vorwürfe mache. Dass er sich keine Vorwürfe macht, zeigt, dass es sich dabei vermutlich um einen konflikthaften Gedanken handelt, der erst in der verneinten Form bewusstseinsfähig werden kann.

Durch die Schilderungen von *Patientin 29* (t_2), die von einem schlechten Gewissen und einem Zwiegespräch zwischen dem Teufel und einer weiteren Person berichtet, welches sich auf die Inkorporation von Objekten (Medikamenten) bezieht, wird eine Ambivalenz deutlich. Weiterhin zeigen sich auch hier Schuldgefühle („Aber dann kommt gleich das schlechte Gewissen“), die innerhalb des ödipalen Konflikts typisch sind (vgl. Freud, 1913; Rohde-Dachser, 2001; Rüttner, 2019).

Diese inneren Konflikte und die verdrängten Gefühle (z.B. Schuld) können gemäß Rüttner (2019) zu einer körperlichen Symptomatik führen. So lässt sich z.B. die Übelkeit, die häufig im Zusammenhang mit der Inkorporation von Objekten (Medikamenteneinnahme) erwähnt wird, auf einen inneren Konflikt zurückführen. Der Konflikt, der die Familiengründung mit sich bringt, stößt den Patienten übel auf und wird auf eine destruktive Weise, in Form von Übelkeit oder Erbrechen, ausgeschieden. Neben der Übelkeit werden bei manchen Patienten weitere Schwierigkeiten deutlich, die im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme stehen.

Eine Patientin (30, t_3) berichtet beispielsweise davon, dass sie die Medikamente allein einnehmen müsse und ihr Mann den Raum erst nach der Einnahme betreten dürfe. *Der große Andere* (Lacan, 1955-1956), der möglicherweise durch Personen

wie dem Ehemann verkörpert wird, wird bei der Inkorporation als störend wahrgenommen. Dass Personen auf Grund der Inkorporation ausgeschlossen und möglicherweise als störend wahrgenommen werden, wird auch durch einen weiteren Bericht (*Patient 37*, t_2) deutlich. Der Patient schildert, dass er nun nicht mehr ständig verfügbar sei und nicht mehr in dem Maße für seine Kinder da sein könne wie früher. Wenn seine Kinder etwas von ihm wollen würden, dann würden die Medikamente und die Inhalation vorgehen. Auch hier könnten die Kinder für den *großen Anderen* (Lacan, 1955-1956) oder die *große Andere* stehen, die auf Grund des Inzestverbotes als störend wahrgenommen werden.

Durch die unbewussten Konflikte lässt sich erklären, dass dieser Aspekt (*Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich*) auf eine überwiegend indirekte Weise präsentiert wird. Direkte Hinweise, die sich auf die Entstehung eines neuen Lebewesens beziehen, zeigen sich daher nur selten, etwa, bei Patienten, die davon berichten, nun einen Teil einer anderen Person in sich zu tragen. Der Teil einer anderen Person kann sich auf eine Schwangerschaft beziehen und so für den *gelungenen Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich* stehen. Dieser kann als positiv beschrieben werden, etwa bei *Patient 08* (t_1), der das Positive in sich wahrnimmt oder als konflikthaft, wie bei *Patientin 31* (t_1), die berichtet, dass es nicht ganz ihr gehöre, es sei etwas Fremdes in ihr drinnen, obwohl es ihr helfe. Dass das Objekt, wie das Kind, ihr hilft, kann auf die positive Entwicklung hinweisen, durch die Schwangerschaft selbst zur Frau zu werden.

Dass der Aspekt *Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich* auf eine überwiegend indirekte Weise dargestellt wird, kann auf das Inzestverbot und die drohende Bestrafung, in Form der Kastration oder Unfruchtbarkeit, zurückgeführt werden (vgl. z.B. Freud, 1913, 1925; Lacan, 1953). Diese Annahme wird dadurch bekräftigt, dass der Aspekt *Verbot/ Strafe* am zweithäufigsten erwähnt wird. Insgesamt lassen sich dabei lediglich zwei indirekte Aussagen von Patienten finden, die auf das Inzestverbot hinweisen können. Daraus lässt sich schließen, dass das Verbot an sich so bedrohlich ist, dass es in einer Abwehr verstrickt ist und folglich nicht präsentiert werden kann. Ein Patient berichtet von einem Arbeitsverbot. Dabei wird nicht klar, von wem das Arbeitsverbot ausgesprochen wird, was durch die Subjektivität auf eine Abwehrmaßnahme hinweist. Dadurch, dass es dem Patienten verboten wird, zu arbeiten, klingt eine Entmännlichung sowie der

Verlust von Macht an, die sich auf die Kastration beziehen können. Das zweite Verbot bezieht sich auf das Verbot von bestimmten Lebensmitteln, wie bestimmten Fleischsorten oder Eiern. Auch dieses Verbot geht mit einer drohenden Kastration einher, indem potentielle Lebensmittel zum Muskelaufbau, wie Fleisch oder Eier, verboten werden oder so mit körperlicher Schwäche oder Entmännlichung verbunden werden können.

Insgesamt bezieht sich die drohende Bestrafung hauptsächlich auf den Funktionsverlust des neuen Organs. Viele der Patienten berichten dabei von der (phantasierten) Abstoßung des neuen Organs, die auch bei der untersuchten Stichprobe häufig mit großen Ängsten einhergeht. Dass diese Furcht vor der Bestrafung so groß sein kann, dass diese abgewehrt wird, zeigt sich z.B. bei einem Patienten (20, t₃), der schildert, dass die Angst vor einer Abstoßreaktion zwar groß sei, er aber versuche, diese zu unterdrücken. Die Gefahr vor der Bestrafung in Form eines Funktionsverlustes zeigt sich durch den Traumbericht einer Patientin (36, t₁), die davon geträumt habe, dass ihre Bezugsperson in ihr Zimmer gekommen sei und ihr den zentralen Venenkatheter herausgerissen habe. Das Herausreißen des Venenkatheters als Bestrafung kann dabei einen so großen Funktionsverlust mit sich bringen, dass die Patientin unter schweren körperlichen Komplikationen leidet oder stirbt. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Konflikt bei dieser Patientin so groß ist, dass er sich in Symptomen (Schlafstörung) äußert und sich die Verdrängung des Konflikts nur im Traum zeigt.

Der dritt häufigste Aspekt, der sich auf die konflikthafte Natur bezieht, ist der *binäre Konflikt* (Schmidt-Hellerau, 2005). Der von Freud (1923) angeführte *Lebens- und Todestrieb* (Zweite Triebtheorie) wird dabei überwiegend präsentiert und lässt sich als indirekter Hinweis auf den *binären Konflikt* verstehen. Dass die Identifizierung des gegensätzlichen *Lebens- und Todestrieb*s für lungentransplantierte Patienten typisch ist, wurde bereits durch eine frühe Studie postuliert (Goetzmann, 2010). Die konflikthafte Verflechtung von *Lebens- und Todestrieb* (Freud, 1923) wird besonders bei lungentransplantierten Patienten deutlich: die Transplantation steht an sich für den Lebenstrieb, ist aber mit der ständigen Angst vor einer (phantasierten) Abstoßung verflochten (vgl. Goetzmann, 2010). Wird dabei die Postulierung von Zupančič (2018) herangezogen, kann davon ausgegangen werden, dass beim *Lebenstrieb* immer die Tendenz des *Todestriebes* mitschwingt – der Todestrieb ist

sozusagen im Lebenstrieb präsent (Zupančič, 2018). Besonders dann, wenn der Tod als „fundamentalstes Ziel des Lebens“ (Zupančič, 2018, S. 24) verstanden wird.

Diese konflikthafte Verflechtung und die wahrgenommene Unlösbarkeit der gegensätzlichen Triebe stellt eine besonders große Herausforderung dar, da sie die transplantierten Patienten ein Leben lang begleiten wird. Diese lebenslange Auseinandersetzung wird von einem Patienten drei Monate nach dem komplexen Eingriff besonders gut beschrieben: „Ich werde mich ein Leben lang darum kümmern müssen, dass die Werte gut bleiben und es nicht zu einer Abstoßung kommt.“ Es wird dabei deutlich, dass der Patient überleben möchte (*Lebenstrieb*): „Ich werde mich ein Leben lang darum kümmern, dass die Werte gut bleiben“. Durch die Befürchtung, dass es zu einer Abstoßung kommen kann, wird gleichzeitig die Tendenz zum Tod deutlich. Im Überleben (*Lebenstrieb*) ist folglich der Todestrieb präsent und verflochten (vgl. Zupančič, 2018). Im Konflikt stehende libidinöse Impulse (*Lebenstrieb*) und destruktive Impulse (*Todestrieb*), werden durch das bereits oben angeführte Zitat deutlich, bei dem eine Patientin berichtet, dass sich eine Art Zwiegespräch in ihrem Kopf abspiele, bei dem der Teufel spreche, dass er nun wieder die dummen Pillen schlucken müsse und eine andere Seite sie ermahne, dass die Medikamente sie am Leben halten. Der Teufel als manifester Gehalt kann als personifiziertes Böses auf den Todestrieb hinweisen, während die andere Person, die sie auffordert die Medikamente zu nehmen, auf den Lebenstrieb hindeutet. Das Motiv des Zwiegesprächs im Kopf als Signifikant wurde bereits bei dem Aspekt *Verbot/ Strafe* angeführt und zeigt, dass sich in einem Motiv unterschiedliche Konflikte verdichten können, was für die Komplexität der konflikthaften Natur spricht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Transplantationserfahrung überwiegend traumatischer Natur ist, welche die Patienten auch ein halbes Jahr nach der Transplantation anhaltend zu beschäftigen scheint und eine große Belastung darstellt – vor allem dann, wenn Hilferufe nicht immer adäquat beantwortet werden. Die Ergebnisse untermauern die Wichtigkeit einer psychologischen Begleitung der Patienten, auch in Anbetracht der Tatsache, dass Aspekte, wie die *Inkorporation*, ausgesprochene *Verbote* durch das Transplantationszentrum sowie gegensätzliche Triebe (*Lebens- und Todestrieb*), unbewusste Konflikte reaktivieren und sich auf Verhaltensebene darstellen können.

6.1.4 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 3: Allgemeine und geschlechtsspezifische Analyse der Natur des Transplantationskomplexes

Die Ergebnisse zeigen, dass der *Transplantationskomplex* sowohl traumatischer als auch konflikthafter Natur ist. Dabei wird er jedoch deutlich häufiger mit traumatischen Aspekten verknüpft und wird so vermutlich auf einer sehr frühen, archaischen Ebene verarbeitet. Dieses Ergebnis kann dadurch bekräftigt werden, dass der *Transplantationskomplex* überwiegend mit dem *imaginär vermittelten Körper* (via *imaginären Zone* auf der *Achse der psychosomatischen Totalität*) verknüpft wird (vgl. Kapitel 6.1.1; Eichenlaub et al., 2021). Es handelt sich bei dem *Transplantationskomplex* um eine Ebene, die überwiegend vor- oder unbewusst ist, wahrscheinlich sogar vorsprachlich und teilweise eine nicht ausreichend mentalisierte traumatische Erfahrung darstellen kann. Der imaginäre Inhalt der Körpererfahrung kann dabei auf die Theorie, auf jener der *Transplantationskomplex* basiert, zurückgeführt werden. Die oral-sadistischen Urphantasien (Klein 1930, 1946) könnten dabei durch die Inhalte als traumatisch wahrgenommen werden und so die psychische Verarbeitung eines lungentransplantierten Patienten beeinflussen. Bezugnehmend auf den Kommentar zu Freuds „Studien der Hysterie“ von Bronfen (1998) kann die Transplantation als zweites Ereignis gesehen werden, welches die Erinnerung an eine traumatische Erschütterung (oral-sadistische, frühe archaische Phantasien) reaktiviert und folglich den pathologischen Charakter der Erinnerung bedingt. Dass der *Transplantationskomplex* womöglich auf Grund der vermutlich vorsprachlichen und teilweise noch nicht ausreichend mentalisierten Erfahrung nicht verbalisiert werden kann, stellt eine große Herausforderung für die Identifizierung der Aspekte des *Transplantationskomplexes* dar.

Nicht nur der beschriebene Aspekt, dass frühe unbewusste Phantasien eine Rolle in der Verarbeitung der Transplantation spielen, sondern auch durch die Beobachtung, dass der *Transplantationskomplex* überwiegend gemeinsam mit *dem traumatischen Prozess* auftritt, spricht für die traumatische, prozesshafte und dynamische Verarbeitung einer Lungentransplantation – besonders dann, wenn durch die Transplantation Phantasien bzw. Komplexe reaktualisiert werden, die im Langzeitgedächtnis gespeichert sind (vgl. Moser, 2016; Wittmann et al., 2016). Die psychische

Verarbeitung, welche den *Transplantationskomplex* umfasst, als prozesshaft und dynamisch zu verstehen, wurde durch frühere Studien untermauert (Lefebvre & Crombez 1972; Lefebvre et al., 1973; Muslin, 1971, 1972). Die prozesshaft-traumatische Verarbeitung des *Transplantationskomplexes* kann die Behandlung von lungentransplantierten Patienten beeinflussen (Goetzmann et al., 2019a). Das Verständnis der prozesshaft-traumatischen Verarbeitung kann hilfreich sein, um eine neue Perspektive auf das Erleben organtransplantierte Patienten zu erlangen und die traumatische Erfahrung gemeinsam mit dem Patienten zu mentalisieren und zu versprachlichen.

Wird die Konzeptualisierung von Fischer und Riedesser (1999) herangezogen, zeigt sich, dass es individuelle Faktoren gibt, die sich auf die Traumaverarbeitung auswirken können. Wird ein individueller Faktor, wie das Geschlecht herangezogen, zeigt sich, dass der Code *der Spender wird getötet* sowie der Aspekt, *dass Objekte wieder ausgeschieden werden können*, durchschnittlich häufiger bei männlichen Patienten mit dem *traumatischen Prozess* verknüpft werden als bei Frauen.

Der Spender wird getötet und traumatischer Prozess. Bezogen auf den theoretischen Hintergrund kann dieser Aspekt generell auf die Tötung *des Anderen*, durch den das eigene Überleben gesichert wird, hinweisen. Durch den *toten Vater*, (gemäß der *Urvaterszene*, Freud, 1913) können inzestuöse Handlungen verboten bzw. garantiert werden, wenn die lacansche Freud-Deutung herangezogen wird (Lacan, 1953; Nemitz, 2014). Es kann überlegt werden, dass Männer sich, im klassischen psychoanalytischen Sinne, eher mit dem Tod des *großen Anderen* (Vater, Spender) beschäftigen. Die innerpsychische Auseinandersetzung mit dem *Tod des Spenders* kann dabei auf die mythologischen Strukturen des Unbewussten (vgl. Freud 1913) hinweisen.

Häufig berichten männliche Patienten bei der Verknüpfung (*Der Spender wird getötet* und *traumatischer Prozess*) von Schuldgefühlen. Der Bericht von Schuldgefühlen im Rahmen einer Transplantation wurde bereits durch frühere Studien festgestellt (vgl. z.B. Goetzmann et al., 2009; Goetzmann et al., 2019a). Dass Schuldgefühle jedoch innerhalb eines *traumatischen Prozesses* auftreten, ist untypisch. Schuldgefühle sprechen an sich für die klassische Konflikttheorie (Freud, 1905) und nicht für die Verarbeitung auf einer traumatischen Ebene. An dieser Stelle zeigt sich

die Herausforderung, die traumatische und die konflikthafte Ebene voneinander zu trennen. Es kann überlegt werden, ob es nicht „immer einen traumatischen Kern“ gibt (Müller-Pozzi, 2013, S. 9), der sich auch bei konflikthafte-ödipalen Material finden lässt. Der traumatische Kern kann sich an dieser Stelle auf die Urszene (Freud 1913) beziehen – der Vater wird in der Phantasie von der Urhorde auf brutale Weise ermordet, verzehrt und inkorporiert, was als traumatisch erlebt werden kann. Diese Szene kann dann auf den Spender übertragen werden, der nicht nur in der Phantasie umgebracht wird, sondern tatsächlich tot ist und so das eigene Überleben (durch das Spenderorgan) sicherstellt. Gemäß der Konzeptualisierung von Höping und de Jong-Meyer (2003), könnten die intrusiven Erinnerungen und Phantasien, die sich auf die Urvaterszene (Freud, 1913) beziehen könnten, einen traumatischen Charakter haben.

Die konflikthafte Verarbeitung zeigt sich dann durch Schuldgefühle. Die Entstehung von Schuldgefühlen lässt sich darauf zurückführen, dass sich die Patienten die Verantwortung für den Tod des *Anderen* zuschreiben. Das heißt, dass sie sich ihren eigenen Wünschen, die sich auf die Tötungswünsche gegenüber dem konkurrierenden Elternteil beziehen (Freud, 1913), bewusst werden, die durch den Tod des Spenders in Erfüllung gegangen sind. Damit einhergehend kann der Schaden bewusst werden, den sie in der Phantasie den fremden Objekten zugefügt haben (vgl. Weiss, 2013). Weiterhin können die Schuldgefühle durch den inkorporierten Vater, der in der Phantasie im Körper weiterlebt, entstehen (vgl. Freud, 1913).

Sowohl weibliche als auch männliche Patienten, die nicht von Schuldgefühlen berichten, sondern diesen Aspekt eher inhaltlich und affektiv distanziert darstellen, vermeiden offensichtlich das Entstehen von inneren Räumen, um sich nicht ausführlicher mit dem Tod des *Anderen*, d.h. des Spenders, auseinandersetzen zu müssen. Dass diese Schuld abgewehrt sein könnte, zeigt sich darin, dass die meisten Patienten ein schlechtes Gewissen explizit verneinen und betonen, dass sie keine Schuldgefühle haben. Die Anerkennung des phantasierten Schadens (vgl. Weiss, 2013) wäre aus dieser Sicht nur in verneinter Form bewusstseinsfähig. Die damit typisch auftretenden Widergutmachungsbemühungen (vgl. Isaac, 1948) zeigen sich z.B. dadurch, dass ein männlicher Patient Stoßgebete in den Himmel schickt, damit es dem toten Spender gut geht. Damit könnte die (unbewusste) Schuld gemildert werden.

Insgesamt tritt die Verknüpfung des Aspekts, dass der *Spender getötet wird* mit dem *traumatischen Prozess* bei Frauen etwas seltener auf. Neben der erwähnten affektiven und inhaltlichen Distanziertheit fällt auf, dass sie im Vergleich zu männlichen Patienten seltener von Schuldgefühlen berichten, die bei der Verknüpfung von *der Spender wird getötet* und *traumatischer Prozess* erstaunlicherweise deutlich werden. Vereinzelt zeigen sich Hinweise auf Schuldgefühle oder Hinweise auf Wiedergutmachungsbemühungen. Werden die Überlegungen an dieser Stelle aufgegriffen, dass es „immer einen traumatischen Kern“ gibt (Müller-Pozzi, 2013, S. 9), kann es sich bei dem traumatischen Kern um die in der Phantasie ausgeübten sadistischen Angriffe auf die Mutter handeln (Klein, 1930, 1946). Der traumatische Kern kann dabei inhaltlich nicht nur aus der unbewussten Phantasie (Klein 1930, 1946) bestehen, sondern auch darin, dass die Spenderin des Organs tatsächlich tot ist. Die Anerkennung der Schuld und die Wiedergutmachungsbemühungen zeigen sich bei einer Patientin (25, t₁), die schildert, dass sie Schuldgefühle habe, weil ein Mensch verstorben sei. Manchmal denke sie, dass es egoistisch von ihr gewesen sei, dieses Organ in Anspruch zu nehmen.

Zusammenfassend finden sich also Hinweise, dass das simultane Auftreten von *der Spender wird getötet* mit *dem traumatischen Prozess* mit archaischen Schuldgefühlen einhergeht und den traumatischen Kern reaktiviert, was als „Wiederkehr des Verdrängten“ verstanden werden kann (vgl. Freud, 1985, S. 264). Durch diese Reaktivierung kann es zudem zum Einbruch der symbolischen Ordnung (Lacan, 2017) gekommen sein.

Dass es sich bei dem Aspekt, dass *der Spender getötet wird*, um eine Art Trauma handelt, wird besonders durch die Äußerungen von *Patientin 16* (t₁) deutlich, die in einer sehr operativen Weise über den Tod des Spenders spricht: Sie könne nichts an dem Tod des Spenders ändern. Ihr gehe es damit gut. Alles andere sei indiskutabel, da es nicht greifbar und nicht fassbar sei. Durch die Schwierigkeiten der Verbalisierung der innerpsychischen Welt (*Es nicht greifbar, nicht fassbar*), die sich auf den Tod des Spenders bezieht, wird deutlich, dass es sich bei dem Tod des Spenders um eine Vorstellung handelt, die nicht imaginierbar ist, im Grunde „außerhalb der Sprache liegt“ und sich so in den Sphären des Traumas, d.h. im Bereich des Lacan'schen Realen, bewegt (Evans, 2017, S. 229; Nemitz & Will, 2017). In diesem Zusammenhang wird von Frauen von einer Traurigkeit berichtet, die von Männern

nicht erwähnt wird. Werden diese Ergebnisse durch zukünftige Studien untermauert, kann der *Tod des Spenders* bei Frauen eher mit Traurigkeit und bei Männern eher mit Schuldgefühlen einhergehen, was dafür sprechen könnte, dass dieser auf unterschiedlichen Ebenen verarbeitet wird.

Weitere Äußerungen der Patienten zeigen, dass der Tod auf verschiedene Weisen in der traumatischen Verarbeitung eine Rolle spielen kann. Ein Patient (19, t₁) berichtet davon, dass der Tod mit seiner eigenen Biographie zu tun habe und seine Eltern in den letzten Jahren beide verstorben seien. Durch die Wiederholung des Todes durch den Tod des Spenders oder der eigenen Nahtoderfahrung durch die Transplantation, können traumatische Erfahrungen, wie der Tod der eigenen Bezugspersonen (Mutter, Vater), wiederholt werden (vgl. Freud, 1920, Freud & Breuer, 1955). Dass diese traumatische Wiederholung des Todes durch die Transplantation, als traumatisches Ereignis, bedingt werden kann, wird ebenfalls von einer Patientin (43, t₁) dargestellt, die schildert, dass wir natürlich alle von heute auf morgen sterben könnten. Durch die operative Darstellungsweise wird deutlich, dass sie diese traumatische Wiederholung womöglich abwehren möchte.

Durch die oben angeführten inhaltlichen Unterschiede, etwa die unterschiedlichen Affekte (Schuld vs. Trauer), wird erneut die individuelle Traumaverarbeitung deutlich, bei welcher der Rolle des toten Spenders eine große Bedeutung zugeschrieben werden kann. Die Beziehung zum (getöteten) Spender scheint folglich einen merklichen Einfluss auf die Traumaverarbeitung auszuüben, was durch vorangegangene Studien belegt worden ist (Goetzmann et al., 2008, 2009; Klaghofer et al., 2008; Lewin et al., 2013).

Der zweite Aspekt, der bei männlichen Studienteilnehmern häufiger mit dem *traumatischen Prozess* verknüpft werden kann, bezieht sich darauf, dass *das neue Objekt (Lunge) ausgestoßen werden kann*. Dadurch, dass der Aspekt, dass *das neue Objekt ausgestoßen wird*, in einem *traumatischen Prozess* eingebettet ist, kann es sein, dass dieser dadurch insgesamt von Männern weniger versprachlicht wird, da es sich im Bereich des Lacan'schen Realen bewegt (Evans, 2017, S. 229; Nemitz & Will, 2017; vgl. Fragestellung 6.1.2).

Dass der Aspekt der *Objektausstoßung* bei Männern auf Grund einer traumatischen Vorstellung seltener berichtet wird, lässt sich durch Fragestellung 2 und 3 untermauern. Grund hierfür scheint, dass der Frau sowohl durch die Gesellschaft als auch durch die weibliche Natur eine Rolle zugeschrieben wird, bei der sie *fremde* Objekte in sich trägt, diese ausscheidet und so Verantwortung für *fremde* Objekte, wie das Kind, übernimmt (vgl. Vedder & Wiebke, 2020). Gerade die biologische Funktion der Schwangerschaft oder die gesellschaftliche Rolle, wie die Zuschreibung der Ammenrolle (vgl. Vedder & Wiebke, 2020), wird Männern hingegen nicht zugeschrieben, weshalb die Vorstellung, *ein Objekt auszustoßen*, womöglich so unheimlich und traumatisch erscheint, dass jene innerhalb eines *traumatischen Prozesses* eingebettet wird.

Dass der *traumatische Prozess* vielschichtig präsentiert werden kann, zeigt sich auch bei diesem Aspekt. Auf der einen Seite lässt sich in den Interviews feststellen, dass die Sprache sowohl bei Männern als auch bei Frauen operativ, d.h. sachlich, nüchtern und leblos wirkt. Ein innerer Raum, der die Thematik des Ausstoßens fassen könnte, wird eher nicht zugelassen bzw. nüchtern verneint. Diese Verneinung eines inneren Raums kann den Patienten dabei vor dem traumatischen Erleben schützen (vgl. Green, 1993; Marty, 1968; Marty & M'Uzan, 1978). Das traumatische Erleben kann sich insbesondere zum Zeitpunkt der Interviews auch darauf beziehen, dass die Patienten das neue Objekt, d.h. die Lunge, welche das Überleben sichert, wieder verlieren und dann sterben könnten.

Neben der affektiven und inhaltlichen Distanziertheit zeigen sich weitere Symptome im Rahmen des *traumatischen Prozesses*, wie unangenehme Gefühle, Unwohlsein, Angst vor dem Alleinsein oder vegetative Übererregtheit. Bei dem aufgeführten Bericht eines Patienten (20, t₃) wird die Schwere der traumatischen Affektion durch die Vorstellung, dass *das neue Objekt ausgestoßen werden kann*, sehr deutlich: Die psychischen und körperlichen Reaktionen, auf diese Vorstellung, haben offensichtlich eine solche Auswirkung auf den Patienten, dass dieser mit einem Antidepressivum behandelt werden musste. Vor allem die körperliche Symptomatik (Luftnot und Schmerzen), die er noch vor der Behandlung mit dem Antidepressivum verspürte, können als „Ausdruck eines unerträglichen psychischen Inhalts“ (Ruettner et al., 2015, S. 714) – in diesem Fall der traumatischen Vorstellung, *ein Objekt auszustoßen* – verstanden werden. Der Patient beschreibt eine große Hilflosigkeit, aber auch

eine Dankbarkeit gegenüber seiner Ehefrau, ohne die er diese schwere Zeit nicht durchgestanden hätte. Er habe Angst vor dem Allein-sein oder dem Allein-Gelassen werden, verspüre aber eine Besserung durch die psychopharmakologische Einstellung. Das Beispiel macht deutlich, dass der *traumatische Prozess* und die vorausgehende traumatische Erfahrung der Transplantation eine große Anforderung an den Patienten stellen könnte, die er unter Umständen kaum alleine bewältigen kann.

Sowohl bei diesem Patienten, als auch bei weiteren – vor allem männlichen Patienten – wird das Bedürfnis deutlich, die Kontrolle zu bewahren. So beschreibt z.B. ein Patient (32, t₁), dass er sich gegenüber Infekten ausgeliefert fühle. Er beschreibt sein Verhalten selbst als übervorsichtig und berichtet, dass er sich ständig die Hände desinfiziere. Dabei kann überlegt werden, ob die verschiedenen Aspekte des *Transplantationskomplexes*, so auch die angstvolle Vorstellung, das *neue Objekt ausstoßen*, nicht zuletzt hinsichtlich des Verhaltens regressionsfördernd sind (vgl. Goetzmann et al., 2009). Das sehr vorsichtige Hygiene-Verhalten und die kontrollierenden Handlungen könnten dabei als Regression auf die anale Phase verstanden werden. In der analen Phase wird das Objekt bzw. die Lunge zurückgehalten (vgl. Freud, 1905). Fraglich dabei ist, was genau abgewehrt werden muss? Abgewehrt wird z.B. die Angst vor dem traumatischen, lebensbedrohlichen Kontrollverlust, wenn die Lunge, akut oder im Rahmen einer chronischen Entzündung (Bronchiolitis obliterans), abgestoßen bzw. verloren geht. Was kontrolliert werden muss, ist die tödliche Bedrohung, das Überwältigtwerden durch den Tod.

Es stellt sich die Frage, warum keine Frau von dem kontrollierenden Verhalten spricht, wenn sie nach dem Verlust des Objekts gefragt wird. Möglicherweise ist eine Antwort, dass sich eine Frau im Zusammenhang mit dem Zyklus oder der Schwangerschaft bereits mit Prozessen auseinandersetzen muss, bei denen sie *etwas* auf die Welt bringt (vgl. z.B. Sammet et al., 2006; Vedder & Wiebke, 2020), ohne eine vollständige Kontrolle zu haben. In diesem Fall würden sich keine oder weniger kontrollierende Verhaltensweisen aktualisieren. Die archaische, d.h. existentiellen Themen betreffenden Ängste könnten so eher versprachlicht werden. Dies zeigt sich in den verschiedenen Äußerungen der Patientinnen. Viele Patientinnen berichten von Ängsten und Sorgen, die sich auf den Objektverlust beziehen. Eine Patientin berichtet, dass sie an sich gerne mit weiteren Lungentransplantierten

über diese Ängste sprechen würde. Sie sei überzeugt, dass jeder sich mit den Ängsten, die Lunge zu verlieren, beschäftige. Immer wieder äußern Patienten, die sich dem *Transplantationskomplex* zuordnen lassen, dass sie diese Erfahrung nicht alleine bewältigen könnten. Folglich scheint es wichtig, die archaische Ebene der Verarbeitung der Transplantation in der (psychotherapeutischen) Betreuung zu berücksichtigen.

Nicht nur die traumatische Verarbeitung des *Transplantationskomplexes* scheint eine Rolle zu spielen. Grund für diese Annahme ist, dass der *Transplantationskomplex*, wenn auch nur halb so häufig, mit konflikthaft-ödipalen Aspekten verknüpft werden kann. Diese Ergebnisse zeigen, dass der *Transplantationskomplex* primär traumatischer Natur ist, aber auch konflikthaft-ödipale Themen eine Rolle spielen (vgl. z.B. Burgner, 1985; Jones, 1957; Lebovici, 1982; Schmidt-Hellerau, 2005). Am häufigsten werden folgende Aspekte mit konflikthaft-ödipalen Aspekten verknüpft: *Objekte dringen in den Körper (Inkorporation)* und *Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich* sowie das *neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden* und *binärer (ödipaler) Konflikt*. Diese Verknüpfungen kommen im Durchschnitt etwas häufiger bei Frauen vor. Es zeigt sich daher, dass bestimmte Aspekte des *Transplantationskomplexes* auf unterschiedlichen Ebenen verarbeitet werden. Manche Aspekte werden von Männern eher traumatisch und manche Aspekte werden von weiblichen Patientinnen eher ödipal-konflikthaft erlebt.

Objekte dringen in den Körper (Inkorporation) und Kreativität als gelungener Ausgang, weiblich. Wie erwähnt wird sowohl die Inkorporation von Objekten (Eichenlaub, 2019; Eichenlaub et al., 2021) als auch der ödipale Aspekt *Kreativität als gelungener Ausgang, weiblich* (vgl. Kapitel 6.1.3) auf einer primär indirekten Weise präsentiert. Auf Grund dieser Verknüpfung lässt sich ableiten, dass die indirekte Präsentation dieses Aspekts des *Transplantationskomplexes* womöglich auf die konflikthafte Natur zurückgeführt werden kann. Konflikthaft kann die Vorstellung dadurch sein, da die Inkorporation, in Form einer Schwangerschaft, vermieden werden sollte – in letzter Konsequenz infolge eines unbewussten Inzestverbots, da das Baby, gemäß Freud, in der unbewussten Phantasie vom Vater stammt (Freud, 1905). Dies kommt einem psychologischen Verbot gleich und kann auf frühkindliche Verbote, wie dem Inzestverbot hinweisen. Bei der Verknüpfung der Inkorporation mit einem konflikthaften Aspekt klingen weiterhin mythologische Themen an, die zu

der indirekten Präsentation geführt haben könnten. Diese Themen können sich z.B. auf die Eltern beziehen: der Urvater, der ermordet, verzehrt und inkorporiert wurde (Freud, 1913) oder die Mutter, die ihrer kostbaren Inhalte beraubt wurde, die dann inkorporiert werden (Freud, 1905; Klein 1930, 1946). Die dabei entstehenden Schuldgefühle (vgl. Freud, 1913; Klein, 1946; Laurer, 2019c; Ruettner, 2019) können dazu führen, dass die Verknüpfung der *Inkorporation* mit dem *gelungenen Ausgang des Ödipuskomplexes* zu Abwehrmaßnahmen führt. Die Schuldgefühle werden bei der untersuchten Stichprobe deutlich. Durch die Verneinung von Vorwürfen oder Schuldgefühlen, z.B. „dass ich mir jetzt Vorwürfe mache, das überhaupt nicht“ (*Patient 11*, t_3) zeigt sich, dass sie Patienten sich womöglich von der Schuld entlasten wollen.

Die meisten Patienten berichten davon, *etwas* in sich zu tragen. Dabei wird nicht genau benannt, was sie in sich tragen, was vermutlich auf eine Subjekt- und Objektlosigkeit hindeuten kann. Bei Männern wird vor allem deutlich, dass sie in verneinter Form von der Inkorporation berichten (z.B. keinen Fremdkörper in sich zu tragen), da der direkte Bericht einer Inkorporation, die auf eine Schwangerschaft hindeuten könnte, womöglich zu traumatisch erscheint. Bezogen auf die Verknüpfung *Objekte dringen in den Körper (Inkorporation) und Kreativität als gelungener Ausgang*, weiblich stellen Frauen häufiger dar, dass sie *etwas in sich tragen* oder *etwas in ihnen drinnen sei*. Da dieser Gedanke für Frauen weniger traumatisch erscheint, können sie die Inkorporation auf einer anderen Ebene präsentieren als Männer. Vereinzelt werden Abwehrmaßnahmen deutlich, wie z.B. die verneinte Form, keinen Fremdkörper in sich zu tragen. Eine Patientin (31, t_1) berichtet dabei auf direkter Weise, einen Fremdkörper in sich zu tragen: „Es ist ja nicht ganz mein. Es ist nun etwas Fremdes in mir, obwohl es mir hilft.“ Durch die konflikthafte Verarbeitung und der ambivalenten Haltung der Patientin kann vermutet werden, dass die Lunge als Fremdkörper gesehen wird und nicht als eigenes Baby – die Gleichsetzung erscheint der Patientin womöglich zu unheimlich, was in der Dialektik eine Abwehr, wie das Verneinen, dass *etwas nicht ihr gehört*, hervorruft.

Bezugnehmend auf den *Ödipuskomplex* kann das Fremde, im klassischen psychoanalytischen Sinne, auf die „Fähigkeit dem Vater ein Kind zu gebären“ (Freud, 1924, S. 401) zurückgeführt werden. Die Aussage, *dass es ihr hilft*, kann auf das Überleben durch das neue, fremde Organ bezogen sein. Unbewusst kann es auch auf

frühkindliche infantile Sexualität zurückgeführt werden: Die Patientin trägt *etwas* Fremdes in sich, *was nicht ganz ihr gehört* (Samen des Vaters), *obwohl es ihr hilft*, sich z.B. durch die Schwangerschaft gegen die konkurrierende Mutter durchzusetzen (vgl. Freud, 1924). Freud (1924) ging damals sogar so weit, dass das Baby in der Phantasie vom Vater stammt.

Die Enttäuschung durch die Mutter, im Rahmen der lesbischen Enttäuschung (Poluda, 1993), klingt bei einem Bericht einer Patientin an. Unter der lesbischen Enttäuschung versteht Poluda die Enttäuschung des Mädchens, dass die Mutter ungenügend auf die Liebesgefühle eingeht. Grund hierfür ist, dass der Mutter die Beziehung zur kleinen, liebenden Tochter plötzlich zu nahe wird. So muss sich das Mädchen vom ursprünglichen Liebesobjekt, also der Mutter abwenden. Die Lösung würde lauten: „Du darfst das weibliche Objekt nicht haben, du sollst es sein“ (Poldua, 1993, S. 4). Die Schwangerschaft kann dabei als positive Entwicklung gesehen werden, durch die das Mädchen selbst zur mütterlichen Frau wird.

Der Bericht der Medikamenteneinnahme der Patientin (31, t₁) kann dabei auf die Inkorporation von Objekten (Schwangerschaft) hinweisen. Eine weitere Patientin (29, t₃) berichtet im Zusammenhang mit der Einnahme: „Es hilft alles nichts.“ Die Äußerung könnte, neben der Alltagsbedeutung, dass es nichts hilft, sich gegen die Notwendigkeit der Medikamente zu wehren, auch im tieferen Sinne verstanden werden: Es scheint so, dass es nicht die *Inkorporation* ist, die der Patientin hilft, eine (mütterliche) Frau zu werden. Die Idee, die weibliche Sexualität auf die Fähigkeit „dem Vater ein Kind zu gebären“ (Freud, 1924, S. 401) zu begrenzen, wurde bereits durch die Frauenbewegung bzw. feministische Psychoanalyse kritisiert (vgl. z.B. Horney, 1926; Jones, 1957; Quindeau, 2008; Temperly, 1993). Selbstverständlich ist es nicht nur die Schwangerschaft, die als positive Entwicklung und als *gelingen* *Ausgang des Ödipuskomplexes* gewertet werden kann, sondern überhaupt eine weibliche Selbstständigkeit, Autonomie, auch berufliche Projekte und Ausbildungen. Bei der Patientin 29 (t₃) zeigt sich z.B., dass sie einen Computerkurs besucht, „um ihr Wissen auf Vordermann zu bringen“.

Binärer Konflikt und das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden. Diese Verknüpfung des *Transplantationskomplexes* mit der konflikthaften Ebene tritt

ebenfalls etwas häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Da der Aspekt des Objektverlustes bei Männern häufiger mit traumatischen Vorstellungen verknüpft wird, zeigt sich, dass die Vorstellungen über die Abstoßung eines Objekts, d.h. die Abstoßung der Lunge, bei den Geschlechtern auseinanderdriften, bei Frauen auf einer reiferen Entwicklungsstufe verarbeitet werden können.

Wird auf die Ursprungsidee eines *binären Konflikts* (Schmidt-Hellerau, 2005) zurückgegriffen, geht es grundsätzlich um zwei divergente Grundtriebe bzw. Tendenzen, etwa *Lebenstrieb* vs. *Todestrieb* (vgl. Freud, 1923, Freud & Breuer, 1955). In genauerer Betrachtung der Verknüpfung des *Transplantationskomplexes* (*das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden*) und des *Ödipuskomplexes* (*binärer Konflikt*) zeigt sich eben diese Divergenz im Zusammenspiel von *Lebens- und Todestrieb* lungentransplantierten Patienten. Bei transplantierten Patienten, deren Transplantation doch Ausdruck aus *Lebenstrieb*, d.h. Überleben-wollens, ist, würde nach dieser Theorie des Zusammenspiels vom *Lebens- und Todestrieb* immer die Tendenz des *Todestriebes* mitschwingen, der im Leben präsent ist bzw. dem *Lebenstrieb* inhärent wäre (Zupančič, 2018). Diese Verflechtung bzw. ständige Mitschwingen des *Todestriebes*, was „als fundamentales Ziel des Lebens“ (Zupančič, 2018, S. 24) verstanden werden kann, kann eine große Belastung für lungentransplantierte Patienten darstellen. Insgesamt wird diese Verknüpfung häufiger von Frauen dargestellt. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die Vorstellung, ein Objekt auszustoßen, keine neue ist (vgl. Vedder & Wiebke, 2020).

Die Belastung durch das ständige Mitschwingen des *Todestriebes* (*Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden*) zeigt sich z.B. dadurch, dass Männer überwiegend von kontrollierendem Verhalten berichten. Gerade für Männer erscheint die Verbindung des *Todestriebes* mit dem Aspekt, dass *das neue Objekt wieder ausgestoßen werden kann* besonders traumatisch, weshalb sich des Öfteren kontrollierendes Verhalten zeigt, um die Überflutung des Traumas auf diese Weise zu kontrollieren und abzuwenden.

Bei Frauen zeigt sich bei dieser Verknüpfung (*binärer Konflikt* und *das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden*) weniger kontrollierendes Verhalten, vielleicht weil sie es durch ihre existentiellen Erfahrungen als Frau das *Todestriebhafte* der Ausstoßung bzw. Abstoßung besser verarbeiten können. Bei zwei Patientinnen

zeigt sich, dass diese Vorstellung der Ausstoßung bzw. Abstoßung in Form von Träumen repräsentiert werden kann. Eine Patientin (36, t₁) hatte beispielsweise geträumt, dass ihre Pflegekraft in ihr Zimmer gekommen sei und ihren zentralen Venenkatheter herausgerissen habe. Sie sei dann erwacht, die Bezugsperson habe tatsächlich vor ihr gestanden und sie habe kontrollieren müssen, ob ihr zentraler Venenkatheter noch da sei. Es klingt dabei an, dass die Patientin von einem inneren Verfolger berichtet, der sie in der Nacht verfolgt und sie in der Nacht, durch das Entfernen des Venenkatheters, schwer verletzt und sie womöglich umbringen möchte. Dass die Bezugsperson für verschiedene Personen, z.B. für die Mutter (vgl. Klein, 1930, 1946) oder die Spenderin, stehen kann, die sich ihre gestohlenen Inhalte zurückholen möchten, wurde bereits dargestellt. Bezugnehmend auf den *binären Konflikt* kann es sich bei dem inneren Verfolger (Klein, 1930, 1946) auch um eine Person handeln, die den *Todestrieb* präsentiert.

Dass die Bezugsperson unbenannt bleibt, fällt auch bei einem weiteren Bericht einer Patientin (25, t₃) auf: „Wenn ich sie nehme, geht es mir gut. Sie helfen mir die Lunge zu erhalten und schauen, dass es nicht zu einer Abstoßung kommt“. Mit dem Pronomen *sie* könnten die Eltern gemeint sein, die der Patientin helfen, am Leben zu bleiben. Diese Sichtweise würde erneut für die Verflechtung von *Lebens- und Todestrieb* (vgl. Zupančič, 2018) sprechen: Die Eltern helfen, dass die Lunge erhalten bleibt (*Lebenstrieb*) und sorgen dafür, dass es nicht zu einer Abstoßung kommt (*Todestrieb*).

Eine weitere Sichtweise, die in Erwägung gezogen werden könnte, ist, dass das Pronomen *sie* sich auch auf die wertvollen Inhalte der Mutter, wie z.B. der Muttermilch (Klein, 1930, 1946), beziehen könnte. Die Mutter auszusaugen und so den guten Inhalt (Muttermilch) aufzunehmen, würde dem Baby bzw. der Patientin helfen, zu überleben (*Lebenstrieb*). Werden die verdaute Muttermilch bzw. die Lunge wieder ausgestoßen, würde diese Ausstoßung bzw. die Abstoßung im Zeichen des *Todestriebes* stehen.

Dass der binäre Konflikt zwischen *Lebens- und Todestrieb* zu Ambivalenzen führt, zeigt sich sowohl bei Männern wie bei Frauen. So schildert eine Patientin 23 (t₁): „Gestern musste ich mich übergeben, heute konnte ich sie behalten“. Hier wird die

Verflechtung von *Lebens- und Todestrieb* besonders deutlich, da infolge der inkorrekten Medikamenteneinnahme das Objekt ausgestoßen werden könnte. Das *Übergeben* kann als Entbindung von dem Objekt (Lunge) (*Todestrieb*), das Behalten auf die Bindung an das Objekt (*Lebenstrieb*) verstanden werden (vgl. z.B. Freud, 1923). Auch die Schilderung einer Patientin (29, t₁) von einem Zwiegespräch zwischen dem Teufel und einer weiteren Person, verdeutlicht die Verflechtung von *Lebens- und Todestrieb* (vgl. Zupančič, 2018): Der Teufel spricht, dass sie die Medikamente nicht nehmen soll (*Todestrieb*), während eine andere Person spricht: „Ja, jetzt beklage dich nicht, die Medikamente halten dich am Leben“ (*Lebenstrieb*).

Sollten sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der traumatischen und der konflikthafter Verarbeitung in zukünftigen Studien stärker konturieren, sollte sich die inhaltliche Schwerpunktsetzung innerhalb einer (psychotherapeutischen) Behandlung an den geschlechtsspezifischen Aspekten orientieren. Dabei könnte, je nach geschlechtsspezifischem Aspekt, die Fähigkeit zur Symbolisierung aufgebaut werden, die dem Patienten hilft, den komplexen medizinischen Eingriff zu verarbeiten.

6.1.5 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 4: Thematische und zeitliche Entwicklung des Transplantationskomplexes

In Betrachtung des *Transplantationskomplexes* über die unterschiedlichen Messzeitpunkte (t₁ = 2 Wochen, t₂ = 3 Monate, t₃ = 6 Monate) hinweg, zeigt sich ein eindeutig undulierender Verlauf. Zwei Wochen nach der Operation wird der Komplex am häufigsten präsentiert, während er zum zweiten Messzeitpunkt seltener erwähnt wird und ein halbes Jahr nach der Transplantation wieder häufiger direkt oder indirekt zur Sprache kommt. Ein möglicher Grund für diese Undulation bezieht sich darauf, dass sich die Patienten bei der ersten Erhebung noch im Krankenhaus befinden, da sie im Durchschnitt rund 4,5 Wochen (Seiler et al., 2015) postoperativ bereit werden mussten und die Transplantationserfahrung noch sehr frisch sind. Möglicherweise werden die Patienten durch die Tatsache der Hospitalisation und die Aktualität der Transplantationserfahrung eher mit den Aspekten des *Transplantationskomplexes* konfrontiert.

Ab dem zweiten Messzeitpunkt befanden sich die allermeisten Patienten zu Hause und waren vermehrt mit Alltagsanforderungen konfrontiert. Dadurch, dass diese alltäglichen Anforderungen eine große Belastung darstellen (vgl. Seiler et al., 2016a), werden weitere bedrohliche und unheimliche Phantasien möglicherweise abgewehrt. Abwehr sollte hier nicht negativ bewertet werden. Sie kann, genau wie der operative Denkstil (Eichenlaub, 2019), zunächst als eine Art Schutz vor Überforderung gesehen werden. Auf jeden Fall scheint sich der Fokus der psychischen Verarbeitung zu verschieben, weswegen die Patienten seltener zu diesem Zeitpunkt über innerpsychische Prozesse, wie dem *Transplantationskomplex*, berichten.

Dass die Hinweise auf den *Transplantationskomplex* zum dritten Erhebungszeitpunkt, also ein halbes Jahr nach der Transplantation, wieder zunehmen, könnte darauf zurückgeführt werden, dass die Patienten, nach den ersten Umstellungen zu Hause, wieder mehr Raum für innere Prozesse haben. Vielleicht sind sie auch weniger in die Abwehr verstrickt, weil sie die erste, kritische Zeit nach der Transplantation überlebt haben. Sie haben nun die Erfahrung gemacht, dass es sich mit der neuen Lunge leben lässt. Das traumatische Ereignis der Transplantation (vgl. Kapitel 6.1.3) kann vermutlich beim zweiten Erhebungszeitpunkt in den Hintergrund rücken und beim letzten Erhebungszeitpunkt weiter in einer integrierenden und prozesshaften Weise verarbeitet werden.

Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation). Dieser Aspekt wird drei Monate (t_2) nach der Transplantation am geringsten repräsentiert, während er zum ersten und dritten Erhebungszeitpunkt etwa gleichhäufig dargestellt wird. Zu Messzeitpunkt 1 und 3 wird dieser Aspekt primär indirekt dargestellt. Es könnte angenommen werden, dass die Vorstellung, dass fremde Objekte (Lunge) in den Körper dringen, nicht auf physischer und psychischer Ebene integriert werden kann und der Aspekt folglich indirekt repräsentiert wird (vgl. Balck, 2008; Lefebvre & Crombez, 1972; Neukom et al., 2011). Vereinzelt lassen sich zu Messzeitpunkt 1 direkte Hinweise finden. Diese werden jedoch operativ dargestellt und könnten so ebenfalls auf eine Abwehr der Vorstellung einer Inkorporation hinweisen. Hinweise darauf, dass ein Objekt aufgegessen wird, findet sich lediglich bei einer Patientin (drei Monate postoperativ) wieder.

Wie in der vorherigen Arbeit (Eichenlaub, 2019) dargestellt, kann die Aussage einer Patientin (29, t₂), dass sich etwas ständig mit Luft aufgefüllt und dann wieder – wie ein kaputter Ballon – entleert (Dekubitusmatratze), als Hinweis auf die latente Vorstellung der innerlich wahrgenommenen Zerrissenheit gesehen werden. Das Auffüllen mit Luft könnte für *die Inkorporation eines Objekts (Lunge)* stehen, während das Entleeren auf das *Abstoßen des neuen Organs* hinweisen könnte. Das Auffüllen könnte für den *Lebenstrieb*, das Entleeren für den *Todestrieb* stehen. Weiterhin könnte dadurch eine Ambivalenz gegenüber der Lunge bzw. dem Akt der *Inkorporation* deutlich werden.

Sechs Monate nach der Transplantation nehmen Hinweise darauf, dass *Objekte in den Körper dringen (Inkorporation)* wieder zu. Vor allem direkte Hinweise lassen sich dabei öfters finden. Im Sinne des Stufenmodells (Neukom et al., 2011) könnte davon ausgegangen werden, dass der Patient die Vorstellung eines eingedrungenen Objekts ein halbes Jahr nach der Operation integrieren kann und diesen Aspekt folglich wieder öfters direkt berichten kann.

Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie. Im Gegensatz zu dem allgemeinen Verlauf des *Transplantationskomplexes* zeigt sich bei diesem Aspekt ein gegenteiliger Verlauf: Die Hinweise bei der Betrachtung des gesamten *Transplantationskomplexes* nehmen bei Messzeitpunkt 2 ab, während sie bei der einzelnen Betrachtung des Aspekts *das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie* zunehmen. Auch hier könnte überlegt werden, ob die Entlassung aus dem Krankenhaus den Verlauf beeinflusst haben könnte.

Zwei Wochen nach dem komplexen medizinischen Eingriff lassen sich lediglich zwei indirekte Hinweise finden. Der Bericht über Obstipation kann dabei als indirekter Hinweis gesehen werden, bei dem der Verbleib des Organs im Körper sowie der Mitgliedsgedanke deutlich wird. Abgesehen von diesen beiden Ausnahmen finden sich überwiegend direkte Hinweise auf diesen Aspekt, bei denen Patienten schildern, dass die neue Lunge ein Teil von ihnen sei. Die Vorstellung, einen Fremdkörper in sich zu tragen, wird dabei verneint. Neben dem tatsächlichen Mitgliedsgedanken, nun Besitzer eines funktionierenden Organs zu sein, kann die überwiegend positive Darstellung auch mit den Erwartungen, das neue Organ in die Organfamilie integrieren zu müssen, zusammenhängen. Die überaus positive Darstellung des

Aspekts, dass *das neue Objekt (Lunge) Teil der Organfamilie* ist, erinnert zwei Wochen nach der Operation stark an die Phase der *Naiveté* (Dabbs et al., 2004). In dieser Phase werden negative Aspekte, in dem Fall, dass das neue Objekt *kein* Mitglied der eigenen Organfamilie ist, verleugnet (Dabbs et al., 2004).

Drei Monate nach der Transplantation kommt der Aspekt, *dass das neue Objekt (Lunge) Teil der Organfamilie ist*, am häufigsten vor. Dabei steht vor allem die Sorge im Vordergrund, dass die Lunge plötzlich *nicht* mehr Teil der Organfamilie ist, da sie abgestoßen werden kann. Indirekt wird diese Sorge durch den Bericht von Diarrhoe dargestellt, was auf den Verlust des Organs hinweisen könnte. Selten berichten die Patienten von positiven Gefühlen, die sich auf den Mitgliedsgedanken beziehen. Der Grund, warum Patienten vermehrt von der Sorge berichten, dass das *neue Objekt nicht mehr Mitglied der Organfamilie* sein könnte, könnte durch die neue Umgebung, nicht mehr hospitalisiert zu sein, zurückgeführt werden.

Die neuen Anforderungen im Alltag gestalten sich für den Patienten als sehr herausfordernd (vgl. Seiler et al., 2016a). Diese Herausforderungen könnte sich vermutlich negativ auf die psychische Integration der Lunge, die Teil der Organfamilie werden soll, auswirken. Die negativen Aspekte wahrzunehmen und nicht mehr zu leugnen, könnte für die zweite Stufe (*Vulnerability*) im Modell von Dabbs und Kollegen (2004) sprechen. Der häufige Bericht zu Messzeitpunkt 2 könnte an dieser Stelle als eine Art Bewältigungsversuch der dramatischen Vorstellung, dass das Organ durch eine Abstoßung *nicht* mehr Mitglied der eigenen Organfamilie ist, gesehen werden (*Discovery*, Dabbs et al., 2004).

Ein halbes Jahr später (t_3) nehmen die Hinweise auf den Aspekt, dass *das neue Objekt (Lunge) Mitglied der Organfamilie ist*, wieder ab. Wird die Überlegung des obigen Aspekts (*Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation)*) herangezogen, könnte die Abnahme der Hinweise dafür sprechen, dass die Patienten die Lunge auf psychischer Ebene integrieren – sie befinden sich sozusagen im letzten Stadium des Stufenmodells: *vollständige Internalisierung* (Neukom et al., 2011).

Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung). Die Äußerungen, die sich als *Empfänger ist der Spender (Identifizierung)* codieren lassen, nehmen von Erhebungszeitpunkt 1 zu 2 leicht zu. Im Gegensatz dazu nehmen sie ein halbes Jahr nach der Transplantation deutlich ab. Es könnte davon ausgegangen werden, dass sich die Patienten zu den ersten beiden Messzeitpunkten noch in der ersten Phase des Stufenmodells (*Fremdkörperstadium*, Neukom et al., 2011), befinden und aus diesem Grund vermehrt über die Identifizierung mit dem Spender, z.B. durch den Bericht von übernommenen Eigenschaften, berichten. Wie durch frühere Studien postuliert, scheint die Identifizierung dem Empfänger zu helfen, die Lunge zu integrieren und den komplexen medizinischen Eingriff auf diese Weise zu verarbeiten (vgl. Goetzmann et al., 2007, 2009; Kirsch, et al., 2003; Quintin, 2013). Diese Annahme könnte die leichte Zunahme des Anstiegs zu t_2 , bei dem die meisten Patienten aus dem Transplantationszentrum entlassen wurden, bekräftigen – die Identifizierung hilft, das schwere Ereignis auch nach der Entlassung verarbeiten zu können.

Im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt nehmen die indirekten Hinweise auf die Identifizierung mit dem Spender drei Monate nach der Transplantation ab. Dies spricht dafür, dass die Identifizierung mit dem toten Spender nicht mehr abgewehrt werden muss und die Identifizierung nicht mehr hauptsächlich durch indirekte Hinweise repräsentiert wird.

Ein halbes Jahr nach der Transplantation kommen Berichte bezüglich der Identifizierung mit dem Spender insgesamt kaum noch vor. Es könnte daher davon ausgegangen werden, dass die Identifizierungsprozesse mit dem Spender vermutlich abgeschlossen sind bzw. eine Identifizierung mit mehr nötig ist. Werden die Hypothesen von Muslin (1971, 1972) herangezogen, wird der Spender von einem inneren zu einem äußeren Objekt. Untermuert werden könnten diese Annahmen durch die Arbeiten von Schilder (1923). Er beschrieb mit seinem Konzept der *Appersonisierung* einen Vorgang, bei dem sich die Person mit den Körpereigenschaften des *Anderen*, in dem vorliegenden Fall die des Spenders, identifiziert (*body intercourse*) (Leuschner, 2017; Schilder, 1923). Durch den Vorgang der *Appersonisierung* könnte es in dem vorliegenden Fall einerseits zu einer Modifizierung des eigenen Körperbildes bzw. zur Überwindung des verletzten Körperschemas (vgl. Brosig & Woidera, 1993) kommen. Vor allem aber würde es die (unbewusste) Identifizierung mit dem Spender ermöglichen, dass der Empfänger dessen Lunge als eigene

Lunge erleben kann: Wenn der Empfänger (wie) der Spender ist, gehört ihm auch dessen Lunge.

Es kann festgehalten werden, dass der Empfänger sich im prozesshaften Verlauf mit dem Spender zunächst identifiziert (t_1 und t_2) und sich ein halbes Jahr nach der Transplantation von diesem als getrennt wahrnimmt (vgl. Muslin 1971, 1972; Neukom et al., 2011) – das neue Körperbild scheint, durch die Identifizierung mit dem Spender, modifiziert worden zu sein (vgl. Leuschner, 2017; Schilder, 1923).

Resümierend zeigt sich, dass die einzelnen Aspekte des *Transplantationskomplexes* über die drei Messzeitpunkte unterschiedlich häufig und verschieden (indirekt, direkt) repräsentiert werden und so den undulierenden Verlauf begünstigt haben könnten. Der undulierende Verlauf der einzelnen Aspekte zeigt, dass die Verarbeitung einer Lungentransplantation keine lineare und gleichmäßige ist (vgl. Lefebvre & Crombez 1972; Lefebvre et al., 1973; Muslin, 1971, 1972). Im kleinianischen Sinne (Klein, 1930, 1946, 1960) könnte die Beziehung zur Spenderlunge (Objekt) als Objektbeziehung charakterisiert werden (vgl. Decker, 2004; Neukom et al., 2012). Die Position zum inneren Objekt, wie der Lunge, stellt dabei eine lebenslange und intrapsychische Entwicklung an den Patienten dar. Diese kann durch äußere und innere Faktoren beeinflusst werden, was erneut für den undulierenden Verlauf spricht.

6.1.6 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 5: Zusammenhang zwischen dem gesamten Transplantationskomplex und EQ-5D

Auf Grund nicht erfüllter Kriterien für die Verwendung der einfachen linearen Regression kann nicht überprüft werden, ob der gesamte *Transplantationskomplex* (d.h. nicht in seine einzelnen Aspekte untergliedert) die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinflusst. Der alternativ berechnete Zusammenhang zeigt, dass über alle drei Messzeitpunkte hinweg kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem qualitativen und dem quantitativen Maß besteht. Dass zwischen den Maßen kein Zusammenhang besteht, kann auf mehrere Gründe zurückgeführt werden. Auf der einen Seite kann das Ergebnis durch die unterschiedlichen Forschungsmethoden beeinflusst worden sein, während es auf der anderen Seite auf inhaltliche Aspekte zurückgeführt werden kann.

Das quantitative Maß (EQ-5D) hebt sich insbesondere durch die Subjektivität des Patienten vom qualitativen Maß ab. Neben der selbstdeklarierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann auch die soziale Erwünschtheit der Patienten dazu geführt haben, dass die Lebensqualität vom ersten Messzeitpunkt hin zum zweiten Erhebungszeitpunkt signifikant ansteigt und dann stabil bleibt. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität als überwiegend positiv darzustellen, kann neben tatsächlichen Erfolgen durch das Transplantat auch mit den Erwartungen an eine sich verbessernde Zufriedenheit zusammenhängen. Diese Erwartungen kann der Patient an sich selbst, an das neue Organ oder auch an das Behandlungsteam selbst stellen. Negative Gefühle bzw. eine Abnahme oder schlechte gesundheitsbezogene Lebensqualität könnten in Folge dessen vom Patienten tabuisiert werden und so die Angaben des statistischen Maßes beeinflusst haben.

Die Identifizierung des *Transplantationskomplexes* kann, trotz der theoretischen Fundierung ebenfalls durch unbewusste Prozesse, wie Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, beeinflusst werden. An dieser Stelle zeigt sich der mitunter größte Unterschied: Das quantitative Maß kann durch die Subjektivität und die soziale Erwünschtheit des Patienten und das qualitative Maß durch subjektive Prozesse der Raterin bedingt worden sein kann. Des Weiteren werden durch das qualitative Maß Auffälligkeiten miteinbezogen, die „in die latente Sinnenebene hineinführen“ (Lorenzer, 1990, S. 266). Dadurch wird sich auf die Analyse von unbewussten Material konzentriert, das womöglich die Verbalisierungsfähigkeiten des Patienten überstiegen hat und so, etwa in der Bearbeitung des Fragebogens, von ihm selbst nicht präsentiert werden kann. Bei der Bewertung der Subskala *Angst/ Niedergeschlagenheit* des EQ-5D kann der Patient beispielsweise frühe, präverbale Ängste nicht verbalisieren und sie in Folge dessen nicht auf einer vorgegeben mehrstufigen Likert-Skala darstellen. Durch die Anforderungen eines Fragebogens werden lediglich bewusste Vorstellungen abgerufen, während es sich beim *Transplantationskomplex* womöglich um ein Konzept handelt, das gar nicht erst mental präsentiert wird.

Sowohl beim *Transplantationskomplex* als auch bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität handelt es sich um Konstrukte. Dass diese als dynamische Konstrukte zu verstehen sind, wurde durch Renneberg & Lippke (2006), durch die vorangegan-

gene Studie (Goetzmann et al., 2008) und durch die vorherige Fragestellung untermauert. Auf Basis dieser Postulierungen kann der Überlegung nachgegangen werden, ob solche Konstrukte überhaupt in einem Zusammenhang stehen können, was sich ebenfalls durch die unterschiedlichen Verläufe über die drei Messzeitpunkte hinweg zeigt: Während die gesundheitsbezogene Lebensqualität über die ersten Messzeitpunkte hinweg steigt und ab dem dritten Messzeitpunkt stabil bleibt, zeigt sich beim *Transplantationskomplex* hingegen ein undulierendes Profil. Der Verlauf der beiden Konstrukte kann dabei durch unterschiedliche Einflüsse (vgl. Kapitel 2.2.3, Kapitel 2.2.4) beeinflusst worden sein.

Neben der präverbalen Ebene der Verarbeitung sollte ebenfalls die imaginär-körperliche Ebene herangezogen werden, in welcher der *Transplantationskomplex* überwiegend eingebettet ist (vgl. Kapitel 6.1.1). Dabei kann der *Transplantationskomplex* als psychisches Konstrukt gesehen werden, welches die körperliche Erfahrung, die etwa aus präverbalen Erfahrungen besteht, inkludiert. Auf Basis dieser Annahme könnte der Überlegung nachgegangen werden, dass der *Transplantationskomplex* lediglich mit rein körperlich bezogenen Konzepten in einem Zusammenhang steht. Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden hingegen nicht nur körperliche Dimensionen abgefragt, sondern auch psychische Komponenten, wie die *Selbstversorgung* oder die *Angst/ Niedergeschlagenheit*. Schlussfolgernd handelt es sich dabei nicht um ein Maß, welches ausschließlich die körperliche Dimension abbildet. Um diese Annahme zu überprüfen, kann etwa der Fragebogen zur psychosomatischen Totalität herangezogen werden, der derzeit im Rahmen einer anderen Doktorarbeit entwickelt wird.

6.1.7 Diskussion weiterer Ergebnisse Fragestellung 5: Zusammenhang einzelner Aspekte des Transplantationskomplexes und der Lebensqualität

Drei Monate postoperativ zeigt sich ein mittelstarker negativer Zusammenhang zwischen dem Aspekt, dass *Objekte ausgestoßen werden können* und der Lebensqualität (EQ-5D) von lungentransplantierten Patienten. Das bedeutet, dass ein Anstieg der Lebensqualität zu Messzeitpunkt zwei in Zusammenhang mit geringeren Hinweisen auf den Aspekt, *dass das Objekt wieder ausgestoßen werden kann*, steht.

Umgekehrt bedeutet dies, dass Patienten, bei denen sich eine geringere Lebensqualität messen lässt, vermehrt von dem Aspekt, *dass Objekte ausgestoßen werden können*, berichten. Es kann angenommen werden, dass eine geringere Angst vor der Abstoßung des Organs mit einer besseren Lebensqualität einhergeht, was die klinische Relevanz der Abstoßungsthematik zeigt. Warum dieser Zusammenhang gerade bei Messzeitpunkt 2 auftritt, kann etwa darauf zurückgeführt werden, dass die Patienten nicht mehr hospitalisiert sind. Dass dieser Zusammenhang lediglich zu einem Messzeitpunkt festgestellt werden kann, spricht erneut für die dynamischen Konstrukte (vgl. Kapitel 6.1.6) und die prozesshafte Verarbeitung einer Lungentransplantation (vgl. Kapitel 2.2.3).

6.1.8 Diskussion der Ergebnisse zur Fragestellung 6: Zusammenhang zwischen dem gesamten Transplantationskomplex und der Adhärenz

Auch bei Fragestellung 6 wurden die Voraussetzungen für die Durchführung einer einfachen linearen Regression verletzt, weshalb keine Aussagen über den möglichen Einfluss des *Transplantationskomplexes* auf die selbstdeklarierte Adhärenz getroffen werden können. Die alternativ berechnete Korrelation zeigt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem gesamten *Transplantationskomplex* (d.h. nicht seine seiner Einzelaspekte) und der Adhärenz der Patienten. Wie in der obigen Fragestellung (vgl. Kapitel 6.1.7) herausgearbeitet, können die möglichen Ursachen für den nicht vorhandenen Zusammenhang vielschichtig sein. Es können sowohl methodische als auch inhaltliche Aspekte herangezogen werden, die den Zusammenhang womöglich beeinflusst haben.

Methodisch grenzen sich das qualitative und das quantitative Maß durch die unterschiedliche Subjektivität der Aussagen voneinander ab. Bei dem Fragebogen (TxEQ-D) werden Aussagen durch Items vorgegeben, bei denen der Patient entscheidet, ob er diesen Aussagen zustimmt. Die Subjektivität liegt vor allem in dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit, d.h. dass Transplantationspatienten möglicherweise dazu tendieren, eine hohe Adhärenz anzugeben, weil sie vermuten könnten, dass eine hohe Adhärenz erwartet wird. Bei dem *Transplantationskomplex* treffen die Patienten selbst Aussagen über deren unbewussten Gehalt, über jenen sie sich unter Umständen nicht im Klaren sind. Bereits Seiler und Kollegen (2016a) stellten fest, dass die Patienten im Durchschnitt einem non-adhärenten Verhalten,

was sich auf die Medikamenteneinnahme bezog, nicht zustimmten. Das an sich schon ausgeprägte adhärenente Verhalten stieg dann im Zeitverlauf noch weiter an. Diese Ergebnisse festigen die Annahme von Götzmann und Kollegen (2008), bei denen besonders lungentransplantierte Patienten von adhärenentem Verhalten berichten. Insofern sollte berücksichtigt werden, dass Störvariablen, wie die sozialen Erwünschtheit, hier einen tatsächlichen Einfluss haben könnten.

Im Einzelnen lässt sich sagen: Patienten könnten z.B. die Phantasie haben, dass das Behandlungsteam in die Daten einsieht und so über die inkorrekte Medikamenteneinnahme informiert wird. Um die Beziehung zum Ärzteteam nicht zu gefährden, können sich folglich verfälschte positive Ergebnisse zeigen, was erneut die Vorstellung einer Abhängigkeit vom Behandlungsteam, die vom Patienten als belastend erlebt werden kann, untermauert (vgl. Brosig & Woidera, 1993; Castelnovo -Tedesco, 1973; Neukom et al., 2011). Die Verantwortung einer korrekten Medikamenteneinnahme gegenüber dem Behandlungsteam wurde von Seiler und Kollegen (2016a) berichtet. Durch die möglicherweise erlebte Verpflichtung und Abhängigkeit wird deutlich, dass die Beziehung zum Ärzteteam als paternalistisch erlebt wird und so in frühe Bindungsmuster eingebettet sein kann.

Obwohl im späteren Verlauf des Kapitels auf weitere inhaltliche Gründe eingegangen wird, soll die Verknüpfung mit frühen Bindungsmustern an dieser Stelle vertieft werden. Auf Grund der Tatsache, dass der *Transplantationskomplex* in einem *traumatischen Prozess* eingebettet ist (vgl. Kapitel 6.1.3), kann der Überlegung nachgegangen werden, dass der Patient mit diesem Erleben überfordert ist und die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten, z.B. in Form von Ressourcen, als eingeschränkt wahrnimmt. Gerade bei männlichen Patienten, bei denen der Aspekt, dass *das Objekt ausgestoßen werden kann*, traumatisch wahrgenommen wird, kann überlegt werden, ob diese das adhärenente Verhalten positiv darstellen, um die Beziehung zu dem Behandlungsteam nicht zu gefährden. Besonders in Bezugnahme der medikamentenbezogenen Adhärenz, welche ein Abstoßen des Organs verhindert, wird diese Idee bekräftigt. Es kann auch die Bedrohung, durch das verfolgende Objekt (analog der Objektbeziehungstheorie) sowie entstehende Über-Ich-Ängste sein, die im Allgemeinen dazu geführt haben, dass die Patienten, ausgenommen von zwei Ausnahmen, von einem guten adhärenenten Verhalten berichten. Durch

diese vermutliche Rückkehr des Verdrängten wird die Komplexität der Arzt-Patienten-Beziehung deutlich.

Beim *Transplantationskomplex* sind es hingegen unbewusste und subjektive Vorgänge innerhalb der Datenauswertung, die das Ergebnis und die Identifizierung womöglich beeinflusst haben könnten. Besonders durch die Analyse der indirekten Hinweise kann ein Zugang zum unbewussten Erleben lungentransplantierten Patienten erlangt werden, zu welchem diese, etwa durch Einschränkungen in der Verbalisierungsfähigkeit oder fehlender mentaler Präsentation, nicht gelangen können. Dabei spielt die Raterin eine große Rolle, die Auffälligkeiten identifiziert, die dann wiederum „in die latente Sinnebene hineinführen“ (Lorenzer, 1990, S. 266). Bei der Beantwortung eines Fragebogens, in Form der Bewertung der selbstdeklarierten Adhärenz anhand einer fünf-stufigen Likert-Skala, wird vermutlich eine andere Bewusstseinssebene des Patienten angesprochen.

Darüber hinaus kann der Ansatz der obigen Fragestellung erneut aufgegriffen werden. Beim *Transplantationskomplex* handelt es sich um ein dynamisch und prozesshaft zu verstehendes Konstrukt. Durch die multifaktorielle Beeinflussung (vgl. Kapitel 2.2.2) kann auch bei der Adhärenz von einem dynamischen Phänomen ausgegangen. Auf Grund der sich daraus möglicherweise unterschiedlich zeigenden Verläufe kann der nicht vorhandene Zusammenhang auch auf die Phänomenologie der Maße zurückgeführt werden.

Nicht zuletzt sollten auch bei dieser Fragestellung die Ergebnisse von Fragestellung 1 (Co-Occurrence Analyse des *Transplantationskomplexes* mit dem *Transplantationskomplex*) mit einbezogen werden. Die vorgetragenen Argumente sowie die Ergebnisse dieser Fragestellung zeigen, dass der *Transplantationskomplex* die körperliche Erfahrung des Patienten enthält und so womöglich nur mit körperbezogenen Maßen in Verbindung stehen kann. Die Adhärenz hingegen versteht sich als Subskala einer Testbatterie zur Untersuchung der psychischen Verarbeitung einer Organtransplantation (TxEQ-D) und ist so kein Maß, welches ausschließlich die körperliche Dimension umfasst.

Abschließend sollte betont werden, dass der Rolle des *Transplantationskomplexes* innerhalb der psychischen Verarbeitung einer Lungentransplantation auf Grund der

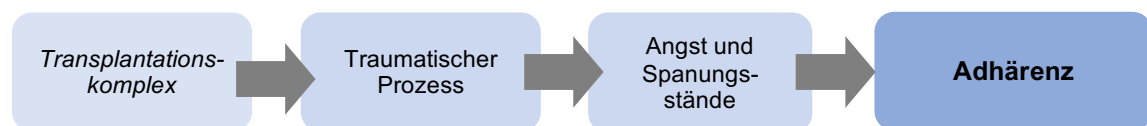
Ergebnisse nicht weniger Beachtung beigemessen werden sollte. Viel mehr spricht es dafür, dass der *Transplantationskomplex* auf einer sehr frühen, präverbalen Ebene verarbeitet wird und so womöglich nicht bzw. nur in Einzelfällen im Zusammenhang mit Fragebögen stehen kann, die eine mentale Präsentation, etwa über die Lebensqualität oder die Adhärenz, erfordern. Das Miteinbeziehen des *Transplantationskomplexes* scheint unumgänglich, da der Komplex psychische Konzepte nicht direkt, sondern auf indirektem Weg, beeinflussen könnte.

Sollte die Störvariable (soziale Erwünschtheit) zukünftig dadurch kontrolliert werden, dass die Adhärenz sowohl fremd- als auch selbstbeurteilt wird und so ganzheitlich betrachtet wird, könnte sich das Erscheinungsbild, der durchweg positiv berichteten Adhärenz, verändern. Mögliche Veränderungen oder ein nonadhärentes Verhalten könnte rückführend auf den *Transplantationskomplex*, als eine mögliche Ursache, zurückgeführt werden.

Auf Grund der Einbettung des *Transplantationskomplexes* innerhalb eines *traumatischen Prozesses* (vgl. Kapitel 6.1.3) kann es innerhalb der lebenslangen psychischen Verarbeitung zu Angst-, und Spannungszuständen kommen (vgl. Kapitel 2.2.4). Diese können sich dann, laut Angaben der WHO (2003), wiederum auf die Adhärenz auswirken. Die Idee, dass der *Transplantationskomplex* adhärentes Verhalten sekundär beeinflussen kann, wird in Abbildung 13 veranschaulicht.

Abbildung 13

Sekundäre Beeinflussung der Adhärenz durch den Transplantationskomplex



Quelle. Eigene Darstellung in Anlehnung an Goetzmann et al. (2019a); WHO (2003)

6.1.9 Diskussion weiterer Ergebnisse Fragestellung 6: Zusammenhang Transplantationskomplex und Adhärenz

Die gesonderte Betrachtung der Aspekte des *Transplantationskomplexes* zeigt, dass während des ersten und des zweiten Messzeitpunkts durchaus ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Adhärenz und dem Aspekt, dass *das neue Objekt nun Mitglied der Organfamilie ist*, besteht. Das bedeutet, dass vermehrte Hinweise auf diesen Aspekt mit erhöhter Adhärenz in einem Zusammenhang stehen. Umgekehrt sprechen weniger Hinweise für eine geringere selbstdeklarierte Adhärenz. Der Zusammenhang lässt sich bei beiden Messzeitpunkten als moderat einschätzen.

Dieses wichtige Ergebnis zeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Erleben, dass die Lunge zur Organfamilie gehört und dem Ausmaß der medikamentösen Adhärenz besteht, gibt. Möglicherweise ist es so, dass Patienten, die ihre Lunge als Teil einer (intakten) Organfamilie erleben, d.h. in der Lage sind, das Phantasma entwickeln, dass ihr Körper eine Familie mit einzelnen Mitgliedern ist, für das neuste Mitglied besonders sorgen, indem sie dessen Abstoßung durch die zuverlässige Einnahme von Immunsuppressiva verhindern wollen. Ferner könnten Patienten, die eine hohe Adhärenz zeigen, auch dazu tendieren, ihre Lunge als ein *soziales* Gebilde integriert zu erleben. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass eine gute Zusammenarbeit des Behandlungsteams mit dem Patienten (= gute Adhärenz) im Zusammenhang mit einer guten Integration des neuen Organs steht, was die Wichtigkeit einer guten Beziehung und Kooperation zwischen Patient und Ärzten untermauert. Auf der anderen Seite könnte das signifikante Ergebnis auch durch den Zusammenhang zwischen sozialer Erwünschtheit bzw. der paternalistischen Beziehung zum Behandlungsteam und dem unbewussten Phantasma einer *intakten* Familie bedingt worden sein. Das heißt, dass die soziale, familiäre Integration einen Anpassungszwang (soziale Erwünschtheit) mit sich zieht.

Ein halbes Jahr nach der Transplantation findet sich dieser Zusammenhang mit Adhärenz und familiären Phantasma nicht mehr. Eine Erklärung lautet, dass die neue Lunge subjektiv nicht mehr so gut integriert ist (vgl. Muslin, 1972; Neukom et al., 2011), dass die Adhärenz nicht mehr dieselbe Rolle wie zwei Wochen bzw. drei Monate nach der Transplantation spielt.

Zudem könnte die wahrgenommene Bedrohung, die Beziehung zum Ärzteteam nicht zu gefährden, ein halbes Jahr nach der Operation auch abnehmen, weshalb sich der Zusammenhang mit dem Aspekt des *Transplantationskomplexes* auch nicht mehr identifizieren lässt, da die Patienten womöglich weniger sozial erwünscht antworten. Der Patient übernimmt womöglich mehr Verantwortung für die Integration der Lunge in die Organfamilie und nimmt die Abhängigkeit zum Behandlungsteam folglich als schwächer wahr.

6.2 Limitierungen

Eine wesentliche Limitierung der vorliegenden Arbeit stellt der geringe Stichprobenumfang ($N = 38$) dar. Die Einschränkung durch die kleine Stichprobengröße wird besonders bei dem Subgruppenvergleich von weiblichen ($n_w = 18$) und männlichen ($n_m = 20$) Studienteilnehmern deutlich. Bei diesem kleinen Sample kann von einer geringen statistischen Power ausgegangen werden. Das bedeutet beispielsweise, dass moderate Zusammenhänge bei einer größeren Stichprobe möglicherweise stärker korrelieren würden. Dabei sollte jedoch nicht unbeachtet bleiben, dass Lungentransplantationen generell, im Vergleich zu weiteren Organtransplantationen, wie Niere, Leber oder Herz, deutlich weniger durchgeführt werden (Statista, 2020).

Bei der kleinen Stichprobengröße ist zudem die Verallgemeinerbarkeit (*externe Validität*) auf die Grundgesamtheit, in diesem Fall der lungentransplantierten Patienten, limitiert (vgl. Sarafino, 2005). Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass die Übertragbarkeit nicht das oberste Ziel der qualitativen Forschung ist (Mayring, 2007). Vielmehr ging es bei der vorliegenden Studie darum, eine heterogene Stichprobe, die sich hinsichtlich ihrer unbewussten psychischen Verarbeitung unterscheidet, zu untersuchen, um so neue Erkenntnisse gewinnen zu können. Dabei wird von dem *Prinzip der Varianzmaximierung* gesprochen (Patton, 2002). Die Methodik, etwa von manifesten Hinweisen der Patienten auf latente Inhalte zu schließen, kann in zukünftigen Studien Anwendung finden und so verallgemeinert werden. Die zugrundeliegende Methodik, wie die Forscherin zu den Erkenntnissen gelangt ist, zu verallgemeinern, wird von Mayring als die „bescheidenste“ Ebene der externen Validität beschrieben (Mayring, 2007, S. 4). Hierbei sollte jedoch darauf hingewiesen, dass es weitere Replikationen benötigt, welche den Erkenntnisgewinn einer solchen Methodik untermauert (vgl. Yin, 2005).

Kritisch angemerkt werden sollte, dass durch die ausschließlich postoperative Erhebung keine Aussagen darüber getroffen werden können, ob die Patienten bereits vor oder erst durch die Transplantation, als traumatisches Ereignis, belastet waren. Zudem handelt es sich bei den Interviews lediglich um Momentaufnahmen, welche durch den relativ kurzen Erhebungszeitraum (6 Monate postoperativ) eingeschränkt zu betrachten sind (vgl. Goetzmann et al. 2018). Fraglich ist jedoch, ob Erhebungszeiträume, die über ein halbes Jahr hinausgehen, noch gewinnbringend wären. Wie die Studie von Köllner und Kollegen (2004) zeigt, nimmt die Bereitschaft, an Gruppen teilzunehmen, im Zeitverlauf ab. Grund hierfür könnte sein, dass sich die Patienten nach einem Leben sehnen, bei welchem der schwere medizinische Eingriff einer Transplantation nicht mehr im Zentrum der Aufmerksamkeit steht (vgl. Köllner et al., 2004). Auf die vorliegende Studie übertragen, würde dies bedeuten, dass die Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, im Zeitverlauf abnehmen würde, da sich die Patienten nicht mehr mit der Lungentransplantation auseinandersetzen möchten. Dies könnte dazu führen, dass das effektive Sample im Zeitverlauf kleiner werden würde und Analysen über die verschiedenen Messzeitpunkte nicht mehr gewinnbringend wären.

Weiterhin ist die Übertragbarkeit dahingehend eingeschränkt, dass die Studie lediglich Personen eingeschlossen hat, die psychisch und physisch in der Lage waren, an den Interviews teilzunehmen (Seiler et al., 2016a, b). Dieser Ausschluss ist jedoch klinisch gerechtfertigt, da diese Personengruppe durch die Teilnahme an der Studie nicht zusätzlich belastet werden sollte. Positiv hervorzuheben ist, dass während der Studie keine weiteren Ausreißer ausgeschlossen wurden, um so auch extremere Werte miteinzuschließen und für die Analyse nutzen zu können.

Kritisch betrachtet werden sollte, dass manche Einflüsse, etwa das Alter, die zugrundeliegende Lungenerkrankung oder die soziale Erwünschtheit, nicht beachtet worden sind. Ein weiterer Einfluss auf die Ergebnisse, der ebenfalls keine Berücksichtigung fand, ist die unterschiedliche Befragungstechnik der Psychologinnen, die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie) angehören. Je nach Interviewerin unterschieden sich die Interviews z.B. hinsichtlich ihrer Interviewdauer. Dass die Interviews dennoch miteinander verglichen werden können, wurde durch das semi-strukturierte Interview sichergestellt.

Die Limitierungen der qualitativen Methode anhand der klassischen Gütekriterien (Objektivität, Validität und Reliabilität) zu bewerten, wird kontrovers diskutiert (vgl. Steinke, 2008). Bei qualitativen Studien kann das Nebengütekriterium der Ökonomie besonders hervorgehoben werden. Der gesamte Prozess der Studie (Vorbereitung, Durchführen der Interviews, Transkription, Codieren und Auswerten) hat erhebliche zeitliche Ressourcen in Anspruch genommen, was eine zeitige Replikation der Studie mit einer größeren Stichprobenanzahl als herausfordernd gestaltet.

Trotz der Tatsache, dass die Raterin die Interviews nicht selbst geführt hat, keinen persönlichen Kontakt zu den Patienten pflegt, sondern nur das transkribierte Material vorliegen hatte, können unbewusste, subjektive Gegenübertragungsphänomene nicht ausgeschlossen werden. Die eingeschränkte Objektivität sollte, besonders vor dem Hintergrund der Grundlagenforschung, nicht ausschließlich negativ bewertet werden (vgl. Bortz & Döring, 2006). Durch die einfließende Subjektivität konnte Material identifiziert werden, welches „in die latente Sinnebene hineinführt“ (Lorenzer, 1990, S. 266). Durch diese Vorgehensweise konnte bedeutsames Material gewonnen werden.

Angemerkt werden sollte, dass nicht bei allen Codes (siehe Anhang B) von einer perfekten Übereinstimmung ausgegangen werden kann. Eine perfekte Übereinstimmung bei allen Codes ($c\text{-}\alpha\text{-binary} = 1.0$), die eine hohe Interpretationsleistung erfordern, anzustreben, ist jedoch kaum möglich. Dass alle Werte in einem sehr guten Bereich liegen ($c\text{-}\alpha\text{-binary} > 0.8$), sollte dabei besonders positiv hervorgehoben werden. Kritisch angemerkt werden sollte, dass das Gegenraten von einem weiteren Mitglied der Forschungsgruppe (Lena Barth) durchgeführt wurde und nicht von einer externen Person, was möglicherweise die Verallgemeinerbarkeit der Übereinstimmungsmessung einschränken könnte. Lena Barth kannte jedoch vorab keinen der Codes und hatte diese auch nicht für die eigene Arbeit verwendet, weshalb die Verallgemeinerbarkeit dennoch gegeben ist.

Limitierend ist, dass vorab keine *strengen* methodischen Regeln (Steinke, 2008) für die Codierung des Materials festgelegt wurden. Das Kriterium, welches vorab für die Codierung eines Zitats festgehalten wurde, war die Codierung von inhaltlichen Zusammenhängen. Kritisch angemerkt werden sollte dabei die subjektive Bewertung eines Sinnzusammenhangs. Im Gegensatz zu diesem *weichen* Kriterium auf

strenge Kriterien, etwa der Codierung von Sätzen oder Wörtern zurückzugreifen, erscheint, gerade vor dem Hintergrund der Erfassung von psychischen Verarbeitungsprozessen, nicht gewinnbringend. Bei der Häufigkeit der Codierungen kann daher zunächst nur von einer *Pseudoquantität* ausgegangen werden, weshalb sich die Arbeit zunächst tiefer auf die inhaltliche Darstellung konzentriert hat und die quantitative Darstellung lediglich einer ersten Orientierung dient.

Eine weitere Limitierung der qualitativen Forschung bezieht sich auf die Grenzen der Interpretierbarkeit. Die Autorin der vorliegenden Arbeit konnte lediglich auf Grund von direkten bzw. indirekten Hinweisen auf unbewusstes Material schließen und diese nicht mit dem Patienten zusammen validieren (vgl. Goetzmann et al., 2019a). Durch vorangegangene Studien wurde die Wichtigkeit von unbewussten Prozessen einer Lungentransplantation untermauert (vgl. Kapitel 2.2.4). Aus diesem Grund wird die Untersuchung von unbewussten Material klinisch gerechtfertigt.

Die eben erwähnten methodischen Verzerrungen sind durch die Hinzunahme von weiteren Methoden, etwa dem Einsatz von Fragebögen, kontrolliert worden (vgl. Steinke, 2008). Die Maße (EQ-5D, TxEQ-D) können hinsichtlich der Güte als zufriedenstellend angesehen werden (vgl. Klaghofer et al., 2008; Seiler et al., 2015). Sowohl bei den Interviews als auch bei den quantitativen Maßen kann allerdings, trotz der Anonymisierung der Daten (z.B. keine Erfassung von Namen), nicht ausgeschlossen werden, dass die Patienten sozial erwünscht geantwortet haben. Neben sozial erwünschten Aussagen können auch weitere Antworttendenzen (z.B. Tendenz zur Mitte) zu verzerrten Aussagen geführt haben.

6.3 Implementierungen für Forschung und Praxis

6.3.1 Implementierungen für zukünftige Forschung

Die Limitierungen der vorliegenden Arbeit zeigen die Notwendigkeit für weitere Untersuchungen auf. Damit die Ergebnisse zukünftiger Studien verallgemeinert werden können, sollte die Stichprobengröße erweitert werden, was bei quantitativen Analysen zu einer höheren statistischen Power führt.

Um Einflüsse auf die Ergebnisse besser kontrollieren zu können, sollte das Alter und die zugrundeliegende Erkrankung in die Analyse des Materials miteinbezogen

werden. Dabei könnte z.B. der jüngste mit dem ältesten Patienten verglichen werden, um mögliche Unterschiede festzustellen zu können. Zudem sollten die Interviews nur von einer Person durchgeführt werden, damit Einflüsse durch unterschiedliche Interviewtechniken, die durch die verschiedenen Therapieschulen bedingt worden sein könnten, ausgeschlossen werden können. Um sozial erwünschte Antworttendenzen zu kontrollieren, sollte die Testbatterie um ein Instrument ergänzt werden, welches die soziale Erwünschtheit erfasst (z.B. *Kurzskala soziale Erwünschtheit*, Kemper et al., 2012). Auch durch die Hinzunahme der Fremdbeurteilung (z.B. bei der Subskala der Adhärenz, TxEQ-D) könnten sich die Ergebnisse der durchweg positiv berichteten Adhärenz verändern.

Hinsichtlich der Überprüfung, ob die Patienten erst durch die Transplantation oder bereits vorher belastet oder traumatisiert waren, sollte eine zukünftige Studie zur Untersuchung des *Transplantationskomplexes* den Zeitraum vor der Transplantation berücksichtigen. In der Regel finden solche prätransplantären Erhebungen statt, wenn der Patient auf die Warteliste für ein neues Organ aufgenommen wird. Eine weitere Implikation für den Erhebungszeitraum wäre, dass die Dauer der postoperativen Erhebung verlängert wird. So könnte überprüft werden, wie sich bestimmte Phänomene, etwa der *Transplantationskomplex*, über einen längeren Zeitraum präsentieren und entwickeln. Interessant wäre dabei zu überprüfen, ob sich die gleichen Phänomene, wie bei der Studie von Köllner und Kollegen (2004) hinsichtlich der Abbruchquote, zeigen.

Für die statistische Auswertung empfiehlt es sich, weitere Testverfahren hinzuziehen. Unterschiede, z.B. zwischen den Geschlechtern oder den unterschiedlichen Messzeitpunkten, könnten so nicht nur inhaltlich analysiert werden, sondern auch hinsichtlich ihrer Signifikanz überprüft werden.

Im Allgemeinen zeigt die vorliegende Studie mögliche inhaltliche Ansätze für zukünftige Studien oder Testbatterien auf. Es kann z.B. überlegt werden, ob die Konzeptualisierung der Codes, die sich auf den *Ödipuskomplex* beziehen, auch in zukünftigen Studien mit einbezogen wird. Dabei könnte beispielsweise die Verknüpfung der Hinweise auf den *Ödipuskomplex* (allgemein, weiblich, männlich) mit der

Achse der psychosomatischen Totalität überprüft werden. Dadurch könnten Annahmen von Aron (2006) oder Benjamin (2004) untersucht werden, bei denen das Überwinden des *Ödipuskomplexes* mit dem symbolischen Denken verknüpft wird.

Die Denkstile bzw. die *Pole der Achse der Psychosomatischen Totalität* könnten zudem mit dem *Questionnaire of the Psychosomatic Symptom-Subject Constellation* (Q-SSC, Publikation in Vorbereitung) erfasst werden, der auf Basis von Interviews konzeptualisiert wurde. Dieser Ansatz würde sich auch für den *Transplantationskomplex* eignen. Das gewonnene Material der Einzelfallstudie (Goetzmann et al., 2019a), der Masterarbeit (Eichenlaub, 2019) sowie das der vorliegenden Arbeit könnte genutzt werden, um einen Fragebogen für den *Transplantationskomplex* zu erstellen, der die sieben Aspekte beinhaltet. Durch den Einsatz eines Fragebogens könnte der zeitliche Aufwand minimiert werden, was eine zeitnahe Durchführung der Studie gewährleisten könnte. Dieser Fragebogen könnte dann z.B. mit dem *Childhood Trauma Questionnaire* (deutsche Version Wingefeld et al., 2010) kombiniert werden, um die traumatische Natur des *Transplantationskomplexes* tiefer analysieren zu können. Zudem könnte der zu konzipierende Fragebogen als eine Art Screeninginstrument eingesetzt werden, was die inhaltliche Schwerpunktsetzung innerhalb eines möglichen anschließenden Interviews vereinfachen würde.

Für weitere tiefgreifende wissenschaftliche Analysen könnten neben einer größeren Stichprobenanzahl auch weitere Organtransplantationen einbezogen werden, um so überprüfen zu können, ob sich die dargestellten Phänomene lediglich bei der spezifischen Form der Transplantation (Lungentransplantation) finden lassen oder ob sich diese generalisieren lassen. Interessant wäre es auch, zu überprüfen, ob sich die Phänomene auch bei weiten komplexen medizinischen Eingriffen zeigen.

Abschließend empfiehlt es sich im Allgemeinen, qualitative Untersuchungsdesigns mehr in der Lehre von Forschungsmethoden an Universitäten zu berücksichtigen, um diesen Forschungszweig zu etablieren.

6.3.2 Implementierungen für Praxis

Zwar ist das qualitative Material, das vor allem zur weiteren Hypothesenbildung genutzt werden kann, hinsichtlich seiner Generalisierbarkeit unzureichend, um daraus Richtlinien für mögliche Manuale zu entwickeln, stellt aber dennoch mögliche Ansätze für die Behandlung von lungentransplantierten Patienten dar. Aus der Arbeit geht hervor, dass unbewusste Prozesse eine große Rolle innerhalb der psychischen Verarbeitung einer Lungentransplantation spielen und überwiegend auf eine traumatische Weise verarbeitet werden. Dieses Verständnis stellt sowohl auf Seiten des Ärzteteams, als auch auf Seiten des Patienten und seinem sozialen Umfeld eine große Wichtigkeit dar.

Die Berücksichtigung von unbewussten Prozessen, die durch die Lungentransplantation aktiviert werden können, könnte für die Aus- und Weiterbildung des Behandlungsteams, z.B. im Rahmen einer Supervision, genutzt und von Spezialambulanzen für Transplantationspsychologie angeboten werden. Das Behandlungsteam sollte darin ausgebildet werden, dass das Gesagte des Patienten nur „eine bewusste Oberfläche des Mentalen“ darstellt (Warsitz, 2019, S. 1). Angewandt auf die vorliegende Studie könnte etwa die Versprachlichung von Ängsten, *ein Organ ausstoßen*, als bewusste Oberfläche des Mentalen, als ein Verarbeitungsprozess einer Lungentransplantation verstanden werden. Diese Oberfläche verweist vermutlich auf eine unbewusste Verarbeitung, die etwa aus unbewussten Phantasien und frühkindlichen Urängsten (vgl. Klein, 1946, 1960) besteht und im Langzeitgedächtnis gespeichert ist (vgl. Moser, 2016).

Entgegen kritischen Stimmen, dass unbewusstes Material nur von Therapeuten identifiziert werden kann, könnte Reik herangezogen werden: „Es wäre natürlich Unsinn zu behaupten, dass die Sprache des Unbewussten nur von Psychoanalytikern verstanden wird“ (1976, S. 165). Reik nahm den Ausdruck von Nietzsche eines *dritten Ohrs* (für eine ausführliche Beschreibung vgl. Nietzsche, 1988) auf, um die innere Haltung zu beschreiben, die eingenommen werden sollte, um hinter die „Oberfläche des Mentalen“ (Reik, 1976; Warsitz, 2019, S. 1) zu gelangen. Bezugnehmend auf die vorliegende Studie sollte das Behandlungsteam „lernen, mit dem dritten Ohr zu hören. Es stimmt nicht, dass man schreien muss, um verstanden zu werden. Wenn man gehört werden will, dann flüstert man“ (Reik, 1976, S. 165).

Besonders durch die häufig operative (Eichenlaub, 2019) und traumatisch anklingende Darstellung des Erlebten, zeigt das Zuhören mit dem *dritten Ohr* eine gewinnbringende und erkenntnisreiche Möglichkeit auf, an das eigentliche und vermutlich traumatische unbewusste Erleben des lungentransplantierten Patienten zu gelangen. Wie Rüttner und Kollegen bei der Haltung der *Epoché* beschrieben, könnte auch das Zuhören mit dem *dritten Ohr* (Reik, 1976) „als Tunnel, Tor oder Eingang verstanden werden, welches in das Erleben mehr oder weniger unmittelbar hineinführen kann“ (Ruettnner et al., 2015, S. 723).

Das gewonnene Verständnis durch Aus- und Weiterbildungen könnte an die Patienten, mittels Psychoedukation, vermittelt werden. Im Vergleich zu anderen komplexen medizinischen Eingriffen, ist die Vermittlung von Wissen, durch eine Psychoedukation, bei Organtransplantationen äußerst defizitär (Johann & Erim, 2001) und konzentriert sich dabei überwiegend auf verhaltenstherapeutische Methoden (z.B. vgl. Köllner et al., 2004). Bezugnehmend auf die vorliegende Arbeit könnten die Patienten darüber aufgeklärt werden, dass die Lungentransplantation unbewusste Phantasien aktivieren kann, die traumatisch wahrgenommen werden können. Dabei sollten besonders vulnerable Patienten berücksichtigt werden. Normale, d.h. situationsadäquate Ängste, etwa ein Organ wieder auszustoßen, könnten dabei mit einer unbewussten Phantasie bzw. einer Urangst verbunden sein und sich so auf die psychische Verarbeitung auswirken. Aufgeklärt werden sollte dabei auch über die Wechselwirkung von Soma und Psyche: der psychische Schmerz kann auch körperlich gemeint sein, bzw. kann eine psychische traumatische Erfahrung identisch mit körperlichen Verletzungen sein (vgl. Ruettnner et al., 2015). Die Patienten sollten darüber informiert werden, dass die (unbewusste) Verarbeitung einer Lungentransplantation keine lineare ist und durch verschiedene Faktoren, etwa durch die Entlassung aus dem Krankenhaus, beeinflusst werden kann. Sollte sich erneut bestätigen, dass vermehrte Hinweise auf die (phantasierte) Abstoßung des Objekts in einem negativen Zusammenhang mit der Lebensqualität stehen, sollte dieser Aspekt nach Entlassung aus dem Transplantationszentrum besondere Beachtung finden – insbesondere dann, wenn die Ergebnisse aus Fragestellung 3 herangezogen werden, bei dem dieser Aspekt, vor allem bei männlichen Studienteilnehmern, in einem *traumatischen Prozess* eingebettet ist.

Eine weitere Entlastungsmöglichkeit stellt die soziale Unterstützung dar (vgl. z.B. Archonti et al., 2004; Goetzmann et al., 2007). Für die Praxis empfiehlt es sich, die Angebote der sozialen Unterstützung, etwa die Angliederung an Selbsthilfegruppen, auszubauen, worauf bereits der Bundesverband für Organtransplantierte hinwies (Köllner et al., 2002).

Resümierend zeigt sich, dass auf beiden Seiten ein Bewusstsein für unbewusste Prozesse gefördert werden sollte, welches die psychische Verarbeitung einer Transplantation und somit die Integration des neuen Organs fördern kann. Dadurch kann ein optimales Therapieergebnis sichergestellt werden.

7 Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung. Trotz langbestehender Transplantationsmedizin ist die bisherige Forschungslage zur psychischen, unbewussten Verarbeitung einer Lungentransplantation limitiert. Dieser soll durch die vorliegende Arbeit ein tieferes Verständnis entgegengebracht werden. Hierfür werden körperliche Symptome und geschlechtsspezifische Unterschiede sowie die Aktualisierung von oral-sadistischen Fantasien (*Transplantationskomplex*) beleuchtet. Letztere werden hinsichtlich ihrer posttransplantären und zeitlichen Entwicklung sowie ihrer Zusammenhänge mit der Lebensqualität und der Adhärenz der Patienten untersucht.

Methode. 38 lungentransplantierte Patienten wurden zu drei posttransplantären Messzeitpunkten in halbstrukturierten Interviews zu ihrer psychischen Verarbeitung befragt. Die qualitative Auswertung erfolgte durch die *Grounded Theory Methodologie* und die *Tiefenhermeneutik*. Quantitativ wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Adhärenz erhoben.

Ergebnisse. Der *Transplantationskomplex* ist überwiegend in der *imaginären Zone* (*Achse der psychosomatischen Totalität*) und innerhalb eines *traumatischen Prozesses* eingebettet und wird etwas häufiger von Frauen verbalisiert. Es zeigt sich ein undulierender Verlauf des *Transplantationskomplexes* über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte hinweg. Zwei Wochen postoperativ steht der Aspekt der *Organabstoßung* in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zwei Wochen und drei Monate postoperativ steht

der Aspekt des Mitgliedgedankens in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit der Adhärenz.

Diskussion. Die psychische Integration der Lunge ist ein imaginärer Akt bzw. ein Akt des Imaginären. Frauen verfügen vermutlich über körperliche Erfahrungsmuster, die den *Transplantationskomplex* weniger fremd erscheinen lassen. Das dynamisch erlebte Konstrukt wird von beiden Geschlechtern auf einer vor- bzw. unbewussten Ebene verarbeitet und stellt vermutlich eine nicht ausreichend mentalisierbare traumatische Erfahrung dar. Für die Integration des Organs stellt die Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam, auch nach Entlassung, einen wichtigen Faktor dar. Die Studie zeigt, dass die Berücksichtigung von unbewussten Prozessen, die durch die Lungentransplantation aktiviert werden können, unumgänglich scheint, um ein optimales Therapieereignis sicherzustellen.

IV Literaturverzeichnis

- Abraham, N. & Torok, M. (2008). *Kryptonymie. Das Verbarium des Wolfsmanns*. Engeler Verlag.
- Adt, V. (2020, 13. April). *Anstieg bei Organspenden in Deutschland*. Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111918/Anstieg-bei-Organspenden-in-Deutschland>
- Aisenstein, M. (2008). Beyond the Dualism of Psyche and Soma. *Journal of the Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36 (1), 103 – 123. <https://doi.org/10.1521/jaap.2008.36.1.103>
- Archonti, C., D'Amelio, R., Klein, T., Schäfers, H. J., Sybrecht, G. W. & Wilkens, H. (2004). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung bei Patienten auf der Warteliste und nach einer Lungentransplantation. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 54 (1), 17 – 22. <https://doi.org/10.1055/s-2003-812589>
- Aron, L. (2006). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 350 – 368. <https://doi.org/10.1516/15EL-284Y-7Y26-DHRK>
- Aversa, M., Chowdhury, N.A., Tomlinson, G. & Singer, L.A. (2018). Preoperative expectations for health-related quality of life after lung transplant. *Clin. Transplant*. 32 (10), e13394. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30160803/>
- Balck, F. (2008). Transplantationsmedizin, psychosoziale Aspekte. In H. Berth, F. Balck, & E. Brähler (Hrsg.). *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z* (S. 489–499). Hogrefe.
- Bell, D. (2013). Unconscious phantasy: historical and conceptual dimensions. *Bulletin of the British Psychoanalytic Society*, 49 (2), 16 – 25. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12586>
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5 – 46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>
- Bernath, M. (2014). *Die postmortale Organspende in der Schweiz* [Bachelorarbeit, Hochschule St. Gallen]. https://books.google.de/books?id=1ITnrQEA-CAAJ&dq=inauthor:%22Mara+Bernath%22&hl=de&source=gbs_navlinks_s
- Bettelheim, B. (1969). *Die Kinder der Zukunft*. Molden.
- Bion, W.R. (1962). *Lernen durch Erfahrung*. Suhrkamp Verlag.
- Blanck, G. (1969). Crossroads in the technique of psychotherapy. *Psychoanalytic review*, 56 (4), 498 – 510. <https://www.pep-web.org/document.php?id=psar.056d.0498a>

- Blanck, G. & Blanck, R. (1979). *Ichpsychologie II. Psychoanalytische Entwicklungspsychologie*. Klett-Cotta.
- Boehler, A. & Weder, W. (2014). Nach der Transplantation - Informationen zur Lungentransplantation, 3. Auflage [Informationsblatt für Patienten] Zürich: Transplantationszentrum Universitätsspital Zürich.
- Bohleber, W., Jiménez, J.P., Scarfone, D., Varin, S. & Zysman, S. (2016). Unbewusste Phantasie und ihre Konzeptualisierungen: Versuch einer konzeptuellen Integration. *Psyche*, 70, 24 – 59. <https://doi.org/10.13109/9783666451331.199>
- Bollas, C. (2013) *Catch them before they fall. The Psychoanalysis of Breakdown*. Routledge.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.) Springer.
- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory – Eine Einführung für die Forschungspraxis* (2.Aufl.). Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bronfen, E. (1998). *Das verknotete Subjekt. Hysterie in der Moderne*. Volk und Welt.
- Brosig, B., & Woidera, R. (1993). Wir drei müssen zusammenhalten. Psychoanalytische Überlegungen zum Erleben nach einer Herz-Lungen-Transplantation. Eine hermeneutische Textrekonstruktion. *Psyche*, 47 (11), 1063 – 1079. <https://www.psychosozial-verlag.de/51655>
- Brunner, M. (2011). Trauma, Krypten, rätselhafte Botschaft. Einige Überlegungen zur intergenerationellen Konfliktodynamik. Einige Überlegungen zur intergenerationellen Konfliktodynamik, 124, 43 – 59. https://www.academia.edu/3996427/_2011_Trauma_Krypta_r%C3%A4tselhafte_Botschaft_Einige_%C3%9Cberlegungen_zur_intergenerationellen_Konfliktodynamik
- Burgner, M. (1985). The oedipal experience: Effects on development of an absent father. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66, 311 – 320. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4044121/>
- Butler, J.A, Roderick, P., Mullee, M., Mason, J.C., Peveler, R.C. (2004). Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. *Transplantation*, 77 (5), 769 – 776. <https://doi.org/10.1097/01.tp.0000110408.83054.88>.
- Calogeras, R.C., Alston, T.E., Schupper, F.X. (1976). Der Ödipus-Komplex in der heutigen psychoanalytischen Theorie. *Psyche*, 3, 201 – 216. <https://www.pepweb.org/document.php?id=psyche.030c.0201a>
- Carroll, L. (1999). *Alices Abenteuer im Wunderland* (Flemming, G., Übers.). Reclam.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1973). Organ transplant, body image, psychosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 42 (3), 349 – 363. <https://doi.org/10.1080/21674086.1973.11926638>

- Chasseguet-Smirgel, J. (1999). Oedipus and psyche. *British Journal of Psychotherapy*, 15 (4), 465 – 475. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1999.tb00477.x>
- Chodorow, N. J. (1978). *Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter*. Verlag Frauenoffensive.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Routledge.
- Cox B.J., Kuch K., Parker J.D., Shulman I.D. & Evans R.J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (6), 523 – 527. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90049-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90049-3).
- Craven, J. (1990). Psychiatric aspects of lung transplant. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 758 – 764. <https://doi.org/10.1177/070674379003500907>.
- Dabbs, A. D. V., Hoffman, L. A., Swigart, V., Happ, M. B., Dauber, J. H., Mc Curry, K. R., & Iacono, A. (2004). Striving for normalcy: symptoms and the threat of rejection after lung transplantation. *Social science & medicine*, 59 (7), 1473-1484. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.013>
- Damasio, A. (1989). Time-locked multiregional retroactivation: A systems-level proposal for the neural substrates of recall and recognition. *Cognition*, 33 (1-2), 25 – 62. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(89\)90005-X](https://doi.org/10.1016/0010-0277(89)90005-X)
- Damasio, A. (2011). *Selbst ist der Mensch: Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. Siedler Verlag.
- Dammann, G. (2014). Desobjektalisierung: Theorie und Klinik eines Konzepts von André Green. *Psyche*, 68 (9 - 10), 886 – 921. https://www.klett-cotta.de/ausgabe/PSYCHE_Heft_09-10_September_2014/51781?bereich_subnavi=zusammenfassung&artikel_id=52245
- Davies, M. D. (2015). „The Queering of the Oedipus Complex“: A Response to Diane Elise and Noah S. Glassmann. *Psychoanalytic Dialogues*, 25, 306 – 308. <https://doi.org/10.1080/10481885.2015.1034553>
- De Clerck, R. (2013). Die Freud-Klein-Kontroverse, London 1941-45. In R. Kennel & G. Reerink (Hrsg.). *Klein – Bion. Eine Einführung* (S. 25 – 40). Brandes & Apsel Verlag GmbH.
- De Geest, S., Burkhalter, H., Bogert, L., Berben, L., Glass, T.R. & Denhaerynck, K. (2014). Describing the evolution of medication nonadherence from pretransplant until 3 years post-transplant and determining pretransplant medication nonadherence as risk factor for post-transplant nonadherence to immunosuppressives: the Swiss Transplant Cohort Study. *Transplant International*, 27 (7), 657 – 666. <https://doi.org/10.1111/tri.12312>.
- Decker, O. (2004). *Der Prothesengott. Subjektivität und Transplantationsmedizin*. Psychosozial.

- Deutsche Stiftung Organtransplantation (2018, 01.06.2019). *Grafiken zum Tätigkeitsbericht 2018*. <https://www.dso.de/BerichteTransplantationszentren/Grafiken%20D%202018%20Lunge.pdf>
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (2019, 01.06.2020). *Grafiken zum Tätigkeitsbereich 2019*. <https://www.dso.de/BerichteTransplantationszentren/Grafiken%20D%202019%20Lunge.pdf>
- Deutscher Bundestag (2020, 16.01.). *140. Sitzung des Deutschen Bundestages* [Sitzung, amtliches Protokoll]. Berlin, Deutschland.
- Dew, M. A., Di Martini, A. F., De Vito Dabbs, A. J. D., Fox, K. R., Myaskovsky, L., Posluszny, D. M., Switzer, G.E., Zomak, R.A., Kormos, R.L. & Toyoda, Y. (2012). Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation. *General hospital psychiatry*, 34 (2), 127 – 138. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.11.009>
- Dew, M. A., Switzer, G. E., & Di Martini, A. F. (1998). Psychiatric morbidity and organ transplantation. *Current Opinion in Psychiatry*, 11 (6), 621 – 626. <https://doi.org/10.1177/152692480001000408>
- Dietrich, M., Fühner, T., Welte, T., Simon, A., & Gottlieb, J. (2009). Lungentransplantation: Indikationen, Langzeitergebnisse und die besondere Bedeutung der Nachsorge (Schwerpunkt: Transplantationsmedizin). *Der Internist*, 50 (5), 561 – 571. <https://doi.org/10.1007/s00108-008-2271-0>
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2015). *ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Hans Huber Verlag.
- Duden (o.D.-a). *Wörterbuch, Logik*. Online-Duden. <https://www.duden.de/recht-schreibung/Logik>.
- Duden (o.D.-b). *Wörterbuch, Kreativ*. Online-Duden. <https://www.duden.de/recht-schreibung/kreativ>.
- Eichenlaub, M. (2019). *Unbewusste Vorstellungen und ihre Symbolisierungen nach einer Lungentransplantation* [unveröffentlichte Masterarbeit]. MSH Medical School Hamburg – University of Applied Sciences and Medical University.
- Eichenlaub, M., Ruettner, B., Seiler, A., Jenewein, J., Boehler, A., Benden, C., Wutzler, U., Goetzmann, L. (2021). The Actualization of the Transplantation Complex on the Axis of Psychosomatic Totality – Results of a Qualitative Study, *Healthcare*, 9(4), 455. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040455>
- Erim, Y., Beckmann, M., Tagay, S., Beckebaum, S., Gerken, G., Broelsch, C. E., & Senf, W. (2006a). Stabilisierung der Abstinenz durch Psychoedukation für alkoholabhängige Patienten vor Lebertransplantation/Stabilisation of abstinence by means of psychoeducation for patients with alcoholic liver disease awaiting liver transplantation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52 (4), 341 – 357. <https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.4.341>.

- Erim, Y., Möller, E., Beckebaum, S., Gerken, G., Broelsch, C. E., & Senf, W. (2006b). Ein manualisiertes Gruppentherapiekonzept für alkoholabhängige Patienten vor der Lebertransplantation/Manualised group therapy concept for patients with alcoholic cirrhosis awaiting liver transplantation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52 (3), 243 – 258. <https://www.jstor.org/stable/23869810>
- Ermann, M. (2014). *Träume und Träumen* (2.Aufl.). W. Kohlhammer.
- EuroQol Grou (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16 (3), 199 – 208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Eurotransplant (o.D.-a). *Über Eurotransplant*. Eurotransplant. https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany.
- Eurotransplant (o.D.-b). *Kennzahlen Deutschland*. Eurprtransplant. <https://www.eurotransplant.org/patients/deutschland/>.
- Evans, D. (2002). *Wörterbuch der Lacanschen Psychoanalyse*. Wien: Turia & Kant.
- Evans, D. (2017). *Wörterbuch der Lacan'schen Psychoanalyse* (2. Aufl.). Turia + Kant.
- Faust, V. (1999). *Seelische Störungen heute*. Beck.
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei (The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold in lead). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 359 – 369. <https://doi.org/10.13109/zptm.2002.48.4.359>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (Introducing Statistical Methods Series)*. Sage.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Freud, S. (1910). *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, Gesammelte Werke* (Band 8). Fischer Verlag.
- Freud, S. (1894). *The neuro-psychoses of defence. Standard Edition 3*. White Press.
- Freud, S. (1895). *Studies on hysteria. Standard Edition 2*. Fischer.
- Freud, S. (1897). *Extracts from the Fliess Papers. Standard Edition 1*, Fischer Verlag.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung. GW (Band 2-3)*. Verlag Franz Deuticke.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Fischer-Verlag.

- Freud, S. (1908). *Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität*. GW (Band 7). Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1913). *Totem and taboo*. Standard Edition. Hogarth
- Freud, S. (1915). *Mitteilungen eines der psychoanalytischen Theorie widersprechenden Falls von Paranoia*. GW (Band 10). Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1916-1917). *Vorlesungen zur Einführungen in die Psychoanalyse*. Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1918). *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*. Gesammelte Werke (Band 12). Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1920). *Gesammelte Werke, Jenseits des Lustprinzips, Massenpsychologie und Ich-Analyse, das Ich und das Es*. Werke aus den Jahren 1920-1924. Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1923). *Werke aus den Jahren 1920-1924, Jenseits des Lustprinzips. Massenpsychologie und Ich-Analyse. Das Ich und das Es* (veröffentlicht 1999). Fischer Verlag.
- Freud, S. (1924). *Der Untergang des Ödipuskomplexes*. Gesammelte Werke XIII. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1925). *Gesammelte Werke, Werke aus den Jahren 1925-1931 (13. Band)* Fischer Verlag.
- Freud, S. (1933). *Neue Folgen der Vorlesungen zur Einführungen in die Psychoanalyse*, GW 15. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1985). *Briefe an Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Fischer.
- Freud, S., & Breuer, J. (1955). *Studies on hysteria, 1893-1895* (2. Aufl.). The Hogarth Press.
- Friese, S. (2020). *Inter-Coder Agreement Analysis: Atlas.ti 8 Windows*. Atlasi.ti Scientific Software Development GmbH.
- Geldmacher, H., Biller, H., Herbst, A., Urbanski, K., Allison, M., Buist, A. S., Hohlfeld, J.M. & Welte, T. (2008). Die Prävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133 (50), 2609 – 2614. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1105858>
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Hans Huber Verlag.

- Goetzmann, L. (2004). Is it me, or isn't it? Transplanted organs and their donors as transitional objects. *American Journal of Psychoanalysis*, 3, 279 – 289. <https://doi.org/10.1023/B:TAJP.0000041262.36839.f0>
- Goetzmann, L., Benden, C., Ruettner, B., Wutzler, U., Boehler, A. & Wittmann, L. (2019a). The experience of transplantation as reflected in dream life: A case study illustrating the mental processing of a lung transplant. *The international Journal of Psychoanalysis*, 100 (3), 517 – 539. <https://doi.org/10.1080/00207578.2019.1589378>.
- Goetzmann, L., Irani, S., Moser, K.S., Schwegler, K., Stamm, M., Spindler, A., Buddeberg, C., Schmid, C. Boehler, A. & Klaghofer, R. (2009). Psychological processing of transplantation in lung recipients: A quantitative study of organ integration and the relationship to the donor. *British Journal of Health Psychology*, 14 (4), 667 – 680. <https://doi.org/10.1348/135910708X399447>
- Goetzmann, L., Klaghofer, R., Wagner-Huber, R., Halter, J., Boehler, A., Muellhaupt, B., Schanz, U. & Buddeberg, C. (2007). Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after an organ transplant: results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (1), 93 – 100. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.023>.
- Goetzmann, L., Lieberherr, M., Krombholz, L., Ambuehl, P., Boehler, A., Noll, G., Muellhaupt, Wagner, R., Buddeberg, C. & Klaghofer, R. (2010). Subjektives Erleben nach einer Organtransplantation – eine qualitative Studie mit 120 Herz-, Lungen-, Leber und Nierenempfängern. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56 (3), 268 – 282. <https://doi.org/10.13109/zptm.2010.56.3.268>
- Goetzmann, L., Ruwgg, L., Stamm, M., Ambuehl, P., Halter, J., Muellhaupt, B., Noll, G., Schanz, U., Wagner-Huber, R., Spindler, A., Buddeberg, C. & Klaghofer, R. (2008) Psychosocial profiles after transplantation: a 24-month follow-up in heart, lung, liver, kidney and allogeneic bone-marrow patients. *Transplantation*, 86, 662 – 668. <http://doi.org/10.1097/TP.0b013e3181817dd7>.
- Goetzmann, L., Seiler, A., Benden, C., Boehler, A., Büchi, S., Jenewein, J., Ruettner, B., Mueller-Alcazar, A. & Weierstall, R. (2018). Transplantation experience as a predictor for a quality of life during the first 6 month after a lung transplantation. *Clinical transplantation*, 32 (10), 1 – 8. <https://doi.org/10.1111/ctr.13393>
- Goetzmann, L., Siegel, A. & Ruettner, B. (2019b). The connectivity/ conversion paradigm – A new approach to the classification of psychosomatic disorders. *New Ideas in Psychology*, 52, 26 – 33. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2018.08.001>
- Goetzmann, L., Siegel, A., Ruettner, B. (2020). On The Axis of Psychosomatic Totality. *European Journal Psychoanalysis*, 13, e-Artikel, <https://www.journal-psychoanalysis.eu/on-the-axis-of-psychosomatic-totality/>
- Goetzmann, Siegel & Ruettner (2019c). *On the Axis of Psychosomatic Totality [Manuskript zur Publikation, unveröffentlicht]*.

- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (3), 277 – 284. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00474.x>.
- Green, A. (1993). Die tote Mutter. *Psyche*, 47, 205 – 240. <http://www.pep-web.org/document.php?id=psyche.047c.0205a>
- Hamann, B. (2012). *Elisabeth: Kaiserin wider Willen, das große Sissi-Buch*. Piper.
- Havik, O. E., Sivertsen, B., Relbo, A., Hellesvik, M., Grov, I., Geiran, O., Andreasen, A.K., Simonsen, S. & Gullestad, L. (2007). Depressive symptoms and all-cause mortality after heart transplantation. *Transplantation*, 84 (1), 97 – 103. <https://doi.org/10.1097/01.tp.0000268816.90672.a0>.
- Heckhausen, D. (1989). Angstbewältigung in Arztpraxis und Krankenhaus. *Psychomed*, 1, 105 – 112. https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Angstbew%C3%A4ltigung+in+Arztpraxis+und+Krankenhaus&author=Heckhausen,+D.&publication_year=1989&journal=Psychomed&volume=1&pages=105%E2%80%93112
- Heller, A. (2001). *Zweihundert biblische Symbole – Anhand von etwa 3000 Bibelstellen erläutert*. Paulus Buchhandlung.
- Hinz, A., Klaiberg, A., Bräher, E. & König, H.-H. (2005). Der Lebensqualitätfragebogen EQ-5D: Modelle und Normwerte für die Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56 (02), 42 – 48. <https://doi.org/10.1055/s-2005-867061>
- Hoodin, F. & Weber, S. (2003). A systematic review of psychosocial factors affecting survival after bone marrow transplantation. *Psychosomatics*, 44 (3), 181 – 195. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.3.181>
- Höping, W., & de Jong-Meyer, R. (2003). Differentiating unwanted intrusive thoughts from thought suppression: What does the White Bear Suppression Inventory measure? *Personality and Individual Differences*, 34 (6), 1049 – 1055. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00089-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00089-2)
- Horney, K. (1926). Flucht aus der Weiblichkeit. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 18, 5 – 18. <https://www.pep-web.org/document.php?id=izpa.012.0360a>
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndroms*. Jason Aronson.
- Hortig, V., & Moser, U. (2012). Interferenzen neurotischer Prozesse und introjektiver Beziehungsmuster im Traum. *Psyche*, 66 (9 -10), 889 – 916. https://www.klett-cotta.de/ausgabe/PSYCHE_Heft_09/10_September_2012/28882
- Howell, D. C. (2012). *Statistical methods for psychology* (8. Aufl.). Wadsworth.
- Husserl, E. (1962). *Phänomenologische Psychologie. Gesammelte Werke, Husserliana*. Haag, Martinus Nijhoff.

- Husserl, E. (1967). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Gesammelte Werke, Husserliana* (3. Band). Haag, Martinus Nijhoff.
- Huttner, H., Krüger, S., Kirsch, H., Bargon, J., Otterbach, I. & Wagner, T.O.F. (2001). Angst: Ein Aspekt der Interaktion von Arzt und Patient auf der Warteliste und nach Lungentransplantation. *Pneumologie*, 55 (10), 481 – 484. [https://doi.org/ 10.1055/s-2001-17840](https://doi.org/10.1055/s-2001-17840)
- Isaac (2016). Wesen und Funktion der Phantasie. *Psyche*, 70 (6), 580 – 582. [https://doi.org/ 10.21706/ps-70-6-530](https://doi.org/10.21706/ps-70-6-530)
- Isaac, S. (1948), The nature and function of phantasy. *The international Journal of Psychoanalysis*, 29, 73 – 97. <https://psycnet.apa.org/record/1949-05299-001>
- Israël, L. (2014). *Die unerhörte Botschaft der Hysterie*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Johann, B. & Erim, Y. (2001). Psychosomatische Betreuung von Transplantationspatienten – Fakten und Notwendigkeiten. *PPmP–Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51 (12), 438 – 446. [https://doi.org/ 10.1055/s-2001-19403](https://doi.org/10.1055/s-2001-19403)
- Jones, E. (1957). *The life and work of Sigmund Freud* (3. Aufl.). Basic Books.
- Kemper, C.J., Beierlein, C., Bensch, D., Kovalea, Rammstedt, B. (2012). *Eine Kurzsкала zur Erfassung des Gamma-Faktors sozial erwünschten Antwortverhaltens: die Kurzsкала Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G)*. GESIS- Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Keylor, R.G. (2003). Subjectivity, Infantile Oedipus, and Symbolization in Melanie Klein and Jacques Lacan. *Psychoanalytic Dialogues*, 13 (2), 211 - 242. [https://doi.org/ 10.1080/10481881309348730](https://doi.org/10.1080/10481881309348730)
- Kirsch, H., Kernhof, K. & Otterbach, I. (2003). Psychodynamische Hypothesen zur Repräsentation der Transplantationserfahrung. In Y. Erim & K.-H. Schulz (Hrsg.), *Beiträge der Psychosomatik zur Transplantationsmedizin* (S. 22 – 35). Pabst Science.
- Klaghofer, R., Sarac, N., Schwegler, K., Schleuniger, M., Noll, G., Muellhaupt, B., Ambuehl, P., Boehler, A., Irani, S., Buddeberg, C., Goetzmann, L. (2008). Fragebogen zur psychischen Verarbeitung einer Organtransplantation: Deutsche Validierung des Transplant Effects Questionnaire (TxEQ). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 54, 174 – 188. <https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.2.174>
- Klein, M. (1930). Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. In H.A. Thorer (Hrsg.). *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse* (8. Aufl.). Klett-Cotta-Verlag.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99 – 110. <https://psycnet.apa.org/record/1948-02558-001>

- Klein, M. (1960). *Die Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Klett-Cotta Verlag.
- Klein, R. (2012). *Tiefenhermeneutische Analyse*. Uni Kassel. http://www.fallarchiv.uni-kassel.de/wp-content/uploads/2010/07/klein_tiefenhermeneutik.pdf.
- Klemperer, D. (2015). *Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften*. Hogrefe.
- Köhle, K., Herzog, W., Joraschky, P., Kruse, J., Langewitz, W., Söllner, W. (2016). *Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis – Mit Zugang zu Medizinwelt* (8. Aufl.) Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Köllner, V., Archonti, C., Schäfer, H. J., Sybrecht, G. W., Wilkens, H. (2004). Psychische Betreuung von Patienten und Angehörigen der Transplantationsmedizin. Erfahrungen mit einer verhaltensmedizinisch orientierten Therapiegruppe. *Psychotherapeut*, 49, 37 – 45. <https://www.springermedizin.de/psychische-betreuung-von-patienten-und-angehoerigen-in-der-trans/8284800>
- Köllner, V., Archonti, Tapp, B. (2002). Psychologische Betreuung vor und nach Organtransplantation. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 3 (4), 399 – 401. <https://doi.org/10.1055/s-2002-36077>
- König, H. D. (2000). Tiefenhermeneutik. In U. Flick, E. v. Kardoff, I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 556 – 569). Rororo.
- König, K. (1997). *Abwehrmechanismen*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: An introduction to its methodology* (3. Aufl.) Sage.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Beltz Juventa.
- Kugler, C., Fischer, S., Gottlieb, J., Welte, T., Simon, A., Haverich, A., & Strueber, M. (2005). Health-related quality of life in two hundred-eighty lung transplant recipients. *The Journal of heart and lung transplantation*, 24 (12), 2262 – 2268. <https://doi.org/10.1097/tp.0b013e3181e72863>
- Kugler, C., Strueber, M., Tegtbur, U., Niedermeyer, J., Haverich, A. (2004). Quality of life 1 year after lung transplantation. *Progress in Transplantation*, 14 (4), 331– 336. <https://doi.org/10.1177/152692480401400408>
- Lacan, J. (1953). Some reflections on the ego. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 11 – 17. <https://doi.org/10.4324/9780429475931-17>
- Lacan, J. (1955-1956). *Das Seminar von Jacques Lacan. Buch III: 1955-1956. Die Psychosen* (Turnheim, M., Übers., 2. Aufl.). Turia + Kant.
- Lacan, J. (1961, 1962). *The Seminar of Jaques Lacan, Book IX, Identification* [E-Book]. Valas. https://www.valas.fr/IMG/pdf/THE-SEMINAR-OF-JACQUES-LACAN-IX_identification.pdf

- Lacan, J. (1972-1973). *Le Séminaire. Livre XX*. Seuil.
- Lacan, J. (1978). *Die vier Grundbegriffe der Psychoanalyse*. (N. Hass, Übers.) Quadriga.
- Lacan, J. (1991). *Das Spiegelstadium als Bilder der Ichfunktion, Schriften I* (3.Aufl., R. Gasche, Übers.). Quadriga.
- Lacan, J. (2009). *L'insu que sai de l'une-bévue s'aile à mourre. 1976-77. Seminar XXIV*. (Kleiner, M. Übers.) Lacan-Archiv. (Originalquelle veröffentlicht in 1976-77).
- Lacan, J. (2017). *Das Sinthom. Das Seminar, Buch XXIII (1975–1976)* (Mitelman, M. & Dielmann, H., Übers.) (Originalquelle veröffentlicht in 1975,1976). Turia Kant.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (4. Aufl.). Beltz.
- Laplanche, J. (1983). *Muss man Melanie Klein verbrennen?* (G. Gorhan, Übers.) *Die allgemeine Verführungstheorie und andere Aufsätze*. edition diskord.
- Laplanche, J. (2004). "Die rätselhaften Botschaften des Anderen und ihre Konsequenzen für den Begriff des Unbewussten im Rahmen der Allgemeinen Verführungstheorie", *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 58, 898 – 913. <https://www.psychosozial-verlag.de/51231>
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1972). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *The Language of Psycho-Analysis*. WW Norton.
- Laufs, U., Böhm, M., Kroemer, H. K., Schüssel, K., Griese, N., & Schulz, M. (2011). Strategien zur Verbesserung der Einnahmetreue von Medikamenten. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136 (31/32), 1616 – 1621. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1281566>
- Laurer, M. (2019a, 5. Oktober). *Einführung Melanie Klein (1): Spaltung, Projektive Identifizierung, Hexenwahn*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=WA917qTsmQA>.
- Laurer, M. (2019b, 25. Oktober). *Einführung Melanie Klein (2): Unbewusste Phantasie, früher Ödipuskomplex, Alien* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=rPAOoCzHvWI>.
- Laurer, M. (2019c, 30. Dezember). *Einführung Melanie Klein (3): Depressive Position, Paranoid-Schizoid, Literatur*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=flhzkuShBuk>.
- Lebovici, S. (1982). The origins and development of the Oedipus complex. *International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 201 – 215. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7129768/>

- Lefebvre, P. & Crombez, J.C. (1972). The behavioural responses of renal transplant patients as seen through their fantasy life. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 17, 19 – 23. <https://doi.org/10.1177/07067437720176S205>
- Lefebvre, P., Crombez, J.C., Lebeuf, J. (1973). Psychological dimension and psychopathological potential of acquiring a kidney. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18 (6), 495 – 500. <https://doi.org/10.1177/070674377301800606>
- Leiser, E. (2007). *Das Schweigen der Seele. Das Sprechen des Körpers. Psychoanalytische Zugänge zum Körper und dessen Leiden*. Psychosozial-Verlag.
- Leuschner, W. (2017). Paul Schilders Körperbild-Modell und der “body intercourse”. *Psyche*, 2, 123-150. <https://doi.org/10.21706/ps-71-2-123>
- Lévi-Strauss, C. (1949). *The effectiveness of symbols in Structural Anthropology* (Jacobsen, C.& Grundfest Schoepf, B., Übers.). Basic Books.
- Lévi-Strauss, C. (1969). *The Elementary Structures of Kinship*. Beacon.
- Lewin, T., Neukom, M., Boothe, B., Böhler, A., & Goetzmann, L. (2013). Der Andere in mir – Transplantationserfahrung als Beziehungserfahrung: Psychodynamische Überlegungen zur psychischen Verarbeitung. *Psyche*, 67 (2), 120 – 144. <https://psycnet.apa.org/record/2013-08571-002>
- Licht, H. (1912). *Sexual life in ancient Greece, 1949*. Routledge & Kegan.
- Limbos, M.M., Joyces, D.P., Chan, K.N., Kesten, S. (2000). Psychological functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Chest*, 118 (2), 408–416. <https://doi.org/10.1378/chest.118.2.408>
- Littlefield, C., Abbey, S., Fiducia, D., Cardella, C., Greig, P., Levy, G., Maurer, J. & Winton, T. (1996). Quality of life following transplantation of the heart, liver, and lungs. *General Hospital Psychiatry*, 18, 36 – 47. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(96\)00082-5](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(96)00082-5)
- Lorenzer, A. (1981). Zum Beispiel ‚Der Malteser Falke‘. Analyse der psychoanalytischen Untersuchung literarischer Texte. In B. Urban & W. Kudsus (Hrsg.). *Psychoanalytische und psychopathologische Literaturinterpretation* (S. 23 – 46). WGB.
- Lorenzer, A. (1986). Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. In H. D. König, A. Lorenzer, H. Küdde, S. Nagbøl, U. Prokop, G. Schmid Noerr & A. Eggert (Hrsg.) *Kultur-Analysen* (S. 11 – 98). Fischer.
- Lorenzer, A. (1990). Verführung und Selbstpreisgabe – psychoanalytisch-tiefenhermeneutische Analyse des Gedichts von Rudolf Alexander Schröder. *Kulturanalysen*, 3, 261 – 277. <http://www.tiefenhermeneutik.org/glossar/tiefenhermeneutische-kulturanalyse/>
- Lungeninformationsdienst (o.D.). *COPD - Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung*. Lungeninformationsdienst. <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/copd/index.html>

- Munro, P.E., Holland, A.E., Bailey, M., Button, B.M. & Snell, G.I. (2009). Pulmonary rehabilitation following lung transplantation. *Transplantation Proceedings*, 41 (1), 292 – 295. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2008.10.043>
- Muslin, H. L. (1972). The emotional response to the kidney transplant: The process of internalization. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 17, 3 – 8. <https://doi.org/10.1177/07067437720176S202>
- Muslin, H.L. (1971) On acquiring a kidney. *American Journal of Psychiatry*, 127, 105 – 108. <https://doi.org/10.1176/ajp.127.9.1185>
- Nemitz, R. (2014, 11. November). *Der Name des Vaters (bis 1958)*. Lacan entziffern. <https://lacan-entziffern.de/vater/der-symbolische-vater-der-name-des-vaters/#easy-footnote-4-31395>
- Nemitz, R. (2016, 24. Mai). *Lacans Sentenzen. Ein Signifikant ist das, wodurch für einen anderen Signifikanten das Subjekt präsentiert wird*. Lacan entziffern. <https://lacan-entziffern.de/signifikant/ein-signifikant-ist-fuer-einen-anderen-signifikanten-das-subjekt-repraesentiert/>.
- Nemitz, R. (2019, 5.-7. Oktober). *Die drei Körper in Lacans Knoten-Topologie*. Vortrag gehalten auf der Konferenz Topographien des Körpers (5.-7. Oktober 2017), Wien.
- Nemitz, R. & Will, F. (Moderierende) (Februar, 2017). Lacast [Podcast]. Spotify. <http://lacast.de/2017/02/17/la001-das-imaginaere-das-symbolische-und-das-reale/>.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. Sage.
- Neukom, M., Corti, V., Boothe, B., Boehler, A., & Goetzmann, L. (2011). Fantasized recipient – donor relationships following lung transplantations: A qualitative case analysis based on patient narratives. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93 (1), 117 – 137. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00496.x>
- Nickel, R. & Egle, U.T. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 30, 157 – 170. <http://doi.org.10.1016/j.chiabu.2005.08.016>.
- Niedecken, D. (2004). Neue Perspektiven in einer alten Kontroverse: Melanie Klein. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 58 (2), 114 – 149. https://www.academia.edu/3195174/Neue_Perspektiven_in_einer_alten_Kontroverse_Melanie_Klein
- Nietzsche, F. (1988). *Jenseits von Gut und Böse*. Reclam.
- O'Carroll, R. E., Couston, M., Cossar, J., Masterton, G., & Hayes, P. C. (2003). Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver transplantation*, 9 (7), 712 – 720. <https://doi.org/10.1053/jlts.2003.50138>

- Ohlbrecht, H. (2016). Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (1. Aufl., S. 71 – 87). Springer.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage.
- Poluda, E. S. (1993). Der lesbische Komplex: Die Bedeutung des homosexuellen Tabus für die Weiblichkeit. In E. A. Alves (Hrsg.). *Stumme Liebe* (S. 73 - 132) Kore-Verlag.
- Poluda, E. S. (1999). Die psychosexuelle Entwicklung der Geschlechter im Vergleich. *Forum der Psychoanalyse* 15, (2), 101 – 119. <https://doi.org/10.1007/s004510050041>
- Quindeau, I. (2008). *Verführung und Begehren. Die psychoanalytische Sexualtheorie nach Freud*. Klett-Cotta.
- Quinodoz, D. (1999). The Oedipus Complex Revisted: Oedipus Abandoned, Oedipus Adpoted. *International Journal of Psychoanalysis*, 80 (15) 15 – 30. <https://doi.org/10.1516/0020757991598549>.
- Quintin, J. (2013). Organ transplantation and meaning of life: the quest for self fulfilment. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16 (3), 565 – 574. <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9439-z>
- Reik, T. (1976). *Hören mit dem dritten Ohr*. Hoffmann und Campe.
- Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In B. Renneberg & P. Hammelstein. *Gesundheitspsychologie* (S. 30 – 31). Springer.
- Rodrigue, J. R., Baz, M. A., Kanasky Jr, W. F., & MacNaughton, K. L. (2005). Does lung transplantation improve health-related quality of life? The University of Florida experience. *The Journal of heart and lung transplantation*, 24 (6), 755 –763. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2004.04.012>
- Rohde-Dachser, C. (1987). Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißtischen und bei Borderline-Störungen. *Psyche*, 41 (9), 773 – 799. <http://www.pep-web.org/document.php?id=psyche.041i.0773a&type=hitlist&num=1&query=zone1%2Cparagraphs%7Czone2%2Cparagraphs%7Cwhocitedthis%2Cijp.060.0189a&flash=true>
- Rohde-Dachser, C. (2001). Aggression, Zerstörung und Wiedergutmachung in Urszenenphantasien. Eine textanalytische Studie. *Psyche*, 55, 1051 – 1085. <http://www.rohde-dachser.de/pdf/aggression-zerstoerung.pdf>
- Rosenberger, E. M., Dew, M. A., Di Martino, A. F., Dabbs, A. J. D., & Yusen, R. D. (2012). Psychosocial issues facing lung transplant candidates, recipients and family caregivers. *Thoracic surgery clinics*, 22 (4), 517 – 529. <https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2012.08.001>.

- Ruettner, B. (2018). *Erweiterte psychoanalytische/ tiefenpsychologische Fachkompetenzen: Psychosomatik Teil 3, über die Achse der psychosomatischen Totalität/ Tiefenpsychologisch und psychoanalytische Interventionen II* [Vorlesungsfolien, unveröffentlicht]. Medical School Hamburg.
- Ruettner, B. (2019). *Entwicklung der Freud'schen Psychologie und ihre Gegenstandsbildungen: Der Neurotische Konflikt II* [Vorlesungsfolien, unveröffentlicht]. Medical School Hamburg.
- Ruettner, B., Siegel, A. M. & Goetzmann, L. (2015). Der Sprung ins Imaginäre – zur behandlungstechnischen Verwendung psychosomatischer Körpersymptome. *Zeitschrift für Psychoanalyse*, 69, 714 – 736. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120105/ps-69-8-714>
- Rüth, U. (2005). Bion für Beginner Eine Einführung zu Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979): Leben und Werk. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 66 – 80. https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/forum/forum_2005_4.pdf
- Sami-Ali, M. (1974). *L 'espace imaginaire*. Gallimard.
- Sammet, I., Martens, U., & Zipfel, S. (2006). Gender Mainstreaming: Bedeutung für die Psychotherapeutische Forschung und Praxis. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 56 (09/10), 349 – 350. <https://doi.org/10.1055/s-2006-940093>
- Santana, M. J., Feeny, D., Ghosh, S., & Lien, D. C. (2012). Patient-reported outcome 2 years after lung transplantation: does the underlying diagnosis matter? *Patient related outcome measures*, 3, 79 – 84. <https://doi.org/10.2147/PROM.S32399>
- Sarafino, E. P. (2005). *Research methods. Using processes and procedures of science to understand behavior*. Pearson/Prentice Hall.
- Schäfer, C. (2020). *Patientencompliance. Erfolgreiches Adhärenz-Management im Versorgungsalltag*. Springer.
- Schilder, P. (1923). *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des eigenen Körpers* [E-Book]. Springer Book. <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-662-39795-4#about>
- Schmidt-Hellerau, C. (2005). The other side of Oedipus. *Psychoanalytic Quarterly*, 74 (1), 187 – 217. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2005.tb00205.x>
- Schreier, M. (2013) Qualitative Analyseverfahren. In W. Hussy, M. Schreier, G. Echterhoff (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 245 – 275). Springer-Verlag.
- Schumacher, A., Sauerland, C., Silling, G., Berdel, W. E., & Stelljes, M. (2014). Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 22 (2), 487 – 493. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2001-6>

- Schumacher, J., Klaiberg A., & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Hogrefe.
- Schur, M. (1995). Comments on the Metapsychology of Somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10 (1), 119 – 164. <https://doi.org/10.1080/00797308.1955.11822553>
- Seiler, A., Jenewein, J., Martin-Soelch, C., Goetzmann, L., Inci, I., Weder, W., Schuurmans, M.M., Benden, C., Brucher, A. & Klaghofer, R. (2015). Post-transplant outcome-clusters of psychological distress and health-related quality of life in lung transplant recipients – a 6-month observational study. *Swiss Medical Weekly*, 145, 1-10. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14236>
- Seiler, A., Klaghofer, R., Drabe, N., Martin-Soelch, C., Hinderling-Baertschi, V., Götzmann, L., Buechi, S. & Jenewein, J. (2016a). Patients' early post-operative experiences with lung transplantation: a longitudinal qualitative study. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 9 (6), 547 – 557. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0174-z>
- Seiler, A., Klaghofer, R., Ture, M., Komossa, K., Martin-Soelch, C., & Jenewein, J. (2016b). A systematic review of health-related quality of life and psychological outcomes after lung transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 35 (2), 195 – 202. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2015.07.003>
- Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten, D., Bergmann, J. R., Bergmann, P., Birkner, K. Couper-Kuhlen, E., Deppermann, A., Gilles, P., Guenther, S. Hartung, M, Kern, F., Metzluft, C., Meyer, C, Morek, M., Oberzaucher, F. Peters, J., Quasthoff, U., Schuette, W., Stukenbrock, A., Uhmman, S. & Hartung, M. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 10, 352 – 402. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>
- Shahabeddin Parizi, A., Krabbe, P. F., Verschuuren, E. A., Hoek, R. A., Kwakkel-van Erp, J. M., Erasmus, M. E., Van der Bij, W. & Vermeulen, K. M. (2018). Patient-reported health outcomes in long-term lung transplantation survivors: A prospective cohort study. *American Journal of Transplantation*, 18 (3), 684-695. <https://doi.org/10.1111/ajt.14492>
- Simon, M. (2005). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (1. Aufl.). Huber.
- Singer, J. P., Katz, P. P., Soong, A., Shrestha, P., Huang, D., Ho, J., Mindo, M., Greenland, J.R., Hays, S. R., Golden, J., Kukreja, Kleinherz, M.E., Shah, R. J. & Blanc, P. D. (2017). Effect of lung transplantation on health-related quality of life in the era of the lung allocation score: a US prospective cohort study. *American Journal of Transplantation*, 17 (5), 1334 – 1345.
- Sirri, L., Potena, L., Masetti, M., Tossani, E., Magelli, C., & Grandi, S. (2010). Psychological predictors of mortality in heart transplanted patients: a prospective, 6-year follow-up study. *Transplantation*, 89 (7), 879 – 886. <https://doi.org/10.1097/TP.0b013e3181ca9078>

- Speidel, H. (1977). Freuds Symbolbegriff. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 8, 689 – 711. <https://elibrary.klett-cotta.de/content/pdf/99.120105/ps-32-4-289.pdf>
- Špirudová, L., & Nol, J. (2014). Quality of life of patients after lung transplantation. *Kontakt*, 16 (1), e9-e16. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2013.12.002>
- Statista (2020, 15. März). *Anzahl der im Rahmen von Eurotransplant transplantierten Organe von postmortalen Spenden in den Jahren 2012 bis 2020*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/239536/umfrage/anzahl-der-ueber-eurotransplant-transplantierten-organe-nach-organart/>
- Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (6. Aufl.) (S. 319-331). Rowohlt.
- Stora, J.B. (2007). *When the body displaces the mind*. Karnac.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz.
- Struck, E. (1992). *Der Traum in Theorie und therapeutischer Praxis von Psychoanalyse und Daseinsanalyse*. Deutscher Studien Verlag.
- Tecic, T., Büssing, A., Althaus, A. & Neugebauer, E. (2009). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Arzneimitteltherapie*, 27 (12), 375 –378. <https://www.arzneimitteltherapie.de/heftarchiv/2009/12/messung-der-gesundheitsbezogenen-lebensqualitaet.html>
- Temperley, J. (1993). Is the Oedipus complex bad news for woman? *Free Associations*, 4 (2), 265 – 275. <https://psycnet.apa.org/record/1994-17566-001>
- Vasiliadis, H. M., Collet, J. P., & Poirier, C. (2006). Health-related quality-of-life determinants in lung transplantation. *The Journal of heart and lung transplantation*, 25 (2), 226 – 233. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2005.08.008>
- Verhaeghe, P. (1998). Causation and destitution of a pre-ontological non-entity: On the Lacanian ACTUAL NEUROSIS AND PTSD 507 subject. In D. Nobus (Hrsg.) *Key concepts of Lacanian psychoanalysis* (S. 164 – 189). Rebus Press.
- Vermeulen, K. M., Ouwens, J. P., van der Bij, W., de Boer, W. J., Koëter, G. H., & TenVergert, E. M. (2003). Long-term quality of life in patients surviving at least 55 months after lung transplantation. *General hospital psychiatry*, 25 (2), 95 – 102. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00007-0](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00007-0)
- Von Känel (2012). Psychosocial stress and cardiovascular risk – current opinion. *Swiss Medical Weekly* 142, w13502. <http://doi.org/10.4414/smw.2012.13502>
- Waller, E. & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13 – 24. <https://doi.org/10.1080/09540260500466774>

- Warsitz, R.-P. (2016). Die Kunst des Deutens als Erhören von Unerhörtem. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 1 – 6. <https://doi.org/10.4414/sanp.2019.03033>
- Weiss, H. (2013). Unbewusste Phantasien als strukturierende Prinzipien und Organisatoren des psychischen Lebens. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 67, 903 – 930. https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Unbewusste+Phantasien+als+strukturierende+Prinzipien+und+Organisatoren+des+psychischen+Lebens.+Zur+Evolution+eines+Konzepts%E2%80%94Eine+kleinianische+Perspektive&author=Weiss,+H.&publication_year=2013&journal=Psyche+Z.+Psychoanal.&volume=67&pages=903%E2%80%93930
- WHO (2003). *Adherence to long-term Therapies: Evidence for Action*. WHO.
- Widmer, P. (1997). *Subversion des Begehrens. Eine Einführung in Jacques Lacans Werk* (4. Aufl.). Turia + Kant.
- Wiebke, J. & Vedder, B. (Moderation, Studiogast) (2020, 19. Juni). Die Rolle des Vaters. [Podcast-Folge]. In *Philosophisches Radio, WDR 5*. <https://gpodder.net/podcast/das-philosophische-radio-im-wdr-5-radio-zum-mitnehmen/klarungsbedarf-die-rolle-des-vaters-in-der-familie>
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H.J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde u den psychometrischen Kennwerten. *Psychother Psych Med*, 60, 442 – 450. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1247564>
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89 – 97. <https://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.034.0089a>
- Wittmann, L., Zander, J. & Dale, L.A. (2016). Das Traumgenerierungsmodell von Ulrich Moser und Ilka von Zeppelin. *Forum Psychoanalyse*, 32, 39 – 51. <https://doi.org/10.1007/s00451-016-0224-0>
- World Health Organization (1997). *Lexicon of cross-cultural terms in mental health*. WHO.
- Yin, R. K. (2005). *Case study research: design and methods* (3. Aufl.). Sage.
- Yusen, R. D., Edwards, L. B., Kucheryavaya, A. Y., Benden, C., Dipchand, A. I., Goldfarb, S. B., Levvey, B.J., Lund, L.H., Meiser, B., Rossano, J.W. & Stehlik, J. (2015). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: thirty-second official adult lung and heart-lung transplantation report—2015; focus theme: early graft failure. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 34 (10), 1264 – 1277. <https://doi:10.1016/j.healun.2015.08.014>

- Yusen, R.D., Dipchand, A. I., Kirk, R., Edwards, L. B., Kucheryavaya, A. Y., Benden, C., Christie, J. D., Dobbels, F., Lund, L.H., Rahmel, A.O. & Stehlik, J. (2013). International Society for Heart and Lung Transplantation. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: sixteenth official pediatric heart transplantation report–2013; focus theme: age. *Journal Heart Lung Transplant*, 32 (10), 979 – 988. <https://doi: 10.1016/j.healun.2013.08.006>.
- Zahavi, D. (2009). *Husserls Phänomenologie* (Obsieger, B., Übers.). Mohr Siebeck.
- Zaudig, M., Trautmann-Sponsel, R.D., Joraschky, P., Rupprecht, R., Möller, H.-J., Saß, H. (2006). *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Springer.
- Zepf, S., & Zepf, F. D. (2011). “You are Requested to Close an Eye”: Freud's Seduction Theory and Theory of the Oedipus Complex Revisited. *Psychoanalytic Review*, 98 (3), 287 – 323. https://www.academia.edu/23424698/_You_are_Requested_to_Close_an_Eye_Freuds_Seduction_Theory_and_Theory_of_the_Oedipus_Complex_Revisited
- Zepf, S., Ullrich, B. & Seel, D. (2016). Oedipus and the Oedipus complex: A revision. *International Journal of Psychoanalysis*, 97, 685 – 707. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12278>
- Ziegelmann, J. P., Griva, K., Hankins, M., Harrison, M., Davenport, A., Thompson, D., Newman, S. P. (2002). The Transplant Effects Questionnaire (TxEQ): The development of a questionnaire for assessing the multidimensional outcome of organ transplantation – example of end stage renal disease (ESRD). *British Journal of Health Psychology*, 7 (4), 393 – 408. <https://doi.org/10.1348/135910702320645381>
- Zupančič, A. (2018). *Freud und der Todestrieb*. Turia + Kant.

Anhang A: Interviewleitfaden

“Psychological Adjustment after Lung Transplantation – a New Empirical Approach with Visualizing Methods (PRISM)”

INTERVIEWLEITFADEN MP 1 (2 + 3) (VERSION 6.5.2011)

Code: □□.□□.□□

Datum: □□.□□.□□

Interviewer: _____

Erläuterung:

Ich möchte Sie bitten, mir in diesem Gespräch zu vermitteln, welchen Platz die Transplantation zurzeit in Ihrem Leben einnimmt. Manchmal ist es einfacher, Erfahrungen oder etwas, was man erlebt, bildlich darzustellen. Dafür möchten wir eine Methode verwenden, die sich **PRISM** nennt. Wenn Sie einverstanden sind, werde ich das Gespräch wie angekündigt auf **Tonband** aufnehmen, damit das Gespräch besser ausgewertet werden kann. Alles, was Sie sagen, steht unter ärztlicher **Schweigepflicht** und wird anonym ausgewertet. Unser Gespräch wird ungefähr 20 Minuten dauern (für Interview **MP2** und **MP3** entsprechend adaptieren, d.h. auf das Vorinterview hinweisen, die Erläuterungen aber nochmals wiederholen).

Haben Sie im Augenblick noch Fragen? Gut, dann beginnen wir mit dem **Interview**.

Transplantation:

Diese weiße Fläche auf dem I-PAD stellt Ihr Leben bzw. Ihre gesamte Erfahrungswelt dar, das heisst, alles, was Sie erleben, was Sie wahrnehmen, worüber Sie nachdenken und was Sie fühlen. Der gelbe Kreis in der unteren rechten Ecke ist Ihr Selbst, sozusagen Sie bzw. Ihre Person in Ihrem Leben. Diese **graue Scheibe** ist die **Transplantation**. Platzieren Sie bitte die Transplantationsscheibe so auf der weissen ‚Lebensfläche‘, dass Sie darstellen, welchen Platz die Transplantation zurzeit in Ihrem Leben einnimmt. Warum haben Sie die Scheibe so platziert? Welche Gedanken und Gefühle haben Sie dazu?

Lunge:

Diese **blaue Scheibe** ist die transplantierte **Lunge**. Bitte platzieren Sie die Scheibe nun so, dass Sie darstellen, welchen Platz die Lunge im Moment einnimmt. Warum haben Sie die Scheibe so platziert? Welche Gedanken und Gefühle haben Sie dazu?

Alle Aspekte des Lebens haben Vor- und Nachteile. In Bezug auf die neue Lunge drückt diese weiße Scheibe das **Positive** an Ihrem neuen, transplantierten Organ aus, diese schwarze Scheibe das **Negative**. Welchen Platz nimmt zurzeit das Positive (weiße Scheibe) ein? Welchen Platz nimmt das Negative (schwarze Scheibe) ein? Weshalb haben Sie die Scheiben so platziert?

Spender:

Nehmen wir an, diese **grüne Scheibe** ist der **Spender** Ihrer Lunge. Welchen Platz nimmt der Spender zurzeit in Ihrem Leben ein? Weshalb haben Sie den Spender hier lokalisiert?

Die weiße Scheibe drückt nun wieder das **Positive** am Spender aus, die schwarze Scheibe drückt das **Negative** aus. Welchen Platz nimmt zurzeit das Positive (weiße Scheibe) ein? Welchen Platz nimmt das Negative (schwarze Scheibe) ein? Weshalb haben Sie die Scheiben so platziert?

Medikamente:

Zum Schluss geht es noch um die **Medikamente**, d.h. die Immunsuppressiva. Die **rote Scheibe** stellt die Medikamente dar. Bitte platzieren Sie die Scheibe so, dass Sie darstellen, welchen Platz die Medikamente zurzeit in Ihrem Leben einnehmen. Warum haben Sie die Scheibe so platziert? Welche Gedanken und Gefühle haben Sie dazu?

Die weiße Scheibe drückt nun das **Positive** an den Medikamenten aus, die schwarze Scheibe das **Negative**. Welchen Platz nimmt zurzeit das Positive (weiße Scheibe) ein? Welchen Platz nimmt das Negative (schwarze Scheibe) ein? Weshalb haben Sie die Scheiben so platziert?

Danke für Ihre Bereitschaft, an dieser Untersuchung teilzunehmen!

ZUSATZ

Falls der Patient / die Patientin die erste Aufgabe nicht sofort versteht:

„Dies ist eine visuelle und daher ungewohnte Art, zu verstehen, welchen Platz die Krankheit in Ihrem Leben einnimmt. Wir möchten Ihnen daher ein Beispiel aus einem anderen Lebensbereich geben: Diese lila Scheibe bedeutet „Arbeit“: Für manche ist Arbeit ein ganz zentraler Lebensaspekt- die Arbeit ist ein ganz wichtiger Teil der Persönlichkeit. Diese Leute würden die Scheibe ganz auf den gelben Kreis, der sie selbst darstellt, legen.

(die lila Scheibe zur Illustration auf den gelben Kreis legen)

Für andere hingegen ist die Arbeit eher unwichtig, sie arbeiten, um Geld für ihr Leben zu verdienen. Solche Menschen würden die lila Scheibe nicht als Teil von sich selbst und eher randständig in ihrem Leben sehen.

(nun die lila Scheibe in die linke obere Ecke legen)

Könnten Sie nun die graue „Transplantations-Scheibe“ so platzieren, dass Sie darstellen, welchen Platz die Transplantation zurzeit in ihrem Leben einnimmt?

Anhang B: Codebook (Die psychische Verarbeitung einer Lungentransplantation auf der „Achse der psychosomatischen Totalität“ und die Aktualisierung des „Transplantationskomplexes“)

Code	Definitionen (mit Literaturhinweisen), Erläuterungen, Hinweise im Text (es gelten bei allen Hinweisen auch die verneinten Formen), verknüpfte oder abzugrenzende Codes	Ankerbeispiele	c- α -binary ⁷
Restcode	<p>Definition Alle nicht codierten Inhalte des Interviews werden mit Restcode codiert.</p> <p>Definition Gemeint ist die Gesamtheit von Objekten (Menschen, Tieren, Gegenständen) und Situationen bzw. Ereignissen außerhalb des Selbst der interviewten Person.</p> <p>Erläuterung Die Außenwelt bedeutet die faktische Umgebung ohne weitere repräsentationale Verarbeitung durch emotionale oder mentale Prozesse (Gefühle, Reaktionen, Verständnis) der interviewten Person. Auch körperliches Erleben (z.B. ein Tu-mor) kann außerhalb des Selbst erlebt werden.</p> <p>Hinweise im Text Erwähnung äußerer Objekte und Vorgänge im Text.</p> <p>Abgrenzung Die Außenwelt muss von der Innenwelt abgegrenzt werden. Die Innenwelt bildet sich aus den mentalen Vorgängen (z.B. Phantasien, Tagträume, Traumberichte, Wertungen, Glaubenssätze, innere Objekte) oder aus den emotionalen (Affekte) und körperlichen Wahrnehmungen (Körperzustände) der interviewten Person.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 [Pat. legt grauen Kreis]</p> <p>Ankerbeispiel 2 [Pat. lacht]</p>	
Außenwelt	<p>Ankerbeispiel 1 P: Es sind 60 Tabletten, die ich einnehmen muss.</p> <p>Ankerbeispiel 2 P: Weil ich sie täglich morgens um 9 Uhr und abends um 21 Uhr einnehmen muss.</p>		
Innenwelt	<p>Definition Gemeint ist die Gesamtheit von Objekten (z.B. Menschen, Tiere, Gegenstände) und Situationen bzw. Ereignissen, die</p>	Ankerbeispiel 1	

⁷ Der Koeffizient wird nur für die Codes angegeben, die auch für die vorliegende Arbeit verwendet wurden. Alle weiteren Codes dienen lediglich der Übersicht, um darzustellen, welche Codes insgesamt für das Forschungsprojekt genutzt wurden.

innerhalb des Selbst mental und emotional repräsentiert werden (z.B. in Form von Tagträumen, Vorstellungen, Phantasien, Träumen).

Erläuterung

Die Innenwelt bildet sich aus den mentalen Vorgängen (z.B. Phantasien, Tagträume, Traumberichte, Wertungen, Glaubenssätze, innere Objekte) oder aus den emotionalen (Affekte) und körperlichen Wahrnehmungen (Körperzustände) der interviewten Person.

Hinweise im Text

Erwähnung innerer Objekte und Vorgänge im Text.

Abgrenzung

Die Innenwelt muss von der Außenwelt abgegrenzt werden, letztere besteht aus Objekten, die keiner weiteren repräsentationalen bzw. emotionalen Verarbeitung unterworfen, sondern lediglich faktisch genannt werden.

I: Was sind nun die Gedanken und Gefühle, wenn Sie dieses Bild anschauen?

P: Also eigentlich mache ich mir keine großen Gedanken, dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage. Sondern für mich war es einfach eine Auswechslung von meiner alten Lunge zu einer neuen Lunge.

Ankerbeispiel 2

P: Ich habe eine neue Lunge bekommen. Durch das, dass es bis jetzt nur positive verlaufe ist, ist es auch sehr positiv.

Negative Erfahrungen habe ich noch keine gemacht. Und (,) über den Spender selbst mache ich mir eigentlich keine großen Gedanken. (-) Das ist auch so etwas worüber ich mir schon vorher im Klaren war. Entweder du willst es oder du willst es nicht. Und dann muss man sich auch nicht mehr groß damit beschäftigen. Eigentlich.

Hinweise auf Trauma

Definition

Die traumatische Situation meint die Situation, in welcher eine Person traumatisch verletzt wird. Dazu zählen körperliche, z.B. gewalttätige Misshandlungen, emotionaler und sexueller Missbrauch, emotionale (z.B. bei mütterlicher Depression; emotional unzugängliche oder abwesende Eltern, Trennungs- und Verlusterlebnisse) wie auch körperliche Vernachlässigung (z.B. mangelnde Pflege des Kindes). Auch intrusive Phantasien oder Erinnerungen können eine traumatische Situation herstellen.

Erläuterung

Unter traumatischer Situation versteht man „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit

Keine Hinweise im Text

Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser 1999, S. 79). Es kann sich um eine zeitlich einmalige oder kumulative traumatische Erfahrung handeln. Zur traumatischen Situation werden äußere wie innere Umstände gezählt. Die inneren Umstände werden z.B. geprägt durch Fantasien in Zusammenhang mit dem subjektiven Traumaerleben (sog. „Fantasie-Erlebnis-Zusammenhang“). Traumatisch und überwältigend können auch bedrohlich erlebte triebbedingte körperliche Veränderungen z.B. in der Pubertät sein.

Hinweise im Text

Alle Schilderungen, die sich direkt auf die traumatische Situation beziehen.

Abgrenzung

Die traumatische Situation muss von der traumatischen Reaktion, welche die psychovegetativen Reaktionen auf die traumatische Situation meint, und vom traumatischen Prozess abgegrenzt werden. Letzter meint Verarbeitung der traumatischen Situation / Reaktion, die sich über das ganze Leben hinziehen kann.

Definition

Die traumatische Reaktion steht in einem direkten zeitlichen Zusammenhang zur traumatischen Situation. Es handelt sich um die psychische und körperliche (z.B. psychovegetative) Reaktion auf die erlebte Traumatisierung.

Erläuterung

Bei der traumatischen Reaktion besteht ein direkter „Ereignis-Erlebnis-Zusammenhang“. Das Erleben der Traumatisierung ist ein intrapsychischer Prozess, der durch Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht, Angst und Panik gekennzeichnet ist und Abwehr- und Bewältigungsversuche wie Dissoziation, Fragmentierung, Fragment, Depersonalisation und Erstarren umfassen kann. Hinzukommen körperliche, in der Regel psychophysiologische Veränderungen im Sinne einer Stressreaktion (z.B. Blutdruckveränderungen).

Hinweise im Text

Hinweise auf traumatische Reaktion

Ankerbeispiel 1

I: Und das Aufwachen ist gut gegangen?
P: Ja, ich hatte sehr heiss. Und dann haben Sie gemeint, dass es Zeit wäre mir den Tubus zu entfernen, weil ich es sonst selbst tun würde [lacht] Und dann am Abend nach der Operation habe ich bereits wieder selbst die Zähne geputzt!

Ankerbeispiel 2

P: Die Zeit auf der Intensivstation habe ich als traumatisch erlebt. Mir ist es während dieser Zeit nicht so gut gegangen. Ich hatte so viel Angst – das kannte ich von mir nicht. So diffuse Ängste, die ich nicht richtig einordnen konnte. Und ich hatte Träume von Würmer, die mich auffressen wollten. Wahrscheinlich hatte ich diese

0.88

Alle Schilderungen, die sich auf die unmittelbaren psychischen und körperlichen Reaktionen während oder kurz nach der stattfindenden Traumatisierung beziehen.

Abgrenzung

Die traumatischen Reaktion muss abgegrenzt werden von der traumatischen Situation, welche das eigentlich Traumaereignis meint und vom traumatischen Prozess, welcher nicht in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zum Trauma steht (Zeitkriterium: später als ein Tag nach der Traumatisierung).

Alpträume aufgrund der Medikamente. Ich lag auf einer Dekubitusmatratze, die sich ständig mit Luft aufgefüllt und wieder entleert hatte. Und im Traum hatte ich das Gefühl, dass aus dieser Matratze Würmer kämen, die mich auffressen wollten. Jetzt kann ich lachen. Aber damals war das sehr schlimm für mich. Zudem konnte ich nicht schlafen, obwohl ich total erschöpft war. Und ich hatte so furchtbare Schmerzen auf der Seite, wo die Schläuche platziert waren. Zu Beginn war es wirklich nicht einfach. Auch das Atmen mit der neuen Lunge hat zu Beginn nicht so gut funktioniert, wie ich mir das vorgestellt hatte. Das alles war einfach ein bisschen.

Ankerbeispiel 1

P: Also, ähm, eigentlich mache ich mir keine grossen Gedanken, dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage. Sondern für mich war es einfach eine Auswechslung von meiner alten Lunge zu einer neuen Lunge.
I: Ja.

P: Aber ich mache mir keine Gedanken, von wem die Lunge gekommen ist. Das macht mir überhaupt nichts aus.

0.88

Ankerbeispiel 2

P: Ja, Sorgen gibt es schon. Ich mache mir Sorgen, ob alles gut gehe. Auch habe ich immer noch Schmerzen. Dann gibt es auch negative Dinge, zum Beispiel wenn ich einen Infekt eingefangen habe. Ich bin mit der neuen Lunge schon vorsichtiger geworden. Vor allem um diese Jahreszeit wo alle erkältet sind. Ich schaue schon, dass ich mich gut schütze. So gehe ich auch nicht in grosse Menschenmengen.

Definition

Der traumatische Prozess stellt einen lebenslangen Versuch dar, die traumatische Situation und die daraus hervorgehende traumatische Reaktion zu verarbeiten. Dazu gehören auch alle Symptome, die infolge der Traumatisierung das spätere Erleben des Betroffenen beeinflussen bzw. bestimmen (z.B. Ängste, Dissoziationen, Depressivität, Beziehungsschwierigkeiten).

Erläuterung

Insbesondere bei Kindheitstraumata handelt es sich um langfristige Prozesse, welche durch erneute Traumatisierungen stark beeinflusst werden. Zum traumatischen Prozess gehören alle affektiven und vegetativen Reaktionen der Betroffenen, die im Zusammenhang mit der Traumatisierung stehen und berichtet werden, bzw. durch bestimmte äußere ans Trauma erinnernde Faktoren getriggert werden.

Hinweise im Text

Es werden Angst- und inneren Spannungszuständen, dissoziativem Erleben, Auftreten von Flashbacks, Alpträumen, Schlaflosigkeit und erhöhter Vigilanz sowie Schreckhaftigkeit erwähnt. Weiter gehören dazu vegetative Begleitsymptome

Hinweise auf den traumatischen Prozess

wie Schwitzen und Herzklopfen sowie innere Unruhe, Abgestumpftheit, Anhedonie. Aktivitäten und Situationen, die an das Trauma erinnern, werden vermieden. Es können Symptome wie Angst, Unwohlsein, auch Schmerzen oder Lähmungen erwähnt werden, die in retraumatisierenden Expositionssituationen auftreten.

Abgrenzung

Der traumatische Prozess muss von der traumatischen Situation, welche das Traumaereignis meint und von der in einem direkten zeitlichen Zusammenhang stehenden traumatischen Reaktion abgegrenzt werden. Zeitkriterium: Der traumatische Prozess setzt frühestens ein Tag nach der traumatischen Situation ein.

Ja, für diese Aspekte möchte ich gerne den schwarzen Kreis legen [Pat. legt den schwarzen Kreis].

I: Möchten Sie zur neuen Lunge noch etwas sagen?

P: Nein, das ist gut.

I: Denken Sie noch über die alte Lunge nach

P: Nein, nicht wirklich. Ich bin froh, dass ich die alte Lunge los habe. Die alte Lunge hat mich lange geplagt. Nein, aber über die alte Lunge denke ich nicht mehr nach.

Metaphern

Definition

Generell ist die Metapher ein Sinngebilde, das aus einem bewussten Element (= bewusster mentaler bzw. körperlicher Signifikant) und einem unbewussten, d.h. der Person nicht bewussten Element (= mentaler Signifikant) besteht. Der mentale Signifikant ist ein Vorstellungsinhalt, der körperliche Signifikant ist ein Körpersymptom. Es besteht eine vertikale Synchronie: Der bewusste und unbewusste Signifikant sind synchron (d.h. gleichzeitig) „übereinander“ geschoben, d.h. der unbewusste Signifikant verschwindet „unter“ dem bewussten Signifikanten.

Metapher (mental)

Die Lacansche Metapher entspricht dem Symbolbegriff Freuds, der zwischen einem manifesten (bewussten) und latenten (unbewussten) Inhalt des Symbols unterscheidet. Der latente Signifikant (Vorstellungsinhalt) ist verdrängt und wird anhand des manifesten Signifikanten (Vorstellungsinhalts, Körpersymptom) symbolisiert. Man unterscheidet zwischen einer mentalen und körperlichen Metapher.

Erläuterung

Unter mentaler Metapher werden Vorstellungsinhalte codiert, bei welchen der Interviewer den Eindruck hat, dass dieser Vorstellungsinhalt auf einen anderen, verdrängten Vorstellungsinhalt verweist.

Ankerbeispiel 1

P: Ich möchte zuerst einmal etwas Gras darüber wachse lassen.

Ankerbeispiel 2

P: Ich war emotional neben den Schuhen.

Die Metapher bietet die Möglichkeit der Substitution eines Signifikanten in einer spezifischen (unbewussten / latenten Signifikantenkette mit dem Signifikanten einer anderen (bewussten / manifesten) Kette (Evans, 2002, S. 186), d. h. beim Gebrauch von Metaphern wird eine Vorstellungseinheit durch eine ähnliche, weniger problematische oder anstößige Vorstellungseinheit ausgetauscht.

Hinweise im Text

im Text werden betont bildhafte, sinnlich ausgeschmückte, affektiv aufgeladene, expressive, unter Umständen auch „übertrieben“ wirkende Vorstellungsinhalte als Hinweise auf mentale Metaphern verwendet. Es entsteht der Eindruck, dass der mitgeteilte Vorstellungsinhalt der Kommunikation dient, d.h. dass dieser im Gegenüber etwas emotional bewirken soll. Subjektiv entsteht im Rater des Interviews der Eindruck, dass die interviewte Person ihr Leid oder ihr Anliegen mit besonderen sprachlichen Mitteln mitteilen möchte. Eine mentale Metapher zeigt sich z.B. in Bildern, Fantasien, Tagträumen oder erinnerten Träumen.

Abgrenzung

Die mentale Metapher muss von der körperlichen Metapher abgegrenzt werden. Bei der mentalen Metapher wird ein Vorstellungsinhalt mitgeteilt; bei der körperlichen Metapher wird über ein Körpersymptom gesprochen. Zudem muss die mentale Metapher von der mental-mental Metonymie abgegrenzt werden. In der mentalen Metapher verbirgt sich hinter dem manifesten Inhalt ein latenter Inhalt, der entschlüsselt werden könnte. In der Metonymie kommt es – im Rahmen der Abfolge einer Signifikantenkette - zu einer Kombination von Vorstellungseinheiten, die bewusst, d.h. manifest sind; sie stehen zwar in einem Sinnzusammenhang, es wird jedoch nicht auf einen latenten Inhalt verwiesen.

Definition

Generell ist die Metapher ein Sinngebilde, das aus einem bewussten Element (= bewusster mentaler bzw. körperlicher Signifikant) und einem unbewussten, d.h. der Person nicht bewussten Element (= mentaler Signifikant) besteht. Der mentale Signifikant ist ein Vorstellungsinhalt, der körperliche

Metapher (körperlich)

Ankerbeispiel 1

P: Und ich atme wieder richtig, was ich vorher eigentlich nie gemacht habe.

Ankerbeispiel 2

Signifikant ist ein Körpersymptom. Der bewusste und der unbewusste Signifikant sind „übereinander“ geschoben, d.h. der unbewusste Signifikant verschwindet „unter“ dem bewussten Signifikanten.

Die Lacansche Metapher entspricht dem Symbolbegriff Freuds, der zwischen einem manifesten (bewussten) und latenten (unbewussten) Inhalt des Symbols unterscheidet. Der latente Signifikant (Vorstellungsinhalt) ist verdrängt und wird anhand des manifesten Signifikanten (Vorstellungsinhalts, Körpersymptom) symbolisiert. Man unterscheidet zwischen einer mentalen und körperlichen Metapher (= Körpersymbol).

Erläuterung

Unter körperlicher Metapher werden Berichte über Körpersymptome codiert, bei welchen der Interviewer den Eindruck hat, dass diese Körpersymptome auf einen verdrängten Vorstellungsinhalt verweisen.

Hinweise im Text

Im Text werden betont bildhafte, sinnlich ausgeschmückte, affektiv aufgeladene, expressive, unter Umständen auch „übertrieben“ wirkende Berichte über Körpersymptome als Hinweise auf körperliche Metaphern verwendet. Es entsteht der Eindruck, dass der mitgeteilte Bericht der Kommunikation dient, d.h. dass dieser im Gegenüber etwas emotional bewirken soll. Subjektiv entsteht im Rater des Interviews der Eindruck, dass die interviewte Person ihr Leid oder ihr Anliegen mit besonderen sprachlichen Mitteln mitteilen möchte, die sich auf die Darstellung der Körpersymptome beziehen.

Abgrenzung

Die körperliche Metapher muss von der mentalen Metapher abgegrenzt werden. Bei der mentalen Metapher wird ein Vorstellungsinhalt mitgeteilt; bei der körperlichen Metapher wird über ein Körpersymptom gesprochen.

Zudem muss die körperliche Metapher von der Metonymie abgegrenzt werden. In der körperlichen Metapher verbirgt sich hinter dem Körpersymptom ein latenter Inhalt, der entschlüsselt werden könnte. In der körperlich-mental Metonymie kommt es – im Rahmen der Abfolge einer Signifikantenkette, die aus Vorstellungsinhalten und Körpersymptomen

P: Also in Anführungszeichen, es vergiftet den Körper schon ein bisschen, oder. Und die anderen Organe natürlich.

besteht - zu einer Kombination von Vorstellungseinheiten und Körpersymptomen, die bewusst, d.h. manifest sind; sie stehen zwar in einem Sinnszusammenhang, es wird jedoch nicht auf einen latenten Inhalt verwiesen.

Metonymien

Definition

Bei der Metonymie besteht generell eine Abfolge bzw. eine Kombination von Signifikanten, die sich sinnhaft aufeinander beziehen. Die metonymischen Signifikanten sind bewusst, d.h. es besteht kein Unterschied zwischen einem bewusstem (manifesten) und einem unbewusstem (latenten) Inhalt. Eine Metonymie (mental-mental) besteht aus Signifikanten, die sich ausschließlich auf mental-kognitive Vorstellungsinhalte beziehen.

Erläuterung

Bei der Metonymie besteht eine „horizontale“ („bewusst – bewusst“) bzw. „diachrone“ („in zeitlicher Abfolge“) Kombination.

Insofern stehen die metonymischen Signifikanten in einer nachbarschaftlichen Beziehung zueinander. Beispiel: Der Satz „Ich bin ein Mensch“ bildet eine (mental-mentale) Metonymie, eine metaphorische Operation würde „Mensch“ gegen einen anderen Signifikanten (z.B. Tier, Pflanze) austauschen (= Substitution).

Hinweise im Text

Metonymisch (mental-mental) sind alle Sätze bzw. Satzabfolgen, die auf einer diachronen Kombination von Vorstellungsinhalten bestehen, die kognitiv sind und in einen Sinnszusammenhang eingeordnet werden können.

Abgrenzung

Metonymie meint die horizontale Nachbarschaftsbeziehung zwischen zwei Vorstellungseinheiten. Beide Vorstellungseinheiten sind bewusst. Es geht nicht um die Beziehung zwischen bewussten und unbewussten Vorstellungseinheiten. Abzugrenzen sind die verschiedenen Formen von Metonymien (mental-körperlich; mental-affektiv; affektiv-körperlich, affektiv-affektiv; körperlich-körperlich).

Ankerbeispiel 1

P: Ja, logisch beschäftigt es mich. Wenn ich sie vergesse, dann geht es recht schnell.

Ankerbeispiel 2

P: Aber dadurch beschäftigt mich das nicht so sehr. Ich muss einfach immer daran denken, aber (--) ich habe dafür sonst keine Probleme.

Metonymie (mental-mental)

Definition

Bei der Metonymie besteht generell eine Abfolge bzw. eine Kombination von Signifikanten, die sich sinnhaft aufeinander beziehen. Die metonymischen Signifikanten sind bewusst, d.h. es besteht kein Unterschied zwischen einem bewusstem (manifesten) und einem unbewusstem (latenten) Inhalt. Eine Metonymie (mental-körperlich) besteht aus Signifikanten, die sich auf mental-kognitive und körperliche Vorstellungsinhalte beziehen.

Erläuterung

Siehe Erläuterungen zu Metonymie (mental-mental).

Hinweise im Text**Metonymie (mental-körperlich)**

Metonymisch (mental-körperlich) sind alle Sätze bzw. Satzabfolgen, die auf einer diachronen Kombination von Vorstellungsinhalten bestehen, die mental-kognitiv und körperlich sind und in einen Sinnzusammenhang eingeordnet werden können.

Abgrenzung

Metonymie meint die horizontale Nachbarschaftsbeziehung zwischen zwei Vorstellungseinheiten. Beide Vorstellungseinheiten sind bewusst. Es geht nicht um die Beziehung zwischen bewussten und unbewussten Vorstellungseinheiten. Abzugrenzen sind die verschiedenen Formen von Metonymien (mental-mental; mental-affektiv; affektiv-körperlich; affektiv-affektiv; körperlich-körperlich).

Definition

Bei der Metonymie besteht generell eine Abfolge bzw. eine Kombination von Signifikanten, die sich sinnhaft aufeinander beziehen. Die metonymischen Signifikanten sind bewusst, d.h. es besteht kein Unterschied zwischen einem bewusstem (manifesten) und einem unbewusstem (latenten) Inhalt. Eine Metonymie (mental-affektiv) besteht aus Signifikanten, die sich auf mental-kognitive und affektive Vorstellungsinhalte beziehen.

Metonymie (mental-affektiv)**Erläuterung**

Siehe Erläuterungen zu Metonymie (mental-mental).

Hinweise im Text**Ankerbeispiel 1**

P: Dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage.

Ankerbeispiel 2

P: Es sind 60 Tabletten am Tag, die ich einnehmen muss, aber damit habe ich mich abgefunden.

Ankerbeispiel 1

P: Und ich kann eigentlich damit umgehen und leben damit ganz normal.

Ankerbeispiel 2

P: Wenn es dann vielleicht Probleme gibt, dann sieht es wieder anders aus.

Metonymisch (mental-affektiv) sind alle Sätze bzw. Satzabfolgen, die auf einer diachronen Kombination von Vorstellungsinhalten bestehen, die mental-kognitiv und affektiv sind und in einen Sinnzusammenhang eingeordnet werden können.

Abgrenzung

Metonymie meint die horizontale Nachbarschaftsbeziehung zwischen zwei Vorstellungseinheiten. Beide Vorstellungseinheiten sind bewusst. Es geht nicht um die Beziehung zwischen bewussten und unbewussten Vorstellungseinheiten. Abzugrenzen sind die verschiedenen Formen von Metonymien (mental-mental; mental-körperlich; affektiv-körperlich; körperlich-körperlich; affektiv-affektiv).

Definition

Bei der Metonymie besteht generell eine Abfolge bzw. eine Kombination von Signifikanten, die sich sinnhaft aufeinander beziehen. Die metonymischen Signifikanten sind bewusst, d.h. es besteht kein Unterschied zwischen einem bewusstem (manifesten) und einem unbewusstem (latenten) Inhalt. Eine Metonymie (affektiv-körperlich) besteht aus Signifikanten, die sich auf affektive und körperliche Vorstellungsinhalte beziehen.

Erläuterung

Siehe Erläuterungen zu Metonymie (mental-mental).

Hinweise im Text

Metonymisch (affektiv-körperlich) sind alle Sätze bzw. Satzabfolgen, die auf einer diachronen Kombination von Vorstellungsinhalten bestehen, die affektiv und körperlich sind und in einen Sinnzusammenhang eingeordnet werden können.

Abgrenzung

Metonymie meint die horizontale Nachbarschaftsbeziehung zwischen zwei Vorstellungseinheiten. Beide Vorstellungseinheiten sind bewusst. Es geht nicht um die Beziehung zwischen bewussten und unbewussten Vorstellungseinheiten. Abzugrenzen sind die verschiedenen Formen von Metonymien (mental-mental; mental-körperlich; mental-affektiv; affektiv-affektiv; körperlich-körperlich)

Metonymie (körperlich-körperlich)

Definition

Ankerbeispiel 1

Ankerbeispiel 1

P: Zum Beispiel wenn ich Migränen habe und erbrechen musste, dann mache ich mir Sorgen, ob die Medikamente angekommen sind und weiss nicht, ob ich sie nochmals nehmen muss.

Ankerbeispiel 2

P: Ich merke einfach, dass es mir viel besser geht. Und ich atme wieder richtig, was ich vorhin eigentlich nie gemacht habe. Ich habe keinen Husten mehr. Ja, und durch das (...) ich merke gesundheitlich einen Unterschied, aber psychisch ist es eigentlich nicht so, dass ich Probleme hätte, oder so.

Bei der Metonymie besteht generell eine Abfolge bzw. eine Kombination von Signifikanten, die sich sinnhaft aufeinander beziehen. Die metonymischen Signifikanten sind bewusst, d.h. es besteht kein Unterschied zwischen einem bewusstem (manifesten) und einem unbewusstem (latenten) Inhalt. Eine Metonymie (körperlich-körperlich) besteht aus Signifikanten, die sich auf körperliche Vorstellungsinhalte beziehen.

Erläuterung

Siehe Erläuterungen zu Metonymie (mental-mental).

Hinweise im Text

Metonymisch (körperlich-körperlich) sind alle Sätze bzw. Satzabfolgen, die auf einer diachronen Kombination von Vorstellungsinhalten bestehen, die körperlich sind und in einen Sinnzusammenhang eingeordnet werden können.

Abgrenzung

Metonymie meint die horizontale Nachbarschaftsbeziehung zwischen zwei Vorstellungseinheiten. Beide Vorstellungseinheiten sind bewusst. Es geht nicht um die Beziehung zwischen bewussten und unbewussten Vorstellungseinheiten. Abzugrenzen sind die verschiedenen Formen von Metonymien (mental-mental; mental-körperlich; mental-affektiv; affektiv-körperlich, affektiv-affektiv)

Definition

Bei der Metonymie besteht generell eine Abfolge bzw. eine Kombination von Signifikanten, die sich sinnhaft aufeinander beziehen. Die metonymischen Signifikanten sind bewusst, d.h. es besteht kein Unterschied zwischen einem bewusstem (manifesten) und einem unbewusstem (latenten) Inhalt. Eine Metonymie (affektiv-affektiv) besteht aus Signifikanten, die sich auf mental-kognitive und affektive Vorstellungsinhalte beziehen.

Metonymie (affektiv-affektiv)

Erläuterung

Siehe Erläuterungen zu Metonymie (mental-mental).

Hinweise im Text

Metonymisch (mental-affektiv) sind alle Sätze bzw. Satzabfolgen, die auf einer diachronen Kombination von Vorstellungsinhalten bestehen, die affektiv sind und in einen Sinnzusammenhang eingeordnet werden können.

P: Den Spender als Person (?), das Organ selber (?) ah nein, das wäre die Lunge gewesen (-).

Ankerbeispiel 2

P: Ja, ich kann wieder atmen und zwar ohne Beatmungsgerät, ich kann wieder umhergehen, ich habe mehr Energie um Dinge zu unternehmen.

Ankerbeispiel 1

P: Ja, das ist schwierig woher es kommt. Die Ärzte haben mir gesagt, dass es normal ist, dass man in ein Loch fallen könne durch die Operation, die Überwindung und Anstrengung.

I: Nehmen Sie zurzeit etwas gegen die depressive Verstimmung?

P: Nein, die Ärzte haben es wieder rausgenommen.

I: Mhm. Ist bei Ihnen schon ein Psychiater vorbei gekommen um zu schauen, wie es Ihnen geht?

P: Nein, es ist noch ganz neu.

I: Dann wird bestimmt noch jemand vorbei kommen. Ich glaube, dass es wichtig ist,

Abgrenzung

Metonymie meint die horizontale Nachbarschaftsbeziehung zwischen zwei Vorstellungseinheiten. Beide Vorstellungseinheiten sind bewusst. Es geht nicht um die Beziehung zwischen bewussten und unbewussten Vorstellungseinheiten. Abzugrenzen sind die verschiedenen Formen von Metonymien (mental-mental; mental-körperlich; mental-affektiv; affektiv-körperlich, körperlich-körperlich).

Definition

Bei der Metonymie besteht generell eine Abfolge bzw. eine Kombination von Signifikanten, die sich sinnhaft aufeinander beziehen. Die metonymischen Signifikanten sind bewusst, d.h. es besteht kein Unterschied zwischen einem bewusstem (manifesten) und einem unbewusstem (latenten) Inhalt. Unter Umständen kann ein Signifikant in der metonymischen Signifikantenkette wegfallen, so dass nur der benachbarte Signifikant genannt wird (z.B. „ein Glas“ anstelle von „ein Glas Wasser“). Es handelt es sich dann um eine „verkürzte Metonymie“.

Erläuterung

In diesem Fall kann nur spekuliert bzw. aus der Text-Umgebung erschlossen werden, von welcher Natur der zweite Signifikant wäre. Beispiel: Es wird ein Blitz erwähnt (mentaler Signifikant), jedoch nicht der Körperschmerz (körperlicher Signifikant).

Hinweise im Text

Verkürzt-metonymisch (affektiv-körperlich) sind alle Sätze, die inhaltlich auf einer diachronen Kombination von Vorstellungseinhalten bestehen, wobei der Eindruck entsteht, dass nur ein Teil der Signifikantenkette genannt wird. Auch die Figur des pars pro toto (Segel anstelle von Schiff) ist verkürzt-metonymisch.

Abgrenzung

Metonymie meint die horizontale Nachbarschaftsbeziehung zwischen zwei Vorstellungseinheiten. Beide Vorstellungseinheiten sind bewusst. Es geht nicht um die Beziehung zwischen bewussten und unbewussten Vorstellungseinheiten.

dass Sie etwas zur Stimmungsstabilisation bekommen könnten.

P: Mhm, es ist gerade so schwierig, mit allem umzugehen.

Ankerbeispiel 2

P: Ach es ist, (--) gut und schlecht.

Ankerbeispiel 1

P: die alte könnte man wegwerfen.

Ankerbeispiel 2

P- Also, was ich für eine (,).

Metonymie (verkürzt)

Abzugrenzen sind die verschiedenen Formen von Metonymien (mental-mental; mental-körperlich; mental-affektiv; affektiv-körperlich) von der verkürzten Variante.

Achse der psychosomatischen Totalität

Definition

Der imaginäre Raum am imaginären Pol enthält Gedanken, Bilder, Vorstellungen, Gefühle, die in keinem Bezug zu einer unbewussten oder abgespaltenen Zone stehen. Es kann auch über Körpergefühle gesprochen werden, ohne dass eine psychische Beteiligung in der Genese ersichtlich ist. Im Bereich der imaginären Zone ist das körperliche und affektive Erleben (bzw. das imaginäre Körperbild und der Affekt) identisch: Psychischer Schmerz ist körperlicher Schmerz; psychische Traumata sind identisch mit körperlichen Verletzungen; (Ruettnier et al., 2015).

Erläuterung

Am imaginären Pol besteht keine Notwendigkeit, eine unbewusste Zone bzw. traumatische Krypten zu bilden.

Hinweise im Text

Die Sprache ist lebendig-affektiv, d.h. weder besonders expressiv noch auf das Faktische begrenzt. Körpersymptome werden in einer Weise genannt, ohne dass der Eindruck entsteht, dass diese durch eine Abwehr entstanden sind, d.h. sie machen einen natürlichen und plausiblen Eindruck.

Abgrenzung

Der imaginäre Pol muss vom symbolischen Pol (Körpersymptom ist nicht-organisch und symbolisiert möglicherweise einen Vorstellungsinhalt, siehe körperliche Metapher), vom asymbolischen Pol (Körpersymptom ist nicht-organisch und symbolisiert keinen latenten Vorstellungsinhalt) und organischen Pol (Krankheiten) abgegrenzt werden.

Pol imaginär + Zone imaginär

0.85

Ankerbeispiel 1

I: Legen sie den Kreis für die Transplantation nach ihrem Empfinden. Das ist ganz individuell verschieden.
P: Ja, also im Moment ist es sehr nahe bei mir.

Ankerbeispiel 2

P: Ja, also im Moment ist es sehr nahe bei mir.
I: So?

P: Ach so, kann ich den Kreis auch in die Mitte von mir legen?

I: Ja, das dürfen Sie auch, wie es für Sie richtig ist.

P: Ja, dann ist es so richtig.

I: Gut. Dann interessiert mich als nächstes die Lunge. Wo steht die neue Lunge in ihrem Leben?

P: Sie meinen die neue Lunge?

I: Ja, die neue Lunge.

P: Ja, die alte könnte man wegwerfen. Ja die neue Lunge steht im Mittelpunkt von mir (-) das wird auch immer so bleiben.

I: Was sind nun die Gedanken und Gefühle, wenn Sie dieses Bild anschauen?

P: Also, ähm, eigentlich mache ich mir keine großen Gedanken, dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage.

Definition

Am symbolischen Pol entstehen durch die Bildung von Kompromissen zwischen Wunsch und Abwehr Körpersymbole

Pol, symbolisch

1.00

bzw. metaphorische Körpersymptome, die auf einen unbewussten / latenten Vorstellungsinhalt verweisen. Die Körpersymptome stehen im Dienst einer Symbolisierung, die Symptome verweisen als körperliche Signifikanten auf unbewusste Signifikate. Am symbolischen Pol entstehen körperliche Metaphern.

Erläuterung

Am symbolischen Pol produziert eine in der Regel konflikthafte Erfahrung eine unbewusste psychische Zone, in welcher sich verdrängte Vorstellungsinhalte versammeln, d.h. am symbolischen Pol ist durch die Verdrängung der imaginäre Raum in eine bewusste und unbewusste Zone unterteilt; deswegen spricht Lacan von einem „sujet divisé“.

Hinweise im Text

Die Verwendung von körperlichen Metaphern, verweist darauf, dass die Körpersymptome dem symbolischen Pol der Achse der psychosomatischen Totalität zuzuordnen sind: Im Text werden betont bildhafte, sinnlich ausgeschmückte, affektiv aufgeladene, expressive, unter Umständen auch „übertrieben“ wirkende Berichte über Körpersymptome verwendet. Es entsteht der Eindruck, dass der mitgeteilte Bericht der Kommunikation dient, d.h. dass dieser im Gegenüber etwas emotional bewegen soll. Subjektiv entsteht im Rater des Interviews der Eindruck, dass die interviewte Person ihr Leid über ihr Anliegen mit besonderen sprachlichen Mitteln mitteilen möchte, die sich auf die Darstellung der Körpersymptome beziehen.

Abgrenzung

Der symbolische Pol muss vom asymbolischen Pol (Körpersymptom ist nicht-organisch und symbolisiert keinen Vorstellungsinhalt), vom organischen Pol (organisches Körpersymptom) und imaginären Pol (Bilder, Gedanken) sowie von der imaginären Zone (körperliches Erleben = Affekt) abgegrenzt werden.

Metapher (körperlich) und symbolischer Pol werden in der Regel gemeinsam codiert.

Definition

Pol, asymbolisch

1.00

Am asymbolischen Pol sind die Körpersymptome nicht organisch, d.h. es werden im Text bzw. Textumfeld keine medizinische / organische Befunde erwähnt; auch entsteht nicht der Eindruck einer symbolischen Funktion des Körpersymptoms.

Erläuterung

Am asymbolischen Pol produziert eine in der Regel traumatische Erfahrung traumatische Krypten, die von dem übrigen imaginären Raum abgespalten sind, dieser ist von den Krypten durchlöchert (Abraham & Torok 2008, S. 96). Durch die Abfuhr traumatischer Erfahrungen in den Körper entstehen auf diese Weise asymbolische Körpersymptome, die auf keinen unbewussten Inhalt verweisen.

Hinweise im Text

Die Körpersymptome werden nüchtern und sachlich berichtet; der Bericht hat keine expressive bzw. kommunikative Qualität. Affekte werden nur insofern erwähnt, dass die Körpersymptome als affektiv belastend erlebt werden.

Abgrenzung

Der asymbolische Pol muss vom symbolischen Pol (Körpersymptom ist nicht-organisch und symbolisiert möglicherweise einen Vorstellungsinhalt, siehe körperliche Metapher), vom organischen Pol (organisches Körpersymptom) und imaginären Pol (Bilder, Gedanken) sowie von der imaginären Zone (körperliches Erleben = Affekt) abgegrenzt werden.

Definition

Am organischen Pol sind körperliche Erkrankungen zu lokalisieren, die möglicherweise durch Stress entstanden sind. Dazu zählen Herz-, Kreislauf- und Lungenerkrankungen sowie Infekte. Es handelt sich um eindeutig durch somatische Läsionen bedingte Körpersymptome.

Erläuterung

Am organischen Pol ist der imaginäre Raum verwüstet bzw. gelöscht, leer. Dies zeigt sich in einer essentiellen Depression.

Hinweise im Text

Ankerbeispiel 1

P: Und ich atme wieder richtig, was ich vorhin eigentlich nie gemacht habe.

Ankerbeispiel 2

P: Das Inhalieren löst in mir teilweise Atemnot aus und es kratzt mich im Hals. Es ist wirklich eckelhaft. Deshalb inhaliere ich 5 Tage und mach dann wieder 5 Tage Pause.

I: Und das ist in Ordnung so?

P: Das habe ich selbst so entschieden.

Pol, organisch

1.00

Es werden eindeutig organische Erkrankungen, v.a. aus dem Umfeld von Herz-, Kreislauf-, Lungen- und Infekterkrankungen.

Abgrenzung

Der organische Pol muss vom symbolischen Pol (Körpersymptom ist nicht-organisch und symbolisiert möglicherweise einen Vorstellungsinhalt, siehe körperliche Metapher), vom asymbolischen Pol (Körpersymptom ist nicht-organisch und symbolisiert keinen latenten Vorstellungsinhalt) und imaginären Pol (Bilder, Gedanken) sowie von der imaginären Zone (körperliches Erleben = Affekt) abgegrenzt werden.

Depression

Definition

Die interviewten Personen beschreiben eine innere Leere und fehlende Gefühle. Es fehlen Träume, Fantasien und Wünsche. Das Denken bzw. ihre Sprache wirken sachlich und leblos (vgl. Marty, 1968).

Erläuterungen

Bei der essentiellen Depression ist die libidinöse Aktivität markant reduziert. Die entstehende innere Leere und Affektlosigkeit dient als Schutz vor traumatischen Gefühlen (Green, 1993; Marty, 1968; Marty & M'Uzan, 1978). Zu dem Bild der essentiellen Depression gehört auch die Beeinträchtigung mentaler Funktionen im Sinne eines operativen Denkens. (Dammann, 2014; Green, 1993). Bestimmte Auslöser können zur somatischen Desorganisation und letztendlich zum Tod führen (Marty, 1968).

Hinweise im Text

Im Text finden sich Hinweise, dass sich die interviewte Person leblos und leer fühlt. Sie verneint einen inneren Raum zu haben. Ihre Sprache ist sehr sachlich, nüchtern, das Erleben affektfrei. Träume und Phantasien werden verneint bzw. kommen nicht vor. Ein operativer Denkstil oder Hinweise auf eine traumatische Reaktion, Prozess oder Situation sollten ebenfalls mit codiert werden

Verknüpfter Codes

Bei der essentiellen Depression sollte zusätzlich ein operativer Denkstil oder ein Hinweis auf eine traumatische Situation,

Ankerbeispiel 1

I: Denken sie bewusst öfters an die Lunge?

P: Eigentlich nicht nein. Das war für mich schon von Anfang an klar, wenn ich diesen Schritt mache, dann wird es so sein.

Ankerbeispiel 2

I- Und negative Gedanken haben Sie gar nicht?

P- Nix.

Essentielle Depression

eine traumatische Reaktion oder einen traumatischen Prozess codiert werden.

Abgrenzung

Die essentielle Depression muss von der somatischen Desorganisation abgegrenzt werden: Bei der somatischen Desorganisation steht der Prozess der regressiven Funktionseinschränkung (z.B. Rückenschmerzen auf Grund von Verspannungen) bzw. der krisenhaft verlaufenden organischen Beschädigung im Vordergrund. Bei der essentiellen Depression stehen die Beeinträchtigungen des affektiven und mentalen Lebens Vordergrund.

Definition

Die Patienten berichten über aktuelle oder frühere körperliche Beschwerden, die entweder mit einer vorübergehenden organischen Beeinträchtigung (z.B. Kopf- oder Rückenschmerzen infolge von Verspannungen oder infolge einer Stress-Hyperalgesie; Magenschmerzen infolge einer Gastritis, Blutdrucksitzen) oder Ausdruck einer krisenhaft verlaufenden, unter Umständen lebensgefährlichen körperlichen Erkrankung sind (z.B. Herzinfarkt, Apoplex).

Erläuterung

Die somatische Desorganisation ist die Folge einer essentiellen Depression und kann durch einen inneren oder äußeren Umstand (z.B. eine narzisstische Kränkung) ausgelöst werden. Wenn eine passagere Regression nicht möglich ist, erfolgt einer Desorganisation auf somatischer Ebene (Köhle et al., 2016; Zaudig et al., 2006).

Abgrenzungen

Die „somatischen Desorganisation“ muss von der „essentiellen Depression“ abgegrenzt werden (siehe Abgrenzung unter essentieller Depression).

Ankerbeispiel 1

P: Ja, negativ. Ich habe natürlich ab und zu Schmerzen. Das heisst, die hatte ich vorher schon mit der Reduktion der Lunge, oder.

Ankerbeispiel 2

I: Haben Sie Wassereinlagerungen?
P: Nicht mehr gross, früher hatte ich es extrem.

Signifikanten

Definition

Ein körperlicher Signifikant, d.h. eine sprachliche Äußerung im Text, benennt eine Körperempfindung oder ein Körpersymptom.

Erläuterung

Ankerbeispiel 1

P: Und ich atme wieder richtig, was ich vorher eigentlich nie gemacht habe. Ich habe keinen Husten mehr.

Ankerbeispiel 2

	<p>Siehe obige Definition.</p> <p>Hinweise im Text Siehe obige Definition.</p> <p>Abgrenzung Der körperliche Signifikant muss vom affektiven und mentalen Signifikanten abgegrenzt werden.</p> <p>Definition Ein affektiver Signifikant, d.h. eine sprachliche Äußerung im Text, benennt einen Affekt bzw. ein Gefühl.</p> <p>Erläuterung Siehe obige Definition.</p> <p>Hinweise im Text Siehe obige Definition.</p> <p>Abgrenzung Der affektive Signifikant muss vom körperlichen und mentalen Signifikanten abgegrenzt werden.</p>	<p>P: Weil der Magen nicht mitmacht. Und ich (-) hab Probleme mit den (/) für die Verdauung. Und wenn ich sie am Morgen nehmen, muss ich fast erbrechen.</p>
Signifikant affektiv	<p>Ankerbeispiel 1 P: Ich merke einfach, dass es mir viel besser geht.</p> <p>Ankerbeispiel 2 P: (...) aber psychisch ist es eigentlich nicht so, dass ich Probleme hätte, oder so.</p>	
Signifikant mental	<p>Definition Ein mentaler Signifikant, d.h. eine sprachliche Äußerung im Text, benennt eine kognitive Vorstellung über Objekte (andere Personen, Gegenstände), Situationen bzw. das Subjekt, sofern es sich nicht um Gefühle oder Körperempfindungen / Körpersymptome handelt.</p> <p>Erläuterung Siehe obige Definition.</p> <p>Hinweise im Text Siehe obige Definition.</p> <p>Abgrenzung Der kognitive Signifikant muss vom affektiven und körperlichen Signifikanten abgegrenzt werden.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Aber ich mache mir keine Gedanken, von wem die Lunge gekommen ist. Das macht mir überhaupt nichts aus.</p> <p>Ankerbeispiel 2 I: Wo setzen Sie diese beiden Kreise wenn Sie an die neue Lunge denken? P- Eigentlich nur positiv. Das Negative könnte man im Moment weglassen.</p>
Denkstile	<p>Definition Imaginäres Denken meint ein vor allem bildhaftes, affektiv aufgeladenes und kreatives Denken und daraus folgend eine lebendige, affektbetonte Sprache.</p> <p>Erläuterung Es besteht der Eindruck von Lebendigkeit und emotional-sprachlicher Bewegung.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: (...) dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage. Sondern für mich war es einfach eine Auswechslung von meiner alten Lunge zu einer neuen Lunge.</p> <p>Ankerbeispiel 2</p>

Hinweise im Text

Im Text finden sich lebendige und plastische Darstellungen, die oft bildlich bzw. bildreich sind.

Abgrenzung

Die Fähigkeit des imaginären Denkens sollte vom operativen (nüchternen, faktischen) und symbolischen Denken (mit Metaphern versehen, auf latente Vorstellungsinhalte anspielend) abgegrenzt werden.

Definition

Es handelt sich um ein nüchternes, faktisches Denken mit wenig Fantasietätigkeit und Assoziationen, die Äußerungen sind konkretistisch ohne die Verwendung von Symbolen / Metaphern äußert. Beim Zuhörer entstehen keine inneren Bilder oder Fantasien.

Erläuterung

Die Worte der interviewten Person dienen dazu, ihr Handeln und Erleben direkt darzustellen. Das operative Denken klebt an den Fakten und dem Werkzeugcharakter der Gegenstände. Die Aktivität des operativen Denkens heftet sich an konkrete Sachen, niemals an Produkte der Phantasie (Marty & de M'Uzan, 1978).

Hinweise im Text

Im Text werden v.a. nüchterne Fakten über sich und die umgebende Welt genannt.

Abgrenzung

Das operative Denken sollte vom imaginären und symbolischen Denken abgegrenzt werden.

Definition

Die interviewte Person verwendet häufig Metaphern (im Lacanschen Sinn); ihr ist nicht bewusst, über was sie spricht; es entsteht aber der Eindruck, dass der manifeste bewusste Vorstellungsinhalt auf einen latenten, unbewussten Vorstellungsinhalt verweist.

Erläuterung

Im symbolischen Denken finden sich symbolisch verschlüsselte Hinweise auf unbewusste Inhalte.

Hinweise im Text

P: Ja, die alte könnte man wegwerfen.

Ankerbeispiel 1

P- Ja, weil es halt einfach positiv ist, weil ich eine neue Lunge bekommen habe. Das sicher, ohne das wäre es gar nicht möglich gewesen. Deswegen ist es schon positiv.

Ankerbeispiel 2

I: Ja gut, gibt es sonst noch etwas zu sagen?
P- Nein, eigentlich nicht.

Ankerbeispiel 1

P: (...) dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage. Sondern für mich war es einfach eine Auswechslung von meiner alten Lunge zu einer neuen Lunge.

Ankerbeispiel 2

I- Weshalb setzten Sie den Spender so nahe? Hat das einen Grund oder ist das einfach ein Gefühl? Stimmt es so?

Denken symbolisch**Denken operativ**

<p>Äußerungen im Text, bei welchen auffällt, dass eine weitere Bedeutung (z.B. in Form einer Kastration) mitschwingt.</p> <p>Abgrenzung Das symbolische Denken sollte vom imaginären und operativen Denken abgegrenzt werden.</p>	<p>P- Emotional (...) Ich kann es nicht sagen. Ich habe das Gefühl, ich sei mit ihm verwandt (--) in diesem Sinne.</p>
Transplantationskomplex	
<p>Definition Der Code bezieht sich auf Phantasien des Patienten, dass bzw. wie der Spender zu Tode gekommen war, etwa bei einem Autounfall. Grundsätzlich sollten alle Äußerungen, die sich auf den Tod anderer Personen bzw. Objekte beziehen, vor dem Hintergrund, dass es sich um eine Verschiebung vom Spender auf andere Objekte handeln könnte, codiert werden. Zudem sollten auch Vorkehrungen ins Gegenteil, etwa der Wunsch, eine andere Person / ein anderes Objekt sollte möglichst überleben, hier codiert werden.</p> <p>Erläuterung Häufig steht das Thema des Todes des Spenders im Konfliktfeld aus Todeswunsch, der sich auf das eigene Erleben bezieht und Schuldgefühle, dem Spender den Tod zu wünschen bzw. dass dieser gestorben ist.</p> <p>Hinweise im Text Jede Form des Todes, des Totseins oder des Sterbens, die sich auf den Spender oder auf Spender im Allgemeinen bezieht, wird codiert.</p> <p>Abgrenzung Keine.</p> <p>Verknüpfter Code Bei diesem Code sollte der Code <i>der Rivale wird getötet, der Rivale wird getötet</i>, weiblich oder <i>der Rivale wird getötet</i>, männlich zusätzlich codiert werden</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Schwarz ist für den Spender. Negativ ist, dass der Mann für die Lunge sterben musste, damit ich die Lunge bekam. Das ist schon einmal sehr negativ, oder.</p> <p>Ankerbeispiel 2 P: Eben, dass (---) der einte stirbt und der andere überlebt. Das ist mir natürlich schon (--) (/) einerseits bin ich froh, dass es einen Spender gegeben hat. Und andererseits tut es mir natürlich leid, dass er gestorben ist (--).</p> <p style="text-align: right;">0.91</p>
<p>Der Körper wird aufgebrochen.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Ja. Zudem spüre ich immer noch die Narbe und die Rippen schmerzen. Vermutlich, weil Sie mir diese für die Operation brechen mussten.“</p> <p style="text-align: right;">1.00</p>

<p>Gefäß geöffnet wird, z.B. um etwas zu entnehmen oder einzufügen, codiert werden.</p> <p>Erläuterung Die Öffnung des Körpers bzw. eines Gefäßes kann unter Umständen gewaltsam erfolgen.</p> <p>Hinweise im Text Jede Form des Öffnens eines Objekts bzw. Gefäßes sollte hier codiert werden.</p> <p>Abgrenzung Keine.</p>	<p>P: (...) Das ist natürlich super. Ich weiß ja auch nicht, wie das geht, wenn man ein Organ heraus schneidet und bei einer anderen Person wieder einsetzt.</p>
<p>Objekte dringen in den Körper / werden aufgefressen (Inkorporation)</p> <p>Erläuterung Die Inkorporation bildet eine grundsätzliche Operation, um ein Objekt in sich aufzunehmen. Zu diesen Objekten kann auch der Spender gehören.</p> <p>Hinweise im Text Jede Form des Eindringens, Aufessens, Verschlucktwerdens oder Verschluckens, ob gewaltsam oder ohne Gewalt, wird hier codiert.</p> <p>Verknüpfter Code Bei diesem Code sollte zusätzlich <i>Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich</i> codiert werden.</p> <p>Abgrenzung Es sollte zwischen dem Akt der Inkorporation (eindringen, verschlingen, verschlungen werden) und des Zustands des Inkorporiertseins (Teil der Innenwelt sein) unterschieden werden.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Es sind 60 Tabletten am Tag, die ich einnehmen muss.</p> <p>Ankerbeispiel 2 I: Wie viel Zeit nimmt denn das Medikamente einnehmen pro Tag ein? P: Das Inhalieren und die Lungenfunktion vielleicht eine Stunde und Medikamente nehmen vielleicht nochmals eine halbe Stunde oder vierzig Minuten ein.</p> <p>Ankerbeispiel 3 P: (...) Es war, als würden ganz viele Würmer auf mich zukommen und mich fressen wollen.</p> <p style="text-align: right;">0,92</p>

	<p>Definition Jede Form der bewussten oder unbewussten Gleichsetzung von Spender und Empfänger wird hier codiert, etwa auch Hinweise, dass der Spender so sei wie der Empfänger. Im Allgemeinen wird hier jede Äußerung codiert, die auf eine Identifizierung, etwa des Patienten mit anderen Personen, hinweist.</p> <p>Erläuterung Die Identifizierung mit dem Spender wird als ein Zwischenschritt der Integration der neuen Lunge betrachtet.</p> <p>Hinweise im Text Jede Form der Identifizierung, d.h. dass zwischen zwei Objekten bzw. dem Subjekt und einem Objekt keine Differenz besteht, wird hier codiert (z.B. auch Vergleiche).</p> <p>Abgrenzung Keine.</p>	
<p>Der Empfänger ist Teil der Spender (Identifizierung)</p>	<p>Ankerbeispiel 1 I: Mhm. Haben Sie das Gefühl, Eigenschaften vom Spender übernommen zu haben? P: Ja, das überlege ich mir auch immer wieder. Aber ich glaube, ich bin immer noch die gleiche wie vor der Operation. Ich esse nach wie vor immer noch das gleiche gerne [lacht]. Da hat sich nicht viel geändert.</p> <p>Ankerbeispiel 2 P: Ich habe das Gefühl, ich sei mit ihm verwandt (--).</p>	<p>0.92</p>
<p>Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P:(...), dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage.</p> <p>Ankerbeispiel 2 P: Ja, ich weiss nicht. Die gehört zu mir. I- Ist ein Teil von Ihnen? P- Ja.“</p>	<p>0.96</p>
<p>Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Die ist mir sehr nahe. Die habe ich von Anfang an als meine eigenen adoptiert. Sie hat sogar einen Namen. Und Ja, ich habe die in mir drin. Sie ist bereits ein Teil von mir. Ich empfinde sie überhaupt nicht als Fremdkörper. Sondern, eben, ich habe</p>	<p>0.86</p>

Hinweise im Text

Jede Form der gelungenen Aufnahme, Akzeptanz, Verstopfung und Integration der Lunge oder eines anderen Objekts in einer Gruppe oder in einem Gebilde / Gefäß wird hier codiert.

Abgrenzung

Es sollte zwischen dem Zustand des bloßen Inkorporiertseins und der gelungenen Integration unterschieden werden.

sie voll und ganz adoptiert. Das ist jetzt meine Lunge und die gebe ich nicht mehr her.

Ankerbeispiel 2

P: (...) Sie ist einfach in mir drin und ermöglicht mir ein neues Leben.

Ankerbeispiel 1

P: Ja, Sorgen, dass es zu einer Abstoßungsreaktion kommen könnte. Aber diese sind weit hinten, weil ich an das gar nicht denken möchte.“

Ankerbeispiel 2

P: Ja, die Zeit ist eine Sache. Das andere ist, dass es mir stark übel wird, nachdem ich die Medikamente eingenommen habe. Heute zum Beispiel konnte ich kaum etwas frühstücken. Ein bestimmtes Medikament löst bei mir auch einen Brechreiz aus. Da drüben auf dem Nachtschiff steht noch ein Medikament, dass ich einnehmen müsste. Aber ich weiss, wenn ich es einnehme, wird es mir gleich übel.

0.86

Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden.**Definition**

Jede Äußerung, die sich auf die Abstoßung der Lunge bezieht, wird hier codiert. Dazu gehört aber auch jede Äußerung, die sich auf Ausstoßung, Abweisung bzw. Verlust eines Objektes bezieht.

Erläuterung

Die Angst vor einer Abstoßung der neuen Lunge gehört zum zentralen Erleben von Lungentransplantierten.

Hinweise im Text

Hinweise im Text sind Bemerkungen, die sich auf Ausstoßung, Zurückweisung, Durchfall, Erbrechen oder Verlust von Objekten beziehen, werden hier codiert.

Abgrenzung

Keine.

Ödipuskomplex**Ankerbeispiel 1**

P: Ja gut, es muss natürlich immer zuerst jemand sterben, damit man ein Organ bekommt.

Ankerbeispiel 2

P: Ich hatte lange Alpträume gehabt. Ich habe geträumt, dass meine Bezugsperson in mein Zimmer gekommen und hätte mir meinen zentralen Venenkatheter herausgerissen.

1.00

Definition

Die theoretische Grundlage des Ödipuskomplexes setzt sich mit Themen, wie Vatermord auseinander (Zepf et al., 2016). Der Vater stellt dabei den Rivalen dar, der die inzestuösen Handlungen zwischen Mutter und Sohn unterbinden möchte. Bei dem allgemeinen Code wird dabei das Geschlecht des Rivalen nicht benannt.

Hinweise im Text**Der Rivale wird getötet**

Jegliche Hinweise, die sich auf das Töten des Rivalen beziehen könnten, etwa der Bericht über Tötungsphantasien. Das Geschlecht des Rivalen bleibt unbenannt.

Abgrenzung

Abgegrenzt sollte dieser Code von der Rivale wird getötet, weiblich und der Rivale wird getötet, männlich.

Verknüpfter Code

Bei den unterschiedlichen Formen des Codes (Der Rivale wird getötet) sollte der Code *der Spender wird getötet* zusätzlich codiert werden.

Definition

Bezieht sich der Patient auf die Tötung der Mutter (Rivalin), wird dieser Aspekt des Ödipuskomplexes codiert. Die Mutter wird deshalb als Rivalin gesehen, da sie die inzestuösen Handlungen zwischen Vater und Tochter unterbinden möchte.

Hinweise im Text

Alle Schilderungen, die sich auf die Tötung der Mutter beziehen, sollten hier codiert werden. Diese Angaben können sich zudem in Sinne der Abwehr (Subjekt- bzw. Objektivität) auf den Tod von mütterlichen Figuren (z.B. Therapeutin) beziehen. Zudem können Berichte über die Chance auf das Überleben (durch den Tod von mütterlichen Figuren) deutlich werden.

Abgrenzung

Der Rivale wird getötet, weiblich muss von der Rivale wird getötet und der Rivale wird getötet, männlich abgegrenzt werden.

Der Rivale wird getötet, weiblich

1.00

Ankerbeispiel 3

P: Diese Gegensätze zwischen Leben und Tod sind einfach verrückt.

Ankerbeispiel 1

P: Es kam eine böse Frau auf mich zu und verwandelte sich plötzlich in eine puppenähnliche Figur und wollte mich umbringen.

Ankerbeispiel 2

P: Es kam dann zu einer Frontalkollision, die Frau starb noch am Unfallort. Die Frau war Mutter von zwei Kindern. Zwei Tage nach der Operation habe ich mich dann schon gefragt, ob die Frau etwas mit meiner Lunge zu tun hat? Obwohl mir schon bewusst ist, dass im Stundentakt Leute sterben.

Ankerbeispiel 1

P: Aber ich kann ja nichts für seinen Tod. Ich profitiere jetzt zwar von einem Menschen, der gestorben ist. Ich habe mir dann auch vorgestellt, der wird jetzt vielleicht begraben und so. Das ist schon schwierig. Aber auf der anderen Seite ist es nicht mein Fehler. Aber ich habe Glück gehabt, weil er das für mich tut.

1.00

Ankerbeispiel 2

Definition

Bezieht sich der Patient auf die Tötung des Vaters wird dieser Aspekt des Ödipuskomplexes codiert.

Hinweise im Text

Alle Schilderungen, die sich auf die Tötung des Vaters beziehen. Diese Angaben können sich zudem in Sinne der Abwehr (Subjekt- bzw. Objektivität) auf den Tod von väterlichen Figuren (z.B. Arzt) beziehen. Dabei kann zudem von der Chance auf das Überleben durch den Tod von väterlichen Figuren berichtet werden.

Der Rivale wird getötet, männlich

Abgrenzung

Der Rivale wird getötet, männlich muss von der Rivale wird getötet und der Rivale wird getötet, weiblich abgegrenzt werden.

P: Ich denke viel an den Spender. Ich schicke auch immer wieder einmal ein Stoßgebet in den Himmel. Aber es beschäftigt mich nicht. Wie ich zu Beginn bereits gesagt habe, er hat sich ja dazu entschlossen, das Organ zu spenden. Es wurde ihm ja nicht weggenommen noch wurde er dazu gezwungen.

Ankerbeispiel 1

P: Nachteile sind, dass mir nun wegen der neuen Lunge viele Dinge verboten sind. Dazu gehört eine stricte Diät, wo ich auf gewisse Nahrungsmittel verzichten sollte. Und nicht nur die Tatsache, dass ich gewisse Dinge nicht mehr tun darf, sondern ich treffe im Alltag auch auf viele Unsicherheiten.

Verbot/Strafe

Hinweise im Text

Berichte über allgemeine Verbote (z.B. Verbot bestimmter Lebensmittel oder Verbot bestimmten Freizeitsaktivitäten nachzugehen). Bericht über Funktionsverlust (z.B. Abstoßen des neuen Organs, Funktionsverlust mancher Körperfunktionen) als Folge der Bestrafung.

Abgrenzung

Der Aspekt sollte von Verbot/Strafe, weiblich und Verbot/Strafe, männlich abgegrenzt werden.

1.00

Ankerbeispiel 2

I: Die Angst vor einer Abstoßreaktion steht wahrscheinlich im Vordergrund?

P: Ja schon. Ich versuche zwar zu unterdrücken. Aber es ist eine reelle Gefahr. Und die Ärzte sagten mir, dass das erste Jahr ein hohes Risiko einer Abstoßreaktion mit sich bringt. Danach ist es nicht mehr so schlimm.

Definition

Beim weiblichen Geschlecht beziehen sich Verbote und Strafen auf das „Nein“ der Mutter, was durch die Autorin an das „Nein“ des Vaters geschlechtsspezifisch angepasst wurde (Freud, 1913; Lévi-Strauss, 1969).

Hinweise im Text

Schilderungen, bei denen die Verbote von der Mutter bzw. von mütterlichen Figuren ausgesprochen werden. Die drohende Bestrafung zeigt sich durch Unfruchtbarkeit (als Pendant zur drohenden Kastration des Jungen). Zudem können sich Gegenstände bzw. Objekte (z.B. Dornen im biblischen

Ankerbeispiel 1

P: Um die Wohnung waren große und dichte Büsche angelegt, auf eine Art ein Dornröschenschloss

Ankerbeispiel 2

P: Ich habe viele Blutungen.

Verbot/ Strafe, weiblich

1.00

<p>Sinn als Zeichen der Unfruchtbarkeit), welche die Unfruchtbarkeit auslösen oder symbolisch für diese stehen, erwähnt werden.</p> <p>Abgrenzung Der Aspekt sollte von Verbot/Strafe und Verbot/ Strafe, männlich abgegrenzt werden.</p>	<p>Definition Verbot/ Strafe, männlich bezieht sich aus lacanscher Perspektive auf das „nein“ innerhalb der Sprache. Diese Annahmen wurden durch Freud (1913) und Lévi-Strauss (1969) geprägt. Das „Nein“ kann Spuren des Vaters bzw. dessen Unterbindung der inzestuösen Handlung zwischen Mutter und Sohn enthalten (Keylor, 2003). Gemäß der freudianischen Schule kann dies wiederum als eine Art Drohung bzw. Strafe (Kastration) gesehen werden (Keylor, 2003).</p> <p>Hinweise im Text Schilderungen, bei denen die Verbote vom Vater bzw. von väterlichen Figuren ausgesprochen werden. Die drohende Bestrafung zeigt sich durch die Kastration. Diese kann sich vielseitig, z.B. in Form von Unterwerfung, Entmännlichung, Verlust von Kraft und Macht, Niederreißen oder Abschneiden von Objekten, die dem männlichen Geschlecht gleichen, präsentieren.</p> <p>Abgrenzung Der Aspekt sollte von Verbot/Strafe, weiblich und Verbot/ Strafe abgegrenzt werden.</p>	<p>Verbot/ Strafe, männlich</p> <p>Ankerbeispiel 1 P: Jetzt ist mein Problem, dass die Kraft noch nicht da ist. Aber das hat ja mit der Lunge nichts zu tun. 1.00</p> <p>Ankerbeispiel 2 P: Ich kann mich noch vage daran erinnern, wie mir gesagt wurde, dass sie mir den Beatmungsschlauch herausnehmen. Das war ein sehr unangenehmes Gefühl, das hat mich extrem gewürgt 1.00</p> <p>Ankerbeispiel 1 P: Ja, sehr große Schuldgefühle. I: Aber das hat mit dem Spender nichts zu tun gehabt? P: Nein absolut nicht. Aber eben, es war halt trotzdem in meinen Gedanken. Jetzt muss jemand sterben, dass ich weiterleben kann. Bis ich auf der Intensivstation durch viele Gespräche mit meinen Betreuern verstanden habe, dass diese Person nicht sterben muss, weil ich eine neue</p> <p>Schuld</p> <p>Abgrenzung Schuld sollte von Schuld, weiblich und Schuld, männlich abgegrenzt werden.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Lunge brauche, sondern dass diese Person so oder so sterben musste, ob ich nun die Lunge bekomme oder nicht. I: Es hat nichts miteinander zu tun? P: Ja, ja (.)</p> <p>Ankerbeispiel 2 Wenn jemand stirbt, kann man diese Person nicht beklagen oder beschuldigen.</p>	
Schuld, weiblich	<p>Definition Unter Schuld, weiblich werden Textstellen codiert, bei dem die Schuldgefühle durch die Mutter (bzw. mütterähnlichen Figuren) entstanden sind. Poluda (1993) vertrat z.B. die Ansicht, dass Schuldgefühle beim Mädchen auf eine „lesbische Enttäuschung“ mit aggressiven Gefühlen und Phantasien zurückzuführen sind.</p> <p>Hinweise im Text Schuldgefühle, die auf die Beziehung zur Mutter bzw. mütterlichen Figuren zurückzuführen sind.</p> <p>Abgrenzung Schuld, weiblich sollte von Schuld und Schuld, männlich abgegrenzt werden.</p>	Keine Hinweise im Text.
Schuld, männlich	<p>Definition Unter Schuld, männlich werden Schuldgefühle verstanden, die auf den Vater bzw. auf vaterähnliche Figuren zurückzuführen sind. Durch die Dramaturgie wurden die Schuldgefühle des König Ödipus besonders deutlich, der sich in Folge dessen die Augen ausstach (Zepf et al., 2016).</p> <p>Hinweise im Text Schuldgefühle, die auf die Beziehung zum Vater bzw. vaterähnlichen Figuren zurückzuführen sind, werden als Hinweise auf den Code Schuld, männlich verstanden.</p> <p>Abgrenzung Schuld, männlich sollte von Schuld, weiblich und Schuld abgegrenzt werden.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Vielleicht ein schlechtes Gewissen, dass ich von seinem Tod profitiert habe.</p> <p>Ankerbeispiel 2 P: Wenn ich ihn sehen würde, dann würde ich danke sagen. Mehr nicht. Ich kann ja nicht sagen. Tut mir leid, dass er nicht mehr da ist. Aber ich bin nicht schuld.</p> <p>1.00</p>
Erotik/ Sexualität	<p>Definition</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Nur, wenn ich ein bisschen heiß habe.</p> <p>1.00</p>

	<p>Einhergehend mit dem Eintreten in die ödipale Situation gibt es bestimmte Grundschemas, die vom jeweiligen Geschlecht unterschiedlich präsentiert werden und sich an das gegengeschlechtliche Objekt binden (Ruettner, 2019). Weitere Theorien betonen, dass die Sexualerregungen nicht nur vom Kind ausgehen, sondern ebenfalls durch die Eltern (in Form eines Rätsels) an das Kind gerichtet werden können (vgl. Laplanche, 2004).</p> <p>Hinweise im Text</p> <p>Berichte über den Koitus der Eltern bzw. mit den Eltern, ohne dabei explizit Mutter oder Vater zu nennen.</p> <p>Abgrenzung</p> <p>Verführung/ Sexualerregung sollte von Verführung/ Sexualerregung, weiblich und männlich abgegrenzt werden.</p> <p>Definition</p> <p>Das Grundschema beim Mädchen definiert sich vor allem durch die Sexualerregungen bzw. die Abfuhr dieser Erregungen, welche an ein Objekt (Vater) gebunden sind. Im Gegensatz zum Jungen wird das Objekt, an das sich die sexuelle Erregung bindet, ausgetauscht (Müller-Pozzi, 1991)</p> <p>Hinweise im Text</p> <p>Äußerungen über das Anschwellen der Schamlippen, der Brust oder der vaginalen Lubrikation, die in Zusammenhang mit der Sexualerregung durch den Vater bzw. vaterähnlichen Figuren gebracht werden. Die Sexualerregung kann zudem verschoben, z.B. Bericht über Schwellungen weiterer Körperteile oder sich vergrößernden Objekten, dargestellt werden.</p> <p>Abgrenzung</p> <p>Verführung/ Sexualerregung, weiblich sollte von Verführung/ Sexualerregung, männlich und Verführung/ Sexualerregung abgegrenzt werden.</p> <p>Definition</p> <p>Das Grundschema beim Jungen definiert sich vor allem über die Sexualerregungen bzw. die Abfuhr dieser Erregungen welche an ein Objekt (Mutter) gebunden sind. Die Sexualerregungen bzw. die Befriedigung des Kindes stellt sich durch den Koitus mit der Mutter dar, wobei der Vater als störend</p>	
<p>Erotik/ Sexualität, weiblich</p>		<p>Ankerbeispiel 1:</p> <p>P: Und Schleim kommt.</p> <p>1.00</p>
<p>Erotik/ Sexualität, männlich</p>		<p>Keine Hinweise im Text.</p>

wahrgenommen wird (Chasseguet-Smirgel, 1999, Freud, 1923).

Hinweise im Text

Berichte, die sich auf die Sexualerregung gegenüber der Mutter bzw. mütterliche Figuren beziehen. Dabei wird zudem über körperliche Veränderungen (z.B. erigierter Penis), welche sich zudem verschoben (z.B. größer werdende Objekte, Schwellungen, das Steif sein bzw. Versteifen in einer bestimmten Situation) darstellen können, berichtet.

Abgrenzung

Verführung/ Sexualerregung, männlich sollte von Verführung/ Sexualerregung und Verführung/ Sexualerregung, weiblich abgegrenzt werden.

Ankerbeispiel 1

P: Klar, ich habe einen Teil dieser Person in mir drin.

Ankerbeispiel 2

P: Meine ältere Tochter arbeitet in einer großen Firma.

Ankerbeispiel 3

P: dass der Tote im Empfänger weiterlebe. Und so einen Spruch aus dem Munde einer Politikerin zu hören verunsichert mich schon. Natürlich kann man einfach sagen, das ist Dummheit. Aber es beschäftigt mich halt trotzdem und führt tatsächlich dazu, dass ich mich fragen, ob sie recht hat und es tatsächlich so ist? Vielleicht ist es wirklich so, dass ein Toter in mir weiterlebt und ich nun mit zwei Seelen lebe. Eigentlich sage ich nein zu dieser Vorstellung, aber momentan bringen mich solche Stimmen, wie die von Frau Diener ins Schwanken. Es gibt offenbar viele Leute, die tatsächlich so denken.

1.00

Definition

Besonders hervorgehoben werden bei dem Untergang des Ödipuskomplexes schmerzhaft Erfahrungen des Kindes. Dadurch bedingt, „wendet sich das Ich des Kindes vom Ödipuskomplex ab“ (Freud, 1924, S. 398). Dies erklärt Freud so, dass es zu einer Identifizierung des vorher besetzten Objektes (Mutter oder Vater) kommt (Ruettnner, 2019).

Hinweise im Text

Angaben zu liebenden Eltern, die sich auf den Untergang bzw. die Aufhebung des Ödipuskomplexes beziehen. Auch Berichte über gute Beziehungen zu familien-ähnlichen Strukturen oder Berichte, wo eine Triangulierung (z.B. Erlernen eines Berufes) deutlich wird, werden als Hinweise verstanden.

Abgrenzung

Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex sollte von Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex, weiblich und männlich abgegrenzt werden.

Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex

	<p>P- Und trotzdem gehen mir halt solche philosophische-ethische Fragen durch den Kopf, wie zum Beispiel ob ein toter Mensch in einer bestimmten Form in einer anderen Person weiterleben kann? Das ist ja der Gedanke, was die Gegner ins Feld werfen in Zusammenhang mit der Widerspruchslösung. Und wenn das tatsächlich so wäre, ist das schon noch extrem.</p>	
<p>Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex, weiblich</p>	<p>Definition Beim Mädchen bezieht sich der Untergang/ Loslösung auf die Akzeptanz der Inzestschranke und darauf, dass die liebende Mutter (wieder-) entdeckt wird (Ruettnner, 2019). Hinweise im Text Hinweise auf eine gute Beziehung zur Mutter, bzw. mütterlichen Figuren, in der beispielsweise gute Charaktereigenschaften oder eine Identifizierung mit der Mutter betont werden. Berichte über eine reife Partnerwahl bzw. der ver-schobene und indirekte Bericht über gute und reife Beziehungen zu männlichen Personen, z.B. Arbeitskollegen werden berichtet. Abgrenzung Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex, weiblich sollte von Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex, männlich und Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex abgegrenzt werden.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Ja, ich weiß nicht. Die gehört zu mir. I: Ist ein Teil von Ihnen? P: Ja. Ankerbeispiel 2 P: Einfach, dass ich so lange wie möglich mit ihr zusammenleben kann und dass es keine Probleme gibt.</p> <p>1.00</p>
<p>Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex, männlich</p>	<p>Definition Beim Jungen bezieht sich der Untergang/ Loslösung auf die Akzeptanz der Inzestschranke und darauf, dass der liebende Vater (wieder-) entdeckt wird (Ruettnner, 2019). Hinweise im Text Hinweise auf eine gute Beziehung zum Vater, bzw. väterlichen Figuren, in der beispielsweise gute Charaktereigenschaften oder eine Identifizierung mit dem Vater betont werden. Berichte über eine reife Wahl der Partnerin bzw. der ver-schobene und indirekte Bericht über gute und reife Beziehungen zu weiblichen Personen, z.B. Chefin. Abgrenzung</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Also, ich weiß nicht. Ich meine, ich kenne ihn nicht. Aber er ist mir relativ sehr verwandt. Sehr nahe. Aber trotzdem nicht (-). Ankerbeispiel 2 P: Ich habe einen Teil von ihm. Und ich bin ein Teil von ihm. I: Also, Sie sind ein Teil von ihm oder er ist ein Teil von Ihnen? P: Beides. I: Sie sind verbunden?</p> <p>1.00</p>

	<p>Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex, männlich sollte von Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex, weiblich und Untergang/ Loslösung Ödipuskomplex abgegrenzt werden.</p>	<p>P: Ja, eben (--) Er lebt, so kann man sagen, ein bisschen weiter durch mich und ich durch ihn.</p>
<p>Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes</p>	<p>Definition Der Wortsprung von Kreativität geht auf das lateinische Wort „creare“ zurück, was so viel bedeutet wie erschaffen oder neu schöpfen (www.duden.de). Das Vorhandensein einer vitalen Fähigkeit (in Form einer erfüllenden Beziehung, Familiengründung, berufliche und künstlerische Erfüllung) wird als gelungene Erfüllung des Ödipuskomplexes verstanden. Freud (1924) sprach hier vom „Untergang des Ödipuskomplexes“ in der individuellen Entwicklung. Bezugnehmend auf den Wortsprung wird hier das Zeugen eines Kindes als <i>ein möglicher</i> Ausgang des Ödipuskomplexes verstanden.</p> <p>Hinweise im Text Hinweise im Text, die sich auf das Zeugen eines Kindes beziehen, ohne dabei geschlechtsspezifische Fähigkeiten zu erwähnen. Diese können verschoben durch weitere kreative Fähigkeiten, z.B. Anfertigung eines Kunstwerks, dargestellt werden.</p> <p>Abgrenzung Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes sollte von Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich und männlich abgegrenzt werden.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Zwar, der eine Sohn meinte.</p> <p>1.00</p>
<p>Kreativität als gelungener Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich</p>	<p>Definition Dieser Aspekt bezieht sich beim Mädchen auf die Entstehung und Schöpfung eines neuen Lebewesens. Dabei kann die lesbische Enttäuung und die damit verbundene Idee „Du darfst das weibliche Objekt nicht haben, du sollst es sein“ (Poluda, 1993, S. 4) herangezogen werden. Unter Berücksichtigung der Konzeptualisierung Poludas (1993) könnte die Schwangerschaft als positive Entwicklung des Mädchens gesehen werden, in dem das Mädchen durch die Schwangerschaft selbst zu Frau wird.</p> <p>Hinweise im Text Alle Hinweise auf eine Schwangerschaft, die Inkorporation von Gegenständen, z.B. in Form von Medikamenteneinnahme oder Nahrungsaufnahme.</p>	<p>Ankerbeispiel 1 P: Dass ich hier sozusagen einen Fremdkörper in mir trage.</p> <p>Ankerbeispiel 2 P: Diese Bilder sind hier in mir drinnen.</p> <p>Ankerbeispiel 3 P: Und wie soll ich sagen, ich schlucke diese Tabletten eigentlich gut</p> <p>1.00</p>

Verknüpfter Code

Bei diesem Code sollte zusätzlich der Code *Objekte dringen in den Körper / werden aufgefressen (Inkorporation)* codiert werden.

Abgrenzung

Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich sollte von Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes, männlich und Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes abgegrenzt werden.

Definition

Als kreativer Ausgang des Ödipuskomplexes (männlich) wird nicht die Schwangerschaft, sondern der Bericht über die Zeugung von Kindern verstanden. Darüber hinaus kann dabei auch der von Horney (1926) konzipierte Mutterschaftsneid, die auf der männlichen Unfähigkeit, ein Kind auszutragen beruht, deutlich werden.

Hinweise im Text

Im Text finden sich Hinweise, die sich auf das Zeugen eines Kindes beziehen. Darüber hinaus lassen sich Hinweise finden, die sich auf den Neid gegenüber weiblichen Eigenschaften oder Fähigkeiten, beziehen.

Abgrenzung

Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes, männlich sollte von Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes, weiblich und Kreativität als Ausgang des Ödipuskomplexes abgegrenzt werden.

Kreativität als generativer Ausgang des Ödipuskomplexes, männlich

Keine Hinweise im Text.

Definition

Gemäß Schmidt-Hellerau (2005) können die Konflikte innerhalb der ödipalen Situation in einen monolithischen und einen binären Konflikt eingeteilt werden. Ein monolithischer Konflikt bezieht sich darauf, dass sich das Individuum zwischen zwei Objekten entscheiden muss, um seinen Trieb befriedigen zu können. Bezogen auf die ödipale Situation müsste sich das Kind etwa entscheiden, welches Objekt (Mutter oder Vater) es liebt. Bei dieser Form des Konflikts handelt es sich immer nur um die Befriedigung eines bestimmten Triebes (Schmidt-Hellerau, 2015).

Monolithischer Konflikt

Ankerbeispiel 1

P: Ich bin froh, dass ich die alte Lunge los habe. Die alte Lunge hat mich lange geplagt. Nein, aber über die alte Lunge denke ich nicht mehr nach.

1.00

Ankerbeispiel 2

Für mich war es eine Auswechslung von meiner alten Lunge zu einer neuen Lunge.

Hinweise im Text

Es zeigt sich ein Kampf zwischen der Auswahl von Objekten, dabei wird aber nur ein Trieb deutlich, z.B. Lebenserhaltung (Trieb) durch die alte vs. Durch die neue Lunge (zwei Objekte). Dabei sollten beide Objekte benannt werden.

Abgrenzung

Abgegrenzt werden sollte der monolithische Konflikt vom binären Konflikt. Zudem sollte er vom monolithischen Konflikt weiblich und männlich abgegrenzt werden.

Definition

Monolithischer Konflikt, weiblich bezieht sich darauf, dass das Mädchen den Vater nicht inzestuös besitzen kann bzw. den Vater zur Selbsterhaltung benötigt.

Hinweise im Text

Der Trieb der Selbsterhaltung (durch den Vater, bzw. väterliche Figuren) wird deutlich. Dabei wird z.B. auch von Ängsten berichtet, nicht an die machtvoll Position des zweiten Objekts (Mutter) treten zu können, was sich z.B. dadurch identifizieren lässt, dass die Person nicht heiraten möchte oder nicht schwanger werden möchte.

Abgrenzung

Abgegrenzt werden sollte der monolithische Konflikt vom binären Konflikt. Zudem sollte er vom monolithischen Konflikt, männlich und dem allgemeinen monolithischen Konflikt abgegrenzt werden.

Monolithischer Konflikt, weiblich

Keine Hinweise im Text.

Definition

Monolithischer Konflikt, männlich bezieht sich darauf, dass der Junge die Mutter nicht inzestuös besitzen kann bzw. die Mutter zur Selbsterhaltung benötigt.

Hinweise im Text

Der Trieb der Selbsterhaltung (durch die Mutter, bzw. mütterliche Figuren) wird deutlich. Dabei wird z.B. auch von Ängsten berichtet, nicht an die machtvoll Position des zweiten Objekts (Vaters) treten zu können, was sich z.B. dadurch identifizieren lässt, dass die Person nicht heiraten möchte, keine Familie gründen möchte oder höhere Positionen im Berufsleben ablehnt.

Abgrenzung

Monolithischer Konflikt, männlich

Keine Hinweise im Text.

Abgegrenzt werden sollte der monolithische Konflikt vom binären Konflikt. Zudem sollte er vom monolithischen Konflikt, weiblich und dem allgemeinen monolithischen Konflikt abgegrenzt werden.

Definition

Ein binärer Konflikt hingegen bezieht sich auf zwei Grundtriebe (z.B. Liebe und Fürsorge), die sich etwa in der ödipalen Situation abzeichnen und sich an ein oder an zwei Objekte richten können (Schmidt-Hellerau, 2015).

Hinweise im Text

Kampf zwischen zwei Grundtrieben wird deutlich, z.B. der Patient möchte seine neue Lunge behalten, berichtet aber gleichzeitig von Ausstoßreaktionen (z.B. Diarrhoe, Vomitus). So könnte diese Aussage den Kampf zwischen Lebens- und Todestrieb darstellen. Darüber hinaus können Abwehrmechanismen, wie Verschiebung, deutlich werden.

Abgrenzung

Abgegrenzt werden sollte der binäre Konflikt vom monolithischen Konflikt. Zudem sollte er vom binären Konflikt, weiblich und binären Konflikt, männlich abgegrenzt werden.

Verknüpfter Code

Bei den unterschiedlichen Formen des binären Konflikts sollte der Code *Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden* zusätzlich codiert werden.

Definition

Der Kampf zwischen den zwei Grundtrieben richtet sich an die Mutter bzw. an mutterähnliche Figuren.

Hinweise im Text

Es wird deutlich, dass der Konflikt sich auf zwei Grundtriebe (z.B. Liebe vs. Fürsorge oder Sexualtrieb vs. Selbsterhaltung) konzentriert, welche von der Mutter bzw. mutterähnlichen Figuren befriedigt werden sollen.

Abgrenzung

Abgegrenzt werden sollte der binäre Konflikt vom monolithischen Konflikt. Zudem sollte er vom binären Konflikt, weiblich und binären Konflikt abgegrenzt werden.

Binärer Konflikt, männlich

Keine Hinweise im Text.

Ankerbeispiel 1

P: Ich weiß nicht, ob und wann es zu einer Abstoßung kommen wird.

Ankerbeispiel 2

P: Manchmal habe ich einfach ein bisschen Bedenken, wie lange die neue Lunge hält.

Binärer Konflikt

1.00

Definition

Der Kampf zwischen den zwei Grundtrieben richtet sich an den Vater bzw. an vaterähnliche Figuren.

Hinweise im Text

Es wird deutlich, dass der Konflikt sich auf zwei Grundtriebe (z.B. Liebe vs. Fürsorge oder Sexualtrieb vs. Selbsterhaltung) konzentriert, welche vom Vater bzw. vaterähnlichen Figuren befriedigt werden sollen.

Abgrenzung

Abgegrenzt werden sollte der binäre Konflikt vom monolithischen Konflikt. Zudem sollte er vom binären Konflikt, männlich und binären Konflikt abgegrenzt werden.

Binärer Konflikt, weiblich

Keine Hinweise im Text.

Anhang C: Tabellarische Übersicht der konflikthafter Natur des Transplantationskomplexes

Tabelle 12

Weitere Ergebnisse Fragestellung 3 (Geschlechtsspezifische Analyse der konflikthafter Natur des Transplantationskomplexes)

	OMG		OA		ES		KA		SI		ST		OI		
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	
	<i>n (m)</i>														
BK	4(0.20)	5(0.28)	52(2.60)	67(3.72)		1(0.06)	1(0.05)		1(0.05)	1(0.06)				6(0.30)	10(0.56)
RT		1(0.06)		1(0.06)		1(0.06)						12(0.60)	22(1.22)		
RT,M					2(0.10)				2(0.10)			28(1.40)	15(0.83)		
RT,W	1(0.05)								1(0.05)			2(0.10)	2(0.11)	1(0.05)	
KGA						1(0.06)									
KGA,W	1(0.05)	8(0.04)	3(0.15)	8(0.04)		2(0.11)			7(0.35)	16(0.89)			1(0.06)	81(4.05)	80(4.44)
MK			1(0.05)		2(0.10)										
S												5(0.25)	2(0.10)		1(0.06)
S, M									1(0.05)			15(0.75)	3(0.17)		
UL		1(0.06)			4(0.20)	1(0.06)				2(0.11)					1(0.06)
UL, M					4(0.20)	3(0.06)			4(0.20)	2(0.11)		1(0.05)			1(0.06)
UL, W									2(0.10)						
VS	6(0.30)	13(0.72)	44(2.20)	60(3.33)				1(0.05)	1(0.05)	1(0.06)				12(0.6)	10(0.56)
VS, M			2 (0.10)	1(0.06)											
VS, W				1(0.06)	1(0.05)										
ES		1(0.06)	1(0.05)												
Ge-samt	12(0.60)	29(1.62)	103(5.15)	138(7.67)	13(0.65)	9(0.50)	2(0.1)	0	19(0.95)	22(1.22)	63(3.15)	45(2.50)	100 (5)	103(5.72)	

Anmerkungen. M = Männlich, W = Weiblich, BK = Binärer Konflikt, RT = Der Rivale wird getötet, RT, M = Der Rivale wird getötet, männlich, RT, W = Der Rivale wird getötet, weiblich, RT, M = Der Rivale wird getötet, männlich, KGA, W = Kreativität als gelungener Ausgang, weiblich, MK = Monolithischer Konflikt, S = Schuld, S, M = Schuld, männlich, UL = Untergang/ Lösung des Ödipuskomplexes, UL, M = Untergang/ Lösung des Ödipuskomplexes, männlich, VS = Verbot, Strafe, VS, M = Verbot, Strafe männlich, VS, W = Verbot, Strafe, weiblich, ES = Erotik, Sexualität, OMG = Das neue Objekt (Lunge) ist Mitglied der Organfamilie, OA = Das neue Objekt (Lunge) kann ausgestoßen werden, ES = Der Empfänger ist der Spender (Identifizierung), KA = Der Körper wird aufgebrochen, SI = Der Spender ist Teil der Innenwelt des Empfängers, ST = Der Spender wird getötet, OI = Objekte dringen in den Körper/ werden aufgefressen (Inkorporation). Bei der geschlechtsspezifischen Analyse der konflikthafter Natur des Transplantationskomplexes (Fragestellung 3) wurde sich bei der vertiefenden Darstellung auf die zwei häufigsten Verknüpfungen konzentriert. Der Vollständigkeit halber wird in Tabelle 12 angeführt, wie häufig der Transplantationskomplex beim jeweiligen Geschlecht mit der konflikthafter Natur verknüpft wird. Der Wert in der Klammer gibt an, wie häufig die Verknüpfungen durchschnittlich beim jeweiligen Geschlecht auftreten (Mittelwert). Die Mittelwerte sind auf die zweite Nachkommastelle gerundet. Aus Übersichtsgründen wird bei Tabelle 12 auf die Darstellung nach APA 7 verzichtet.

Anhang D: Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mich während der Anfertigung meiner Doktorarbeit unterstützt und begleitet haben. Zunächst gebührt mein außerordentlicher Dank Herrn Prof. Dr. Lutz Götzmann, der meine Doktorarbeit betreut hat und mir eine mehr als große Unterstützung war. Ohne die intensive und herausragende Begleitung, die vielen Telefonate, Videoanrufe, E-Mails und Diskussionen wäre die vorliegende Arbeit in dieser Form nicht zustande gekommen. Ich bin sehr dankbar dafür, dass ich durch die vielen Gespräche dazu ermutigt worden bin, neue Perspektiven einzunehmen und mich von starren Ansichten zu lösen. Dies wird für mich auch außerhalb des Projekts nachhaltig äußerst gewinnbringend sein – dafür danke ich dir sehr, lieber Lutz! Ich möchte Frau Prof. Dr. Barbara Rüttner-Götzmann und Herrn Prof. Dr. Lutz Götzmann dafür danken, dass mein Interesse für die Psychoanalyse, sowohl durch die Lehre an der Universität als auch durch die Anfertigung der Dissertation, geweckt wurde.

Ein ganz besonderer Dank geht an die gesamte Forschergruppe des Projekts (Frau Dr. Angela Brucher, Frau Dr. Annina Seiler, Frau Prof. Dr. Annette Boehler, Frau Prof. Dr. Barbara Rüttner-Götzmann, Frau Vera Hinderling-Baertschi, Herr Dr. Macé Schuurmans, Herr Prof. Dr. Christian Benden, Herr Prof. Dr. Herr Walter Weder, Herr Prof. Dr. Ilhan Inci, Herr Prof. Dr. Josef Jenewein, Herr Prof. Dr. Lutz Götzmann, Herr Prof. Dr. Richard Klaghofer, Herr Prof. Dr. Roland Weierstall, Herr Prof. Dr. Stefan Büchi) sowie an die Teilnehmenden der Studie, ohne die es nicht möglich gewesen wäre, solch spannende Einblicke in die unbewusste Verarbeitung einer Lungentransplantation zu erlangen. Durch den regen Austausch, auch innerhalb des Instituts für Philosophie, Psychoanalyse und Kulturwissenschaften, sind neue Perspektiven entstanden, die für das Projekt mehr als fruchtbar waren. Dabei möchte ich besonders Lena Barth für den fachlichen, aber auch den persönlichen Austausch danken, durch den ich stets motiviert wurde.

Von ganzem Herzen möchte ich mich bei Theres Volz bedanken, die mir während des gesamten Studiums eine überaus bedeutsame, wertvolle und unersetzbare emotionale Stütze war und mir, besonders in letzter Zeit, mit Rat und Tat zur Seite stand. Durch die mehrfache Durchsicht und die kritischen Diskussionen, etwa über

die Voraussetzungen statistischer Testverfahren, hätte solch ein Arbeitsumfang keinesfalls gelingen können, weshalb ihr mein besonders herauszustellender Dank gebührt. Ganz herzlich danken möchte ich auch meinen langjährigen und liebevollen Freundschaften, die mich immer wieder aufgebaut und an mich geglaubt haben.

Ein ebenso großer Dank geht an meine Familie. Dabei möchte ich mich insbesondere bei meiner Mutter und meiner Schwester bedanken, die mich mit besonderer Geduld, vielen motivierenden Worten und Gesten sowie einem stetigen Mitfiebern durch die gesamte Studien- und Dissertationszeit hinweg liebevoll gestärkt haben. Besonders bedanken möchte ich mich bei meinen Großeltern, Christiane und Kurt, und meiner Mutter, die mich während des Studiums finanziell unterstützt haben und ohne die mein bisheriger beruflicher Lebensweg so nicht möglich gewesen wäre. Bedanken möchte ich mich ebenfalls für das Promotionsstipendium, das mir durch die Medical School Hamburg, im Besonderen durch Frau Ilona Renken-Olthoff, ermöglicht wurde.