

Hoffmann · Hochapfel

8. Auflage

Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin

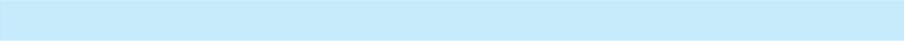
Mit einer Einführung
in die Psychodiagnostik
und Psychotherapie

Herausgegeben von
Annegret Eckhardt-Henn,
Gereon Heuft,
Gerd Hochapfel
und Sven Olaf Hoffmann

 **Schattauer**

Hoffmann ■ Hochapfel

Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin



Dieses Lehrbuch wurde 1979 von Sven Olaf Hoffmann und Gerd Hochapfel begründet. Die Auflagen 1 bis 5 wurden von den Gründungsautoren verfasst. Frau Prof. Dr. Annegret Eckhardt-Henn und Herr Prof. Dr. Gereon Heuft haben seit der 6. Auflage zahlreiche Beiträge übernommen und sind seit der 7. Auflage Mitherausgeber.

Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin

Mit einer Einführung
in die Psychodiagnostik und Psychotherapie

CompactLehrbuch

Herausgegeben von

**Annegret Eckhardt-Henn,
Gereon Heuft,
Gerd Hochapfel
und Sven Olaf Hoffmann**

8., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage
Mit 31 Abbildungen und 10 Tabellen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 1979, 1984, 1987, 1991, 1995, 1999, 2004 und 2009

by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Umschlagabbildung: Die Grafik auf dem Titelbild greift das Logo der Psychosomatischen Universitätsklinik Mainz auf. Es wurde von Anja Ganster entworfen und spielt auf das „dreiflügelige“ bio-psycho-soziale Modell der Medizin von G. L. Engel, ehemals Professor an der Harvard-Universität, an.

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-42619-9

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-26376-3

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Lektorat: Ruth Becker M. A.

Vorwort

Die Weiterentwicklung unserer Kenntnisse um die psychischen und psychosomatischen Störungen in den letzten vier Jahren hat es erforderlich gemacht, die 8. Auflage des *Hoffmann/Hochapfel* erneut grundlegend zu überarbeiten. Auch wenn die vier gleichberechtigten Autoren jeweils schwerpunktmäßig einzelne Artikel verfasst haben, wurden alle Kapitel wechselseitig diskutiert, kritisiert und im Hinblick auf eine konsequente Vereinheitlichung des Buches durchgearbeitet.

Wir gehen davon aus, dass alle unsere Leserinnen und Leser neugierig darauf sind, mehr darüber zu erfahren, wer ihre Patientinnen und Patienten jenseits ihrer körperlichen Symptomatik eigentlich sind. Diese subjektive Perspektive des Patienten, seine psychodynamische Entwicklung und seine subjektive Lerngeschichte erfährt neuerdings gerade auch aus Sicht der *Hochleistungsmedizin* wieder vermehrt Aufmerksamkeit. So ist es für den mittel- und langfristigen Behandlungserfolg einer Organtransplantation von entscheidender Bedeutung, ob die **Krankheitsverarbeitung** durch eine komorbide **Neurotische Störung** oder eine **Persönlichkeitsstörung** besonders gefährdet ist. Umgekehrt steigen die Anforderungen an Ärzte aller Fachgebiete, bei körperbezogenen Symptomen somatische Ursachen von **Somatoformen Störungen** zu differenzieren und **potenzielle psychosoziale Faktoren bei Organkrankheiten** zu identifizieren.

Konsequenterweise haben wir die aktualisierte Übersicht über **psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten** um ein Kapitel zu den Besonderheiten der **Psychosomatischen Grundversorgung** ergänzt. Die Psychosomatische Grundversorgung bildet heute in allen Fachgebieten die kompetente Grundlage, die Patienten im Sinne einer modernen Medizin *ganzheitlich* zu sehen. Damit machen Ärzte in ihrer täglichen Praxis ernst mit der Aufhebung der Dichotomie zwischen Körper und Psyche und signalisieren ihren Patienten, dass es keinen Affekt, keine Emotion ohne körperliche Mitreaktion und keine körperliche Krankheit ohne psychische Auswirkungen gibt. Uns erscheint es wichtig, dass schon die Studierenden – neben allen anderen Fertigkeiten, die sie erlernen – diese ärztliche Grundkompetenz möglichst früh im Blick haben. Denn psychosomatisch ausgebildete Ärzte ersparen sich und ihren Pati-

enten, gemeinsam zunächst nur somatische Symptome auszuwerten, um dann gegebenenfalls die psychosomatische oder die somato-psychische Seite nachträglich in die Arzt-Patient-Beziehung einführen zu müssen. Indem sie dem Patienten signalisieren, er werde auf dem Stand einer „modernen Medizin“ diagnostiziert und behandelt, lässt sich von vorneherein zusammen mit dem Patienten schrittweise die Verbindung somatischer und psychischer Wurzeln seines Leidens erarbeiten.

Beschrieben werden natürlich auch die Besonderheiten der **Akuten Belastungsreaktion** und der **Anpassungsstörung** sowie die Probleme der **Posttraumatischen Belastungsreaktion** und weiterer trauma-assoziiierter Symptombildungen mit ihren Behandlungsmöglichkeiten.

Ein solches Kompaktlehrbuch verpflichtet die Autoren zur Auswahl. Wir hoffen, dass diese 8. Auflage erneut dazu verhilft, sich einerseits rasch und andererseits doch in der ausreichenden Tiefe wissenschaftlich fundiert zu den psychodynamischen Krankheitsmodellen als Hintergrundtheorie und den einzelnen angesprochenen Störungen sowie Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Die mit dem → Pfeil versehenen Querverweise auf andere Kapitel sollen dazu dienen, unnötige Wiederholungen von Aussagen, die an anderer Stelle bereits ausgeführt worden sind, zu vermeiden.

Aus Gründen der Erreichbarkeit haben wir fast ausschließlich Quellenliteratur aufgenommen, die nach 1980 erschienen ist. Darüber hinaus haben wir Autoren, deren Nennung aus historischen Gründen zum Verständnis von Zusammenhängen unabdingbar erschien, im Text aufgeführt, ohne jedoch die älteren Quellennachweise zu führen. Dieses Konzept erscheint uns im Hinblick auf unsere Leserschaft, die sich in kompakter Form rasch auf dem aktuellen Stand informieren will, angemessen.

Wenn uns engagierte Leserinnen und Leser übermitteln wollen, wie wir der Personalität des Menschen, seinen Emotionen und seinen sozialen Interaktionen mit dem hier entfalteten Verständnis noch besser dienen können, sind wir für Hinweise jederzeit dankbar.

Stuttgart, Münster, Rellingen und Hamburg
im Juni 2009

A. Eckhardt-Henn
G. Heuft
G. Hochapfel
S. O. Hoffmann

Inhalt

Eine Einleitung	1
1 Allgemeine Grundlagen zur Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen	6
1.1 Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin: Terminologie und Klassifikation	6
1.2 Tiefenpsychologische Grundbegriffe	9
1.3 Das Konzept des Konfliktes und der Internalisierung	14
1.4 Psychische Entwicklung und Pathogenese Neurotischer Störungen	22
1.4.1 Die frühe Entwicklung (1. und 2. Lebensjahr)	23
1.4.2 Das Kleinkindalter	32
1.4.3 Das Vorschulalter und Schulalter	37
1.4.4 Objektivierbare Risikofaktoren und protektive Faktoren in der Entwicklung	40
1.4.5 Die Adoleszenz	45
1.4.6 Das frühe, mittlere und hohe Erwachsenenalter	47
1.5 Konflikt, Angst, Abwehr	50
2 Pathogenetische Modelle von psychischen und psychosomatischen Störungen	60
2.1 Das Konfliktmodell (reaktualisierte Entwicklungskonflikte) ..	61
2.2 Das Defizitmodell (erhaltene Entwicklungsdefizite)	64
2.3 Das Traumamodell (fortwirkende traumatische Schädigung) .	69
2.4 Das Lernmodell (verfehlte Lernvorgänge)	73
2.5 Das Stressmodell: psychophysiologische und psychoneuroimmunologische Aspekte	77
2.6 Genetische Faktoren und ein integratives Modell von Krankheit	83
2.7 Der Mechanismus der Symptombildung, dargestellt anhand eines Falles von Depersonalisationserleben	86
3 Neurotische Störungen	90
3.1 Neurotische Störungen mit ausgeprägter Angstentwicklung	90
3.1.1 Angstanfall (Panikattacke)	94

3.1.2	Panikstörung	98
3.1.3	Generalisierte Angststörung	102
3.1.4	Phobische Störungen (Phobien)	107
3.1.4.1	Agoraphobie	110
3.1.4.2	Soziale Phobien	115
3.1.4.3	Spezifische (isolierte) Phobien	119
3.1.5	Herzangststörung („Herzangstneurose“)	125
3.1.6	Hypochondrische Störung	130
3.1.7	Neurasthenie	135
3.1.8	Umweltbezogene Ängste	137
3.2	Neurotische Störungen mit ausgeprägter Autoaggression	141
3.2.1	Depressiv-neurotische Störungen: Dysthymia, Depressive Episode und Rezidivierende Depressive Störung	141
3.2.2	Der psychische Masochismus	154
3.2.3	Artifizielle Störungen	156
3.3	Die Zwangsstörung	164
3.4	Dissoziative Störungen des Bewusstseins (einschließlich Depersonalisation)	175
4	Belastungs- und Anpassungsstörungen (Posttraumatische Belastungsstörung)	185
5	Persönlichkeitsstörungen	195
5.1	Eine Übersicht	195
5.2	Ausgewählte Störungsbilder	200
5.2.1	Histrionische Persönlichkeitsstörung	201
5.2.2	Anankastische Persönlichkeitsstörung (Zwangspersönlichkeit)	202
5.2.3	Ängstliche und Abhängige Persönlichkeitsstörung	204
5.2.4	Borderline-Persönlichkeitsstörung	205
5.2.5	Narzisstische Persönlichkeitsstörung	210
6	Somatoforme Störungen	213
6.1	Verständnis und Einteilung der psychosomatischen Krankheitsbilder	213
6.2	Dissoziative Störungen der Bewegung und Sinnes- empfindung (Konversionsstörungen)	216
6.3	Die Somatisierungsstörung	235

6.4	Somatoforme autonome Funktionsstörungen	238
6.4.1	Somatoforme neurootologische Störungen	250
6.4.1.1	Somatoformer Schwindel	250
6.4.1.2	Hörsturz	258
6.4.1.3	Tinnitus	260
6.4.2	Somatoforme Störungen des kardiovaskulären Systems	265
6.4.3	Reizdarmsyndrom (Chronische Dyspepsie und Colon irritabile)	268
6.5	Nichtorganische Schlafstörungen	273
6.6	Störungen der Sexualität	278
6.6.1	Sexuelle Funktionsstörungen	278
6.6.2	Störungen der Sexualpräferenz (Perversion, Deviation, Paraphilie)	284
6.6.3	Transsexualität	288
6.7	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	290
6.7.1	Fibromyalgie-Syndrom	301
6.8	Der therapeutische Zugang zum somatoform Kranken	303
6.8.1	Die sinnvolle Investition von Zeit	305
6.8.2	Das Hören „neben“ der Beschwerde	305
6.8.3	Die Parallelität in der Befunderhebung	306
6.8.4	Die Interaktion von Arzt und Patient	307
6.8.5	Die Mitteilung der Diagnose „somatoform“ oder „funktionell“	307
6.8.6	Der Patient mit Somatoformer Störung ist ein Kranker	308
6.8.7	Die Patientenführung	309
6.8.8	Therapie Somatoformer Störungen	311
7	Essstörungen	313
7.1	Anorexia nervosa (Magersucht)	313
7.2	Bulimia nervosa	324
7.3	Adipositas – Binge Eating Disorder (BED)	331
8	Potenzielle psychosoziale Faktoren bei Organkrankheiten	338
8.1	Die koronare Herzerkrankung: Angina pectoris, Herzinfarkt	338
8.2	Essenzielle Hypertonie	346
8.3	Asthma bronchiale	351

8.4	Ulcus ventriculi und duodeni.	355
8.5	Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)..	359
8.5.1	Colitis ulcerosa.	359
8.5.2	Crohn-Krankheit.	363
8.6	Hautkrankheiten.	366
8.6.1	Atopisches Ekzem (Neurodermitis)	366
8.6.2	Chronische Urtikaria.	370
8.6.3	Pruritus (Juckreiz).	374
8.7	Chronische Polyarthritis.	377
9	Somatopsychische Störungen (sekundäre psychosomatische Störungen)	382
9.1	Psychische Folgen von Krankheiten und Verletzungen ...	382
9.2	Krankheitsbewältigung – Coping.	389
9.3	Psychoonkologie.	392
9.4	Coping-Probleme in der Folge somatischer Behandlungsprogramme – z. B. Transplantation.	397
10	Die Diagnostik in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	402
10.1	Das psychoanalytische Erstinterview und die tiefenpsychologische Anamnese.	402
10.2	Verhaltenstherapeutische Diagnostik.	407
10.3	Die Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin (nach Morgan und Engel).	409
10.4	Spezielle diagnostische Verfahren.	413
10.5	Die Entscheidungskette zur Psychotherapie (Differenzialindikation).	415
11	Psychosomatische Grundversorgung	418
12	Psychotherapeutische Behandlungsmethoden.	423
12.1	Psychodynamische Psychotherapieverfahren.	424
12.1.1	Die psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie ..	427
12.1.2	Tiefenpsychologisch fundierte Therapie (TFP) ...	428
12.1.3	Nieder- und hochfrequente psychoanalytische Therapie.	430
12.2	Kognitive Verhaltenstherapie (CBT).	438
12.2.1	Techniken der Stimuluskontrolle/ Angstbewältigung.	441

12.2.2	Konfrontation und Reaktionsverhinderung (Exposure/Response Prevention)	442
12.2.3	Operante Verfahren (Methoden zur Kontrolle von Verhalten durch Veränderung der Konsequenzen)	443
12.2.4	Kognitive Verfahren	445
12.3	Störungsspezifische Psychotherapieverfahren	446
12.3.1	Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference Focused Psychotherapy, TFP)	447
12.3.2	Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störungen (DBT)	447
12.3.3	Mentalisierungsbasierte Therapie (Mentalization-based Treatment; MBT)	448
12.4	(Klientenzentrierte) Gesprächstherapie	449
12.5	Averbale Techniken	450
12.6	Suggestive Techniken	452
12.6.1	Hypnose	452
12.6.2	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	453
12.7	Imaginative Techniken	456
12.7.1	Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP)	456
12.7.2	Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)	457
12.8	Entspannungsverfahren	458
12.8.1	Autogenes Training (AT)	458
12.8.2	Progressive Muskelentspannung (PMR)	460
12.8.3	Biofeedback	461
12.9	Paar- und Familientherapie	464
12.10	Psychotherapie in Gruppen	467
12.11	Stationäre Psychotherapie	470
	Literatur	476
	Einführende Werke zu Neurotischen Störungen und Psychosomatischer Medizin	476
	Weiterführende und spezielle Literatur (nach 1980)	480
	Sachverzeichnis	504

Eine Einleitung

Die Approbationsordnung für Ärzte setzt auch nach der Reform (2003) Unterricht in „Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie“ voraus. **Psychosomatische Medizin** ist eher als Arbeitsfeld (→ Kap. 6.1) gekennzeichnet. **Psychotherapie** ist eine Behandlungsmethode, die unterschiedliche Verfahren umfasst (→ Kap. 12). **Neurotische Störungen** schließlich, die im Titel unseres Buches auftauchen, sind Krankheiten mit einer nennenswerten Psychogenese in der Ätiologie (→ Kap. 1.1 im unmittelbaren Anschluss). Nosologisch – d. h. auf die Krankheitslehre bezogen – sind damit meist die früher so genannten Psychoneurosen gemeint. Dabei handelt es sich um Krankheiten, deren Symptomatik vorwiegend im psychischen Bereich liegt. Auf sie vor allem beziehen sich die allgemeinen Grundlagen (→ Kap. 1).

Die Entwicklungsstörungen und -konflikte, die im allgemeinen Teil abgehandelt werden, gelten pathogenetisch natürlich auch für die Krankheitsbilder, von denen in → Kap. 6 bis 9 die Rede ist. Ob ein Mensch eine neurotische Depression (in Terminologie der ICD-10: Dysthymia) oder ob er eine funktionelle Magenbeschwerde entwickelt (ICD-10: Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts), macht für ihn selbst zwar insofern einen Unterschied, dass er in einem Fall eher beim Psychiater/Psychotherapeuten, im zweiten Fall eher beim Internisten landet, aber er selbst erlebt sich als Einheit und versteht die Aufspaltung der Ärzte eher weniger. Meist reflektiert er diese Aufspaltung überhaupt nicht, da er ja auch von Jugend auf gelernt hat, dass für den Magen eben der Internist zuständig ist.

Im Fall dieses Bandes sind wir traditionellen Einteilungskriterien gefolgt und lassen unseren fiktiven Patienten einmal bei den Neurotischen Störungen (→ Kap. 3) und Belastungsstörungen (→ Kap. 4) oder bei den traditionell als psychosomatisch bezeichneten Störungsbildern (→ Kap. 6 bis 9) auftauchen. Mit ständigen Querverweisen

versuchen wir, dieses Schisma so gut wie möglich zu überbrücken. Der Wert einer klaren Gliederung an Krankheitsstrukturen der für Studenten, Ärzte oder Psychologen nicht leicht zu überblickenden Materie wurde aus didaktischer Sicht von uns als der höhere Wert angesetzt.

Das wäre der Hintergrund der divergierenden Teile unseres Bandes. Wie valide ist nun die viel weniger reflektierte Aufteilung in eine Organmedizin (Medizin des somatisch Kranken) und eine Psychosomatische Medizin, die sich gewissermaßen um die Reste zu kümmern hat, die organisch „nichts“ haben, also letztlich psychisch „etwas“ haben müssen? Um die Antwort vorwegzunehmen: Die Aufteilung erscheint nicht sehr valide.

Die in Deutschland kaum bekannt gewordene Studie von Kroenke und Mangelsdorff, welche 1989 im American Journal of Medicine er-

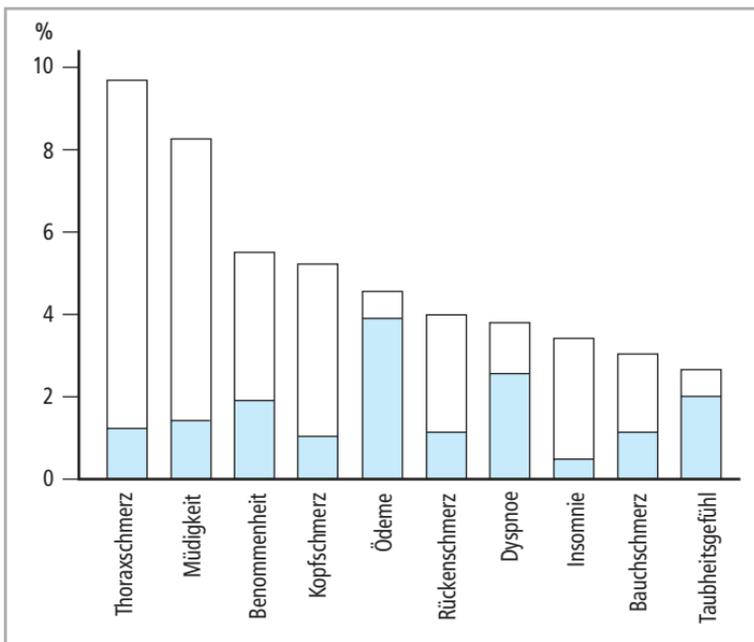


Abb. 1 3-Jahres-Prävalenz zehn häufiger Symptome und Anteil wahrscheinlicher organischer Ursachen (in der Abbildung grau) bei 1000 Patienten (nach Kroenke u. Mangelsdorff 1989).

schien, untersucht den Anteil an gesicherten organischen Ursachen bei den 10 häufigsten Symptomen von 1 000 Patienten einer amerikanischen Klinik. Wie → Abbildung 1 verdeutlicht, ist er erschreckend niedrig. Nähme man diese Daten und die vergleichbaren Untersuchungen ernst, so müsste unsere Medizin sich radikal ändern: Der deutlich größere Aufwand müsste für Forschung und Versorgung der *nicht* oder *nicht ausschließlich* organisch verursachten Krankheitsbilder bereitgestellt werden.

Man kann die Frage auch andersherum stellen. Geht man von den *gesicherten organischen* Befunden in den fortschrittlichsten bildgebenden Verfahren der Routineversorgung, der Computertomographie (CT) und der nuklearen Magnetresonanztomographie (NMR), aus, dann sind fraglos viele bisher nicht fassbare Befunde zu sichern und hinzugekommen. Aber sind die Träger dieser Befunde nun

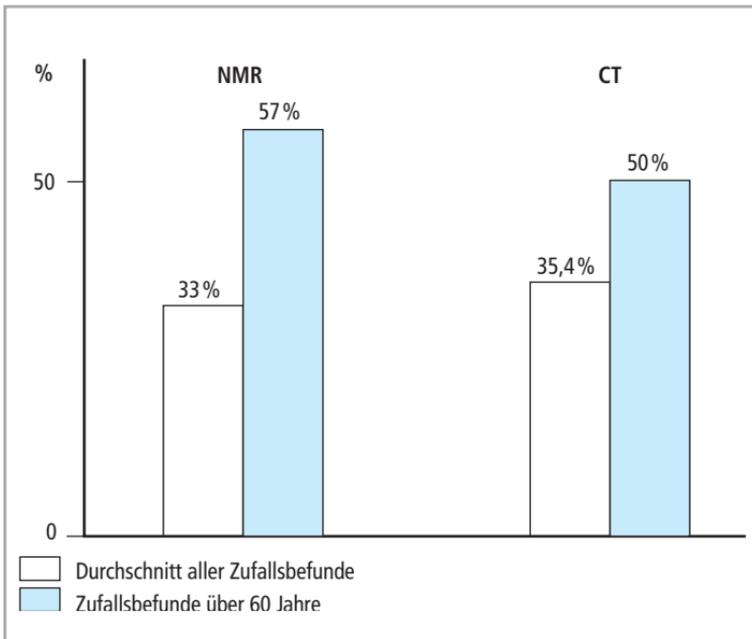


Abb. 2 Bei Patienten, die keinerlei LWS-Beschwerden haben („asymptomatisch“), lassen sich in der NMR (Boden et al. 1990) und in der CT (Wiesel et al. 1984) in großen Prozentsätzen eindeutig pathologische Zufallsbefunde sichern.

krank? → Abbildung 2 zeigt das überraschende Ergebnis zweier herausfordernder Studien: Ein Drittel der jüngeren und die Hälfte der älteren Personen *ohne jedes klinische Beschwerdebild* im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) hat eindeutig objektivierbare pathologische Befunde im CT und der NMR, meist im Sinne eines Bandscheibenvorfalles. 1994 wurden diese Fakten von Jensen et al. bestätigt und an hervorragender Stelle publiziert.

Also gesichert ist:

1. Weder hat die Mehrheit der Patienten mit häufigen körperlichen Beschwerden auch einen körperlichen Befund, der diese Beschwerden ausreichend erklärte, noch
2. brauchen Patienten mit einem eindeutig pathologischen organischen Befund notwendigerweise die dazugehörige klinische Symptomatik aufzuweisen. Sie sind also im engeren Sinne gar nicht Patienten, d. h. Leidende.

Bleiben wir noch bei der Wirbelsäule – einem volkswirtschaftlich außerordentlich bedeutsamen Kostenfaktor. Die Lumbago (Kreuzschmerz) ist stark verbreitet („Hexenschuss“), aber nur 1 bis 2 % der Patienten entwickeln auch eine Ischialgie oder eine Diskushernie. Was bestimmt die Krankheit der übrigen Patienten, bei denen offenbar keine Wurzelreizung vorliegt, die aber trotzdem in der heutigen Medizin fast ausschließlich organisch, günstigenfalls physiotherapeutisch behandelt werden? Um es einmal festzuschreiben: Organische Befunde erklären die Mehrheit der Fälle der Volkskrankheit „Kreuzschmerz“ nicht. Was geschieht nun mit diesen? Viele werden operiert, obwohl nach kritischen Übersichten eine solche Indikation nur bei 1 bis 3 % der Fälle berechtigt ist. Und die Spätergebnisse vieler operativer Eingriffe („Bandscheibenoperation“) sind eher unbefriedigend. Hierfür wurde sogar eine spezielle Diagnose, das „failed back syndrome“ (in der Folge operativer Eingriffe) eingeführt, über deren Berechtigung hier nicht geurteilt werden soll. Wichtig ist aber, dass die genaueren Untersuchungen solcher Patienten durch psychosomatisch interessierte Ärzte in großen Studien eindeutig neurotische Symptome und Probleme aufwiesen, die niemand diagnostiziert und niemand beachtet hatte. Ihre Beachtung hätte den Patienten viel iatrogenes Leid und der Volkswirtschaft große Kosten erspart (wei-

terführende Literatur bei Lutz et al. 2003; zum Rückenschmerz bei Nickel u. Raspe 2001).

Hätte ein Arzt sich die Mühe gemacht, die psychische Seite solcher Patienten abzuklären, so wäre er auf eine ausgeprägte Erhöhung ihrer Klagsamkeitswerte (Hypochondrie) gestoßen (bereits bei Hehl et al. 1983). Also ein psychoneurotisches Angstphänomen, das erst einmal mit körperlichen Erkrankungen nichts zu tun hat, auch wenn es sich sekundär vor allem mit solchen verbindet. Auch die Rolle der Ärzte, die durch ständige Wiederholung von invasiver Diagnostik und therapeutischem Aktionismus „alles tun“, müsste für die Entstehung und Erhaltung von Krankheit gewürdigt werden. In vielen Fällen schadet die moderne Medizin dem Patienten, was nicht der Wahrheit widerspricht, dass sie ihm in vielen Fällen nützt.

Psychosoziale Bedingungen in der Entstehung, Erhaltung und Therapie von Krankheiten finden weiterhin kaum Niederschlag. Das „Psychische“ wird zur **medizinischen Restkategorie**, wenn alle Untersuchungen des Körperlichen die Beschwerden immer noch nicht erklären. Und manchmal sind es die Patienten selbst, die den Weg in Richtung einer psychosomatischen Abklärung einschlagen, nicht selten von ihren Ärzten darin eher behindert als gefördert. In den 30 Jahren der Existenz unseres Lehrbuchs hat sich in erfreulicher Weise vieles deutlich zum Positiven verändert – vieles bleibt aber weiterhin unbefriedigend. Das Betreuungsfeld der Psychosomatischen Medizin ist, wie unser Band zeigen soll, breit. Die Änderung des Selbstverständnisses der Medizin ist, wie diese Einleitung zeigen sollte, aus unserer Sicht weiterhin eine ihrer vordringlichsten Aufgaben.

1 Allgemeine Grundlagen zur Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen

1.1 Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin: Terminologie und Klassifikation

Das Konzept der Neurose veränderte sich von einem ursprünglich nosologischen Begriff für überwiegend psychisch verursachte Krankheiten hin zu einem beschreibenden Terminus für eine Gruppe von Störungen, die sich klinisch vorrangig durch Störungen im emotionalen Bereich bemerkbar machen. Zwischen dem nur deskriptiven, dem verhaltenstheoretischen und dem psychodynamischen Hintergrundverständnis bestehen deutliche Unterschiede. Mit dem mehrdimensionalen Instrument der OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) wird versucht, deskriptiv exakte mit dynamischen Gesichtspunkten zu vereinen.

Der Begriff Neurose wurde 1787 durch den schottischen Arzt William Cullen eingeführt. Cullen versuchte bereits seinerzeit damit eine Zweiteilung der ihm bekannten Nervenkrankheiten zu begründen. Diesen nur noch medizinhistorisch relevanten Zusammenhang verließ das Neurosenkonzept rasch und wurde – vor allem unter dem Einfluss S. Freuds und der Psychoanalyse – zur zweiten großen Einheit der psychischen Krankheiten. In der Konsequenz wurden den Psychosen, die sich durch die Qualität und Schwere ihrer Symptome sowie die meist unterstellte somatische Ursache selbst definierten, die Gruppe der reaktiv oder psychogen verstandenen Störungen, die *Neurosen*, gegenübergestellt.

In der nosologischen Diskussion ist der Gebrauch des Begriffs „Neurose“ seit etwa 1975, vor allem wegen seiner auf Freud zurückgehenden Bestimmung über psychodynamische Inhalte, noch einmal

verändert worden. So wurde das Neurosekonzept 1980 in der 3. Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association (abgekürzt DSM-III; die letzte, 4. Auflage heißt dementsprechend DSM-IV) fallen gelassen und durch den rein beschreibenden Begriff der **Neurotischen Störungen** ersetzt. Seither ist Praxis, dass in der gegenwärtigen klassifikatorischen Diskussion rein *deskriptive* Begriffe gegenüber inhaltlich definierten bevorzugt werden. So kennt auch die 10. Auflage der „International Classification of Diseases“ der WHO (ICD-10) nur noch Neurotische Störungen.

Der mehr als 20 Jahre später festzuhaltende **Gewinn** dieses klassifikatorischen Umbruchs ist erheblich und unbestritten: Vor allem die epidemiologische Forschung und die Überprüfung der Wirkung von Psychopharmaka profitierten deutlich durch die nun besser gesicherte Vergleichbarkeit der Studien. Auch in der Psychotherapieforschung (im Sinne der Outcome-Forschung) lassen sich eindeutige Vorteile feststellen.

Die **Nachteile** sind allerdings ebenfalls erhebliche: An die Stelle einer konzeptuellen Krankheitslehre (= Nosologie) trat eine pragmatische Klassifikation, deren *Validität* („Inwieweit wird das erfasst, was zu erfassen behauptet wird?“) mehr als offen bleibt, weil der entscheidende Anspruch sich fast nur noch an die *Reliabilität* („Wie zuverlässig wird das erfasst, was erfasst wird?“) richtet. Hinzu kommt ein nachteiliger Einfluss auf die ärztliche/psychologische Ausbildung: Die neue klassifikatorische Diagnostik hat sichtbar ein „Kochbuchwissen“ gefördert; es wird weniger nach dem gefragt, woran der Patient leidet, also nach seiner Krankheit (= griech. Nosos), sondern eher nach der Genauigkeit, mit der sich seine Beschwerden den deskriptiven Einheiten in den Glossaren zuordnen lassen.

In diesem Band versuchen wir die angedeuteten Vor- und Nachteile des DSM-IV und der ICD-10 auszugleichen, indem wir die deskriptive Klarheit dieser Kataloge übernehmen, uns konkret auch auf die Kodierungen der ICD-10 beziehen, und gleichzeitig ein Krankheitsverständnis im Sinne einer Krankheitslehre (Nosologie) vertreten und zu vermitteln suchen. Wir sprechen deshalb konsequent von **Neurotischen Störungen** und benutzen den Begriff **Neurose** nur noch da, wo wir uns auf die Nosologie beziehen.

Die **psychoanalytische Neurosentheorie** entspricht der klassischen medizinischen Nosologie. Sie orientiert sich am medizinischen Krankheitsmodell (Ätiologie, Pathogenese, Symptom, Diagnose, Prognose, Therapie), das von der Verhaltenstheorie in dieser Form abgelehnt wird. Das **verhaltenstheoretische Neurosenverständnis** sieht das neurotische Fehlverhalten (der medizinische Begriff des Symptoms mit seinen Implikationen ist ihm eigentlich fremd) als die Krankheit bzw. Störung selbst an. Ist das Symptom geschwunden, ist auch die Störung beseitigt. Dieses pragmatische Vorgehen stellt einen deutlichen Kontrast zum psychoanalytischen Verständnis dar.

Der Begriff „psychosomatisch“ wurde erstmals 1818 von einem Vertreter der romantischen Medizin, J. Heinroth, in einer eher beiläufigen Äußerung verwendet. Heute umfasst der Begriff Psychosomatische Medizin folgende drei Bereiche:

1. Psychosomatische Medizin beinhaltet eine ärztliche Grundeinstellung, die seelische und soziale Faktoren bei der Diagnostik und Therapie von Krankheiten mitberücksichtigt. Das ist die allgemeinste Bedeutung des Begriffes und entspricht dem am weitesten verbreiteten Gebrauch von „psychosomatisch“.
2. Weiter ist Psychosomatische Medizin eine Forschungsrichtung, die mit biologischen, psychologischen und soziologischen Methoden (sowie einer großen Anzahl von Hilfswissenschaften) die Bedeutung seelischer und sozialer Vorgänge für die Entstehung, Erhaltung und Therapie von körperlichen Krankheiten untersucht.
3. Psychosomatische Medizin ist schließlich die Bezeichnung eines anhaltend expandierenden ärztlichen Versorgungsgebietes, das vor allem mit psychotherapeutischen Methoden eine Klientel von Patienten betreut, deren Beschwerden von rein psychogenen Störungen einerseits, über echt psychosomatische Krankheitsbilder (in der großen Mehrzahl) bis zu den Folgezuständen schwerer und chronischer körperlicher Krankheiten andererseits reichen.

Als **Kurzdefinition** hat sich für uns die folgende bewährt:

Psychosomatische Medizin ist die Lehre von den körperlich-seelisch-sozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von menschlichen Krankheiten. Sie muss ihrem Wesen nach als eine personenzentrierte Medizin verstanden werden.

1.2 Tiefenpsychologische Grundbegriffe

Erläuterung der Begriffe Psychoanalyse, Tiefenpsychologie und Psychodynamik.

Das strukturelle Persönlichkeitsmodell mit Ich, Über-Ich und Es ist besonders zur Erklärung innerer Konflikte geeignet. Selbstpsychologie und die Identität sind demgegenüber phänomennähere Konzepte. Weitere hier erörterte Konzepte sind das Unbewusste, der Primär- und der Sekundärvorgang und die besonders klinisch bedeutsame Regression.

Weitgehend unabhängig von der zeitgenössischen Medizin und Psychologie entwickelte Sigmund Freud (1856–1939) das Fachgebiet der **Psychoanalyse**, das wegen seiner Beschäftigung mit den unbewussten Phänomenen auch als Tiefenpsychologie bezeichnet wird. **Tiefenpsychologie** ist heute ein relativ unscharfer Terminus zur Zusammenfassung aller Richtungen, die sich in ihrer Arbeitsweise – mehr oder minder stark – auf psychodynamische und unbewusste Vorgänge konzentrieren.

Heute wird der Begriff der **Psychodynamik** (auch als Adjektiv: z. B. psychodynamische Therapie) besonders in den USA viel verwandt, hat sich aber auch in Deutschland durchgesetzt.

- Im Gegensatz zu der banalen, heute auch von der Neurobiologie bestätigten Aussage, dass der größte Teil der psychischen Prozesse unbewusster Natur ist (wie sollte er auch sonst sein?!), entwickelte Freud das Konzept eines Dynamischen Unbewussten. Hierbei werden Kräfte (z. B. Impulse, Konflikte, Emotionen) benannt, die psychische Inhalte gezielt unbewusst machen können (Verdrängung)

und unbewusst halten. Diese können zeitverzögert, zusammen mit anderen Inhalten des Unbewussten, wiederum dynamisch aktiv werden, d. h. gesundes oder eben auch gestörtes Verhalten motivieren. Nur dieser Art des Unbewussten gilt die Aufdeckungsarbeit der Psychoanalyse und das ist auch der Sinn, in dem wir in diesem Band den Begriff „Psychodynamik“ meist verwenden werden. Dass wir ohne explizites Bewusstsein ein Auto fahren und sogar komplexe Handlungen durchführen können, ist bekannt, hirneurophysiologisch auch interessant, aber neurosenpsychologisch irrelevant.

- Neurobiologisch ist die Aktivität sowohl deskriptiv wie dynamisch unbewusster Prozesse zunehmend gut belegt. Das hat sogar zu einer extremen wissenschaftlichen Perspektive geführt, die eine Freiheit zu echten Entscheidungen bezweifelt, weil alles schon vor der vermeintlichen Entscheidung determiniert sei. Aus unserer Sicht stellt dies erkenntnistheoretisch einen Irrtum dar und wirkt fast wie eine jetzt biologisch argumentierende Wiederholung einer Position der frühen Psychoanalyse, die sich auf die alles determinierende Macht des Unbewussten bezog.

Die Psychoanalyse hat zahlreiche Beobachtungen gemacht und **Hypothesen** entwickelt, die sich für die Neurosenpsychologie als von entscheidender Bedeutung erwiesen.

Das gemeinsame Bindeglied dieser Annahmen ist der Bezug auf – dem Bewusstsein nicht unmittelbar zugängliche („unbewusste“) – **emotionale Grundbedürfnisse** des Menschen und die Schicksale und Verarbeitungen dieser Bedürfnisse in der Auseinandersetzung mit den inneren (Innenwelt-) und den sozialen (Außenwelt-) Bedingungen.

Auf dieses Modell wird, wo erforderlich, im Text Bezug genommen. An die Stelle ausführlicher Beschreibungen tritt hier ein **Glossar** einiger Begriffe, auf die wir im Text zurückkommen.

- **Über-Ich:** Bezeichnung des normativen Bereichs im Menschen, seiner soziokulturell vermittelten Normen und Ideale. Phänomenologisch entspricht das Über-Ich dem Gewissen und den Idealen

des Menschen („Ich-Ideal“). Zum Aufbau des Über-Ich sind Identifizierungsvorgänge von großer Wichtigkeit.

- **Es:** Bereich der primären Impulse, der triebhaften Grundbedürfnisse (Abhängigkeit, Selbstwertschätzung, Liebe, Hass und andere) – der in sich nicht mehr auflösbaren basalen Bedürfnisse (in der Psychologie „intrinsic motivation“).
- **Ich:** Die Vermittlungsfunktion zwischen den basalen Bedürfnissen des Menschen und den normativen Werten des Über-Ich wird vom Ich geleistet. Man kann das Ich als eine Art zentrale Funktionsinstanz bezeichnen, deren primäre Aufgabe ein Ausgleich der inneren Bedürfnisse des Menschen, der inneren Normen und der äußeren Realitäten darstellt. Das Ich bestimmt die jeweilige Ausprägung des Modus vivendi der Einzelperson, das Ich gestaltet im Wesentlichen jene Verschiedenheiten zwischen den einzelnen Menschen, die wir Charakterunterschiede nennen.

Dieses so genannte **Strukturelle Persönlichkeitsmodell** wurde entwickelt, um durch Benennung der Interaktion dieser psychischen Instanzen gesunde (z. B. kreative) und pathologische Prozesse beschreiben zu können. Von dieser intrapsychischen Interaktion her werden wichtige Funktionen des Menschen bestimmt, die wir im Bereich der Normalität sehen und zugleich lassen sich die inneren Konflikte über die gleichen Interaktionen bestimmen.

- **Selbst:** Zu den Nachteilen des so genannten Strukturellen Persönlichkeitsmodells gehört, dass es die ganzen dem Erleben näherstehenden Selbstwertkonflikte, die Problematik des Selbstgefühls, der Selbstannahme (oder Ablehnung) nicht gut zu fassen vermag. Hierfür wird heute das (wissenschaftlich von dem amerikanischen Psychologen W. James um 1900 eingeführte) Konzept des *Selbst* und der *Identität* verwandt. Auch der Begriff der *Selbstkohärenz* als Modell des gesunden und integrierten Selbstgefühls gehört hierher.

Seit der Mitte der 1960er-Jahre entwickelte sich eine **Psychologie des Selbst**, die sich zentral mit der Regulierung des Selbstwertgefühls bei den Neurosen befasst. Diese Bereicherung über eine reine Konfliktpsychologie hinaus muss hoch veranschlagt werden.

Auch der schon erwähnte Begriff der Identität hängt wesentlich mit dem Selbstgefühl zusammen.

- **Identität** bezeichnet phänomenologisch das ungebrochene Gefühl des Menschen, er selbst zu sein und sein zu dürfen. Neben ihren inneren Konflikten zeigen viele Menschen mit Neurotischen Störungen auch mehr oder minder ausgeprägte Störungen des Selbst-(Identitäts-)Gefühls. Steht die Störung des Selbstwertgefühls ganz im Vordergrund, spricht man, unabhängig von der sonstigen Symptomatik, von einer narzisstischen Störung bzw. Persönlichkeitsstörung (→ Kap. 5).
- **Unbewusstes:** Es war vielleicht Freuds bedeutendster Beitrag zum Verständnis der menschlichen Natur, dass er die Begrenztheit erfasste, die sich ergibt, wenn man von der ausschließlich bewussten Motivation ausgeht. Bereits im alltäglichen Leben weisen viele, meist harmlose „Fehlleistungen“ darauf hin, dass auch unbewusste Motive neben den bewussten wirksam sind. Je neurotischer das menschliche Verhalten wird, je mehr es als Folge von unverarbeiteten Konflikten beschrieben werden kann, desto mehr tritt das Übergewicht unbewusster Faktoren in den Vordergrund.
- **Regression:** Als Regression wird die Rückkehr zu biographisch bereits aufgegebenen und damit nicht mehr dem gegenwärtigen Entwicklungsstand entsprechenden Formen des Verhaltens, Denkens und Erlebens benannt. Dynamisch gesehen stellt die Regression ein Ausweichen vor den aktuellen Anforderungen des Lebens dar. Regression kann sich auf völlig normale wie auch auf krankhafte Vorgänge beziehen.

Zur Beschreibung der **eigengesetzlichen Logik des Unbewussten**, wie sie sich in den Affekten und Kognitionen manifestiert, sind die Begriffe des Primärvorgangs (Primärprozesses) und des Sekundärvorgangs (Sekundärprozesses) geprägt worden.

- Der **Primärvorgang** ist der ontogenetisch ältere; es ist die Denkweise des sehr jungen Kindes, die aber im ganzen Leben des Erwachsenen im Schatten des Sekundärvorgangs weiterexistiert. Der Rückgriff auf den älteren Primärvorgang wird als **Regression** (s. o.) bezeichnet. Durch Regression des Gesunden – am deutlichsten in den Träumen – oder des Kranken – am typischsten in der para-

noid-halluzinatorischen Psychose – kann der Primärvorgang wieder die bestimmende Denkweise werden. Die Charakteristika des Primärprozesses sind: Verdichtung und Verschiebung der Denkinhalte, Zeitlosigkeit, Fortfall der wachen Logik („Das Unbewusste kennt keinen Widerspruch“). Am ehesten hat man diese Gesetzmäßigkeit vor Augen, wenn man an die eigenen Träume denkt. Der „nächtliche Unsinn“, den wir träumen, scheint Tagesereignisse im Dienste der Erholung zu „verarbeiten“. Die Unverzichtbarkeit des Schlafes verdeutlicht auch in welchem Maße regressive Prozesse einen wesentlichen Teil der natürlichen Erholung des Menschen darstellen.

Da die steuernde Funktion des Primärprozesses, also etwa beim kleinen Kind, vor allem durch die eigenen Bedürfnisse bestimmt wird, wird dieses Steuerungsprinzip auch als **Lustprinzip** bezeichnet.

- Der **Sekundärvorgang**, der in der Entwicklung des Menschen den Primärvorgang ablöst, ist dagegen logisch und syntaktisch, zeit- und realitätsbezogen. Bei genauerem Hinsehen sind beide Strukturen des Denkens allerdings sehr viel weniger getrennt als wir gerne hätten.

Beim älteren Kind und beim Erwachsenen, bei dem im Wachzustand der Sekundärprozess herrscht, erfolgt die Steuerung zunehmend auch über die Anforderungen der Realität, das so genannte **Realitätsprinzip**.

Viele Patienten mit Neurotischen Störungen werden weiterhin stark vom Lustprinzip gesteuert und haben eine gestörte Beziehung zu den Erfordernissen der Realität. Kulturkritisch betrachtet, scheint sich heute eine erneute Dominanz des Lustprinzips („Spaß haben“, „gut drauf sein“, Konsumorientierung) gegenüber dem wenig attraktiven Realitätsprinzip (ethische Verpflichtung, soziale Solidarität, Verantwortung für die Umwelt) durchzusetzen.

1.3 Das Konzept des Konfliktes und der Internalisierung

Ein **Konflikt** wird durch mindestens zwei einander widerstrebende Tendenzen hervorgerufen. Neurosenpsychologisch geht es um die Spannung, die infolge unverträglicher, unvereinbarer Strebungen, Wünsche oder Motive entsteht. Mit **Reaktivierung infantiler Konflikte** ist ein komplexer Sachverhalt gemeint. Diese Auffassung besagt zum einen, dass ein aktueller, momentaner Konflikt existiert, zum anderen, dass früher, in der biographischen Entwicklung, ähnlich strukturierte Konflikte oder traumatische Belastungen (→ Kap. 4) bestanden, die in einer Beziehung zu gegenwärtigen stehen. Sind die Entwicklungskonflikte zufriedenstellend verarbeitet, so kann der aktuelle Konflikt unabhängig von ihnen geklärt und gelöst werden. Sind sie jedoch noch **potenziell pathogen**, sind sie ungelöst und unzureichend verarbeitet, so können sie durch die entsprechende Auslösesituation reaktiviert werden und die Neurotische Störung klinisch manifest werden lassen. Sind innere Konflikte mit traumatisierenden Belastungen (→ Kap. 1.4.4 und 4) kombiniert, steigt ihre Pathogenität an.

Der Kern der psychoanalytischen Neurosenvorstellung ist der Begriff des Konfliktes. Anna Freud (eine Tochter von S. Freud) unterschied aus psychodynamischer Sicht drei Kategorien von Konflikten:

- **Äußere Konflikte** mit der sozialen Umwelt.
- **Innere Konflikte** zwischen endogenen Grundbedürfnissen, vor allem zwischen Liebe und Hass (Libido und Aggression). Sie werden – durchaus kritikwürdig – als weitgehend umweltunabhängig verstanden.
- **Verinnerlichte Konflikte** zwischen sich widersprechenden internalisierten Tendenzen bzw. des Kampfes gegen diese „aufgezwungenen“ Strebungen. Verinnerlichung erfolgt weitgehend unfreiwillig, d. h. wir bekommen in der Entwicklung unsere Umwelt – und damit ihre Niederschläge in uns – „vorgesetzt“.

Während die Lerntheorie die Neurosen als eine Folge fehlgeleiteter, unzureichender, zu starker oder anderweitig gestörter Lernvorgänge auffasst, sieht die Psychoanalyse in den Neurotischen Störungen Kompromissbildungen, Lösungsversuche, Folgezustände von reaktivierten unbewussten infantilen Konflikten oder Träumen.

Eine deutsche Arbeitsgruppe hat im Rahmen Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik (Arbeitskreis OPD-2 2006) eine grundlegende Neuordnung der Konflikttypen eingeführt (s. u.). Allgemein unterscheidet die OPD-2:

- **Konfliktthemen** bezeichnet ubiquitär vorkommende Konfliktspannungen, wie sie jeder Mensch kennt („Soll/will ich dies oder jenes tun?“). Die Lösungsversuche sind vom Streben nach Anerkennung und Wertschätzung bestimmt.
- **Konfliktmuster** sind im Leben eines Individuums immer wiederkehrende („iterative“) gleichartige Weisen, mit bestimmten Situationen umzugehen. Das bedeutet, dass nicht mehr die objektive Situation den Umgang mit einem Konflikt und seiner Lösung bestimmt, sondern die innere Dominanz, mit der sich ein bestimmtes Umgangsmuster durchsetzt. Konfliktlösungen und vor allem die Beziehungsgestaltung erfolgen mit dem Ziel der Selbstwertregulation. Auf die bedeutsamen Konfliktmuster im Sinne der OPD-2 gehen wir am Ende dieses Kapitels ein.
- **Konfliktschemata** schließlich sind weniger iterativ als stark wechselnd („disrupt“) und sind Ausdruck einer gestörten Hintergrundstruktur der Persönlichkeit. Versuche, Konflikte zu lösen, sind oft von Grandiosität und Abwertung, drastischen Beziehungsabbrüchen oder anderen unangepassten Verhaltensweisen bestimmt. Den Konfliktschemata sind keine stabilen Konfliktmuster mehr zuzuordnen.

Bei Konflikten handelt es sich um einander widerstrebende, nicht vereinbare Tendenzen. Die ersten Tendenzen, die den eigenen widerstreben, stammen aus der Umwelt. Der ältere Säugling, das junge Kleinkind erfahren, dass sie etwas wollen und dass die, auf welche sie

angewiesen sind, etwas anderes wollen. Solche Konflikte mit der Umwelt sind ubiquitär und führen kaum zu Neurotischen Störungen – halbwegs sensible Eltern einmal vorausgesetzt. Die emotionale Entwicklung des Kindes führt in den jeweiligen Entwicklungsstufen zu unvermeidlichen konflikthaften Grenzerfahrungen im Austausch mit den primären Bezugspersonen. Im günstigsten Fall werden die damit verbundenen heftigen Gefühle des Kindes empathisch wahrgenommen, verstanden und akzeptiert („geschützte Mangelerfahrung“). Damit es die Chance hat, einmal ein sozial empfindender Mensch zu werden, muss es irgendwann lernen, dass seine eigene Freiheit an der Nasenspitze des Mitmenschen endet (A. S. Neill).

Was ist im Unterschied hierzu pathogene Konflikte? Summarisch formuliert:

Pathogene Konflikte sind solche, deren angemessene Lösung die jeweils alters- und persönlichkeitsentsprechenden Möglichkeiten des Kindes übersteigen.

Wie so eine Überforderung aussieht, soll eine kurze Kasuistik zeigen:

Klinisches Beispiel

Eine junge Frau, die an einer Symptomatik litt, die zu den quälendsten gehört, die wir im Bereich der Neurotischen Störungen kennen, suchte einen Psychotherapeuten auf und berichtete Folgendes:

Sie habe Angst, ihre zweijährige Tochter ermorden zu müssen. Sie könne kein Messer anfassen, ohne es bereits an der Kehle des Kindes zu sehen; sie könne die Kleine nicht hochheben, ohne den Impuls zu haben, sie aus dem Fenster zu werfen; sie könne sie nicht anfassen, ohne die Vorstellung zu haben, sie zu erwürgen. Die Patientin litt unter diesen Impulsen sehr. *Diagnostisch* sprechen wir von *Zwangsimpulsen*, also einem Teilphänomen bei Zwangsneurosen.

In unserem Zusammenhang aber geht es um etwas anderes, und zwar um die Art, wie diese Patientin mit ihrer Tochter umgegangen war. Die Patientin war eine nette, mit ihrer Rolle im Haushalt offensichtlich zufriedene Frau, 23 Jahre alt, damals nicht mehr berufstätig. Voll Stolz erzählte sie, wie ihre ganze Wohnung blitze, alles erstrahle von Sauberkeit, vom Fußboden könne man direkt essen. Sie sei sehr ordnungs- und sauberkeitsliebend. Das Kind habe sie streng erzogen. „Wissen Sie, ich kann die Fingerabdrücke von den Patschhän-

den nicht an meinen Möbeln vertragen. Ich habe einen schönen dunklen Wohnzimmerschrank, wissen Sie, so hochglanzpoliert. Ich sage Ihnen, den hat die nie angefasst. Wenn die nur in die Nähe kam, habe ich in der Küche gebrüllt, dann ist die sofort zurückgezuckt. Die ist eher hingefallen, als dass die sich am Schrank festgehalten hätte.“ In einem Nebensatz erfährt der Arzt später, dass der Ehemann, ein Angehöriger der Feuerwehr, sein ganzes Gehalt der Frau abliefert und ein wöchentliches Taschengeld bekommt. _____

Worum es hier geht: Hier wird plötzlich hinter dem ordentlichen traditionellen Haushalt eine Dimension von Einengung, Beherrschung und Kontrolle sichtbar, die für den Erwachsenen schwer erträglich ist, für das Kind jedoch einen unlösbaren Konflikt zwischen seinen impulshaften Bedürfnissen und den rigiden kontrollierenden Verhaltensweisen der Mutter darstellt. Und noch etwas scheint hier von Wichtigkeit: Die Patientin erzählte, dass ihre Mutter mit ihr, als sie selbst ein Kind war, in einer ganz ähnlichen Weise umgegangen sei, wie sie es dann mit dem eigenen Kind tat. Und man könnte hinzufügen: Man riskiert wenig mit der Annahme, dass dieses jetzt noch kleine Kind ohne eine entsprechende Therapie wieder auf eine ganz ähnliche Weise mit seinem eigenen Kind umgehen wird. Dies führt uns nahe an den Kern der psychodynamischen Neurosentheorie. Auf irgendeine Weise kommt es dazu, dass das Verhalten und die Einstellung der Eltern gegenüber dem Kind von diesem *verinnerlicht*, internalisiert und dann später im Verhalten den eigenen Kindern gegenüber reproduziert werden. So wie man uns sah, sehen wir uns selbst. So wie man sich zu uns verhielt, verhalten wir uns zu unseren Kindern.

Klinisches Beispiel

Eine 30-jährige Patientin schildert während einer psychotherapeutischen Sitzung, dass es ihr am vorausgehenden Abend schlecht gegangen sei. Ihre Kinder hätten im Kinderzimmer getobt, sie hätte sich darüber sehr geärgert, dann sei sie ins Kinderzimmer gestürzt und habe angefangen, die Kinder anzubrüllen. Doch während sie dies tat, sei ihr ganz plötzlich das Bild ihres Vaters aufgestiegen, wie er seinerzeit in ihr Kinderzimmer stürzte und seine Kinder anschrie. Zu ihrem Entsetzen, so berichtet die Patientin weiter, sei ihr schlagartig klar geworden, dass sie die damaligen Beschimpfungen durch den Vater mit den gleichen Worten, dem gleichen Ton-