

## Redaktion

T. Fydrich, Berlin  
 C. Reimer, Gießen

Helmut Thomä · Clarissa X  
 Leipzig

# Sackgassen und Behandlungsabbrüche

**Nach Lektüre der Kontroverse zwischen Schoenhals Hart (2006a; Schoenhals Hart 2006b) und Mentzos u. Thomä (2006) sowie zwischen Schmithüsen (2007) und Mentzos u. Thomä (2006) hat sich Clarissa X mit dem beiliegenden Brief an mich gewandt. Dieser Brief und meine Antwort enthalten keine Daten, die einen Rückschluss auf die Person der Schreiberin zulassen würden. Beide Briefe werden mit minimalen stilistischen Änderungen hier abgedruckt. Im nachfolgenden Briefwechsel wurde die Hoffnung deutlich, dass ihre missglückte Analyse im Interesse anderer Patienten Diskussionsgegenstand in der Berufsgemeinschaft werden würde. Frau Clarissa X (Pseudonym) hat mich zur Publikation ermächtigt.**

## Vorbemerkung

Es empfiehlt sich, zunächst die beiden Briefe, die erste Mitteilung der Patientin und meine Antwort darauf, zu lesen. Ich fasse dann einige problematische Interventionen aus einer umfangreichen Beschreibung der Analyse chiffriert zusammen, die m. E. nicht selten zu Sackgassen oder Behandlungsabbrüchen führen. Es handelt sich um zwei Themen, die ich einer ausführlichen Darstellung in einem weiteren Brief entnommen habe und die Rückschlüsse auf grundlegende Behandlungstechnische Probleme erlauben. Die Mitteilungen der Patientin habe ich nur geringgradig chiffriert.

Aus der sehr umfangreichen Literatur über die Entstehung von Sackgassen und Behandlungsabbrüchen, die zum umfas-

senden Thema der negativen therapeutischen Reaktion gehören, erwähne ich lediglich das Alterswerk von Herbert Rosenfeld (2006). In *Sackgassen und Deutungen: therapeutische und antitherapeutische Faktoren* hat Rosenfeld besonders jene psychoanalytischen Haltungen und Interventionen beschrieben, die zu Fehlentwicklungen oder gar Behandlungsabbrüchen führen. Wie Karen Horney (2006) das historische Verdienst hat, die negative therapeutische Reaktion dyadisch beschrieben zu haben, so hat Rosenfeld die Rolle des Analytikers bei der Entstehung von Sackgassen deutlich gemacht.

## Brief von Clarissa X an H. Thomä

Sehr geehrter Herr Thomä,

Ich möchte Ihnen schreiben, weil Ihre Entgegnungen mit Stavros Mentzos auf Schoenhals und Schmithüsen mich in meinem psychischen Überlebenskampf (klingt etwas theatralisch, ist aber eigentlich bitterernst) nach dem Abbruch meiner Analyse in einigen wichtigen Punkten bestätigen.

Meine anfänglich sehr hilfreiche Analyse ist aus meiner Sicht (vor fast zwei Jahren) in eine Sackgasse geraten, weil mein Analytiker meine Kritik an seinem mir „ins Wort fallen“, an unverständlichen Deutungen, fehlender Ermutigung und fehlendem Interesse an möglichen Ressourcen etc. nie ernsthaft mit mir besprochen hat, sondern mir stattdessen quasi als einziges die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit „bitteren Wahrheiten“ vorgehalten hat und mir maffiöse innere Anteile gedeutet hat, die mir die Analyse nicht gönnen würden oder neidisch auf ihn oder seine analytischen Fähigkeiten

seien und ihn deshalb zerstören wollten. Solche Deutungen von maffiösen Anteilen hatte ich früher schon bekommen, sie damals zwar auch nicht verstanden, aber als interessantes Gedankenspiel aufgenommen. Im Zusammenhang mit meinen kritischen Bemerkungen, die ich für reale Anliegen halte, kam es zu schweren, aber frustrierten Auseinandersetzungen über diese Deutungen und zu einem Kampf über Sicherheit in der analytischen Beziehung. Er behauptete, es seien die regelmäßigen vier Stunden, die mir Sicherheit geben würden, schob alle Schwierigkeiten zwischen uns auf die Wochenendunterbrechungen oder verlegte Stunden und hielt mir immer wieder mein Misstrauen vor, während es in meinen Augen doch gerade solche Behauptungen waren, die mich aufregten und mein Misstrauen auslösten. Für mich ist analytisches Arbeiten eine innere Einstellung und kein äußeres Regelwerk. Ich wollte Ruhe vor den Störungen durch solche und ähnlich unverständliche Deutungen – wenigstens mal für eine Stunde!

Ich habe die Analyse schließlich abgebrochen, um meinen Verstand zu retten und den Glauben an meine Wahrnehmung einigermaßen wiederherzustellen. Es tut immer noch sehr weh, und ich rutsche immer noch viel so oft in Zustände tiefer Verstörung oder des Erschreckens.

Beruhigend klärend und bestätigend ist da für mich, wenn Sie

a) von schulenabhängigen Sackgassen sprechen. Mein Analytiker hat zwar verbal meine Kritik an seinen Theorien aufgenommen, sich aber nie auf ein differenzierteres Gespräch eingelassen.

b) Besonders wohltuend für meinen verwirrten Geist ist, dass Sie auf die Not-

wendigkeit der Validierung durch die Patienten hinweisen. Ich habe nach langem Nachdenken den Eindruck, dass man Deutungen hilflos ausgeliefert ist. Wenn sie passen, ist es für beide schön und spannend. Wenn sie aber nicht passen, ist jeder Widerspruch zwecklos, weil das den Analytiker offenbar erst recht von ihrer Richtigkeit überzeugt: Er wird sie roboterhaft immer wieder anbringen, die Patientin kann es nicht fassen, geht an die Decke und wird dann noch mit der Diagnose „präpsychotische Borderlinerin“ geandelt (natürlich ohne eine störungsspezifische Behandlung zu bekommen). Es war, als ob ich an einem Experiment zur Herstellung von psychischen Störungen teilgenommen hätte. Nur: Selbst diese aufblitzende Beobachtung hilft allenfalls, nicht ganz verrückt zu werden. Man steht außerhalb der Zeit wie ein Schatten seiner selbst, der zu funktionieren versucht, und das Leben fließt woanders weiter.

c) Wie in dem von Ihnen zitierten Beispiel hatte sich mein Analytiker wohl auch darauf eingestellt, meine Klagen viele Jahre lang heroisch zu ertragen. In der letzten Stunde sagte er mir nämlich zu meinem Erstaunen, dass für ihn mein Klagen immer aushaltbar gewesen sei. Wozu diese Quälerei? Er sollte meine Klagen nicht aushalten, sondern ernst nehmen! Er hätte doch einfach mal mit mir normal über meine Wünsche und seine Möglichkeiten reden sollen!! – Ich glaube, er hatte Angst, dass das dann keine Analyse mehr sei. Oder dass er seine theoretischen Prämissen hätte überdenken müssen. Da war es doch einfacher mir zu sagen, dass ich mich vor Veränderungen fürchten würde.

d) Ich habe lange über projektive Identifikationen gegrübelt, da ich ja sein von mir beklagtes Verhalten angeblich selber (mit)auslöse. Das wollte ich durchaus gerne glauben, es hilft mir aber nicht, wenn es nur so angedeutet im Raum stehen bleibt. Da ist es für mich dankenswert erfrischend, mit Ihnen für möglich zu halten, dass die ganzen Verstrickungen durchaus nicht unbedingt ihren Ausgangspunkt in meiner Pathologie haben müssen. Natürlich nicht! Aber in einer Analyse kann man den Blick für solche Selbstverständlichkeiten getrübt bekommen, wenn der Analytiker sich weigert, über seinen möglichen Anteil an der Ver-

## Hier steht eine Anzeige.



strickung zu reden. Er leugnet diesen Anteil zwar nicht prinzipiell, aber das war es dann auch schon ... – Ich versuche jetzt wieder meiner eigenen Wahrnehmung zu trauen und zu lernen, wie ich aus solchen Sackgassen nicht mehr nur traumatisiert, sondern auch gestärkt hervorgehen kann. Darum ringe ich zurzeit schwer – ohne Analyse! Aber der Schmerz und die Fassungslosigkeit über das unverständliche Leid bleiben.

e) Ich weiß nicht, was Sie genau mit dem Titel „Das Dritte jenseits von Übertragung und Gegenübertragung“ meinen. Ich dachte – aufgrund Ausbildungen in NLP und systemischem Coaching an so was wie eine gemeinsame ruhige Metaposition oder ein imaginiertes Reflekt-Team oder auch an Mediationen durch Dritte in einem dafür vorgesehenen institutionellen Rahmen, quasi als „Normalität“. (Ob sich Psychoanalytiker unterschiedlicher Schulen auf so viel Transparenz einlassen könnten?) – Ich weiß nicht, welche Vorstellungen Sie mit einem solchen Buch verbinden, aber sicher doch etwas, was unnötiges Verharren in leidvollen Verstrickungen mildern helfen soll.

f) Sie schreiben von Ihrer resignativen Lebens- und Berufserfahrung. Ich ahne, was Sie damit meinen. Mein spontaner Gedanke und mit ein Anlass zu dieser Mail ist es, Sie zu bitten, das Buch für Patienten zu schreiben! Bei denen werden Sie Gehör finden, besonders mit einem Titel, der leicht zu googeln ist. Eine verpatzte Analyse ist für Patienten allemal viel schlimmer als für Analytiker, die dann eben diesem schwer gestörten Patienten trotz größter Bemühungen leider, leider nicht helfen können – aber damit immerhin ihr Geld verdient haben, während dem Patienten nach einer jahrelangen selbst finanzierten zermürbenden Analyse dann Lebenszeit, Kraft, Kreativität, Kontakte zu anderen Menschen (Analyse kann noch einsamer machen, weil man mit niemandem wirklich darüber reden kann) und die finanziellen Möglichkeiten fehlen, wenigstens die kleinen Freuden des Lebens ein bisschen zu genießen.

Mit freundlichen Grüßen

P.S. Das Schlimme ist, dass ich meinen Analytiker eigentlich mag und in vielen

Bereichen auch schätze, dass ich mir aber durchaus vorstellen kann, dass er diesen Brief an Sie als nichts weiter als ein Agieren meiner schweren Störung „deuten“ würde. Da ich das vielleicht testen werde, bitte ich Sie um Verständnis, wenn ich mir vorbehalte, diesen Brief oder Teile davon auch an andere Personen weiterzuleiten.

### Antwort H. Thomä

Sehr geehrte Frau Clarissa X,

Ihr Brief hat mich traurig gemacht. Sie sind in einer schlimmen Sackgasse gelandet, und nachträglich kann man nur bedauern, dass Sie so lange ausgehalten haben. In Analysen kommt es in erster Linie auf das „matching“, auf das Zusammenpassen, von Patient und Analytiker an. Die Persönlichkeit des Analytikers wird in hohem Maß durch seine Identifizierung mit schulbedingtem Wissen geprägt. Bei eklektischen Analytikern, die zudem noch ein hohes Bildungsniveau und ein höheres Lebensalter erreicht haben, ist nach meiner Erfahrung die Flexibilität am größten. Mit anderen Worten: Solche Analytiker haben einen großen Spielraum in ihrer Einstellung zu einer Vielfalt unterschiedlicher Patienten. Leider scheint es bei Ihnen, aus welchen Gründen auch immer, zu einem „mismatch“ gekommen zu sein. Nun ist eine Korrektur zu spät.

Ob Sie leichter mit Ihrem Schicksal fertig werden, wenn Sie nochmals eine Hilfe aufsuchen, ist schwer zu sagen. In diesem Fall würde ich Ihnen dringend raten, schon nach kurzer Zeit Bilanz zu ziehen. Nach meiner Erfahrung ist Patienten dringend zu einem Therapeutenwechsel zu raten, wenn sich nach ungefähr halbjähriger Therapie im Patienten nichts verändert hat und auch kein Bild in ihm entstanden ist, auf welchem Weg es zu einer Besserung kommen könnte.

Mit dem angedeuteten Titel „Das Dritte jenseits von Übertragung und Gegenübertragung“ bezog ich mich auf einen völlig unentwickelten Bereich der Psychoanalyse. Es ist der Bereich der neuen Erfahrung, die aus Übertragung und Gegenübertragung herausführt und von der her diese Wiederholungsphänomene betrachtet werden müssen. Meine Resignation wird es wahrscheinlich verhindern, dass ich eine solche Publikation schreiben

werde. Im Übrigen bin ich eher ein Autor, der einen wissenschaftlichen Stil schreibt. Deswegen bin ich ungeeignet, für googelnde Leser zu schreiben.

Ich würde mich freuen, von Ihnen weiter zu hören,

und bin mit freundlichen Grüßen,

Ihr Helmut Thomä

Frau Clarissa X hat danach in einem umfangreichen Manuskript ihre Sicht der Analyse und ihre Verzweiflung, die schließlich zu ihrem Abbruch führte, beschrieben. Zum vollen Verständnis der Probleme wäre es nach dem Prinzip *audiat et altera pars* wünschenswert, eine Stellungnahme des Analytikers einzuholen und zu berücksichtigen. Aus verschiedenen Gründen muss darauf verzichtet werden. Ich habe zwei Themen ausgewählt, die m. E. zuverlässig dokumentiert und durchaus typisch für die Entstehung von Sackgassen und Behandlungsabbrüchen sind. Es handelt sich um grundlegende behandlingstechnische Probleme, nämlich um einen Kampf um die vierte Stunde und um verwirrende Übertragungsdeutungen. Meine Stellungnahmen sind mit dem Zusatz „Kommentar“ und *kursiv* versehen.

### Ein Kampf um die vierte Stunde

Die Patientin beschreibt einen Kampf um die vierte Stunde:

„Eine vierte Stunde jedoch wollte ich von mir aus nie. Sie wurde mir als etwas Gutes und für mich dringend Notwendiges dargestellt. Der Gutachter lehnte das vierstündige Setting allerdings ab und riet sogar zur baldigen Beendigung der Therapie. Diesen Gedanken finde ich heute richtig. Mein Analytiker fand ihn ‚menschenverachtend‘.

So kam ich damals in die Situation, mich mit meinem Analytiker gegen den unverständigen, bösen Gutachter, der mir keine richtige Therapie zubilligen würde, zu verbünden. Zunächst fühlte ich mich fürsorglich behandelt.

Mein Analytiker freute sich auf die Zeit, wo wir endlich unabhängig von irgendeinem Gutachter, nur er und ich, eine schöne vierstündige Analyse – nur von mir bezahlt – machen könnten.

Ich war hin und her gerissen zwischen dem Gefühl, mir vielleicht endlich mal eine richtig gute und gründliche Behandlung zu gönnen, und den Alarmglocken, die bei solchen Worten schrillten und mich sehr an die Worte erinnerten, die man einer naiven Geliebten sagt, um sie vom Rest der Welt zu isolieren.

Ich habe das auch genauso in der Analyse angesprochen. Ich habe auch von Träumen berichtet, die für mich eindeutige Zeichen waren, dass diese Analyse auf einen Weg führen würde, aus dem ich alleine kaum zurückfinden könnte. Er interpretierte sie so, dass man sehen könne, gegen welche inneren Widerstände (wohl mein pathologisches Misstrauen) ich kämpfen müsse, um zu ihm in die Analyse, die ich doch wollte, zu kommen.

Es war alles höchstgradig kompliziert, wurde fast ein wahrer Rosenkrieg, bei dem ich meine berufliche Tätigkeit an den Stundenplan des Analytikers anpassen musste (leicht abgeändert). Der Kampf erinnerte mich an die Auseinandersetzungen mit meinem Mann, aber auch an solche mit meinem Vater. So etwas wollte ich nicht wieder – oder, wenn es schon passiert war, wollte ich es jetzt verstehen – aber in Ruhe! Das ging aber nicht.“

## Kommentar

*Aus meiner Sicht scheint ihr Analytiker bei diesem Kampf die Auffassung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) im Kasseler Beschluss vertreten zu haben, dass die Rahmenbedingungen Frequenz, Ort, Dauer und situative Bedingungen eine Selbstschutzfunktion annehmen, sodass sie vom Patienten nicht aufrechterhalten werden müssen, aber auch nicht suspendiert werden können. Die damalige Vorsitzende der DPV, L. Schacht (2006), hat diesen Beschluss folgendermaßen zusammengefasst:*

„Die analytische Situation, die Einsetzung der Gültigkeit der analytischen Grundregel bedeuten somit das Angebot einer Beziehung, in der die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des Selbstschutzes entfällt – das Angebot der Möglichkeit weitgehender Abhängigkeit also“ (Schacht 1991, S. 11, zit. nach Thomä 1994).

Dieser Beschluss wurde abstrakt und von oben herab gefasst. Er steht sowohl im

*Widerspruch zur Flexibilität der meisten niedergelassenen Analytiker, die kürzlich von Döll-Hentscher et al. (2006) dokumentiert wurde, wie auch zu den katamnestischen Befunden der DPV-Studie von Leuzinger-Bohleber (2006). Die soeben zitierten Untersuchungen bestätigen die Annahmen von Kantrowitz (2006) und Kantrowitz et al. (2006), dass es besonders bei schwerkranken Patienten auf das Matching ankommt. Leuzinger-Bohleber „haben den Eindruck, dass die analytischen Prozesse zu einem ausreichenden Ergebnis kommen, wenn der Analytiker zu einer angebrachten Anpassung seiner Technik an die individuellen Charakteristika des Patienten fähig ist“ (Leuzinger-Bohleber 2001, S. 163, Übersetzung H.T.).*

*Sieht man von sachlich begründbaren Erwägungen zur Hochfrequenz von vier Sitzungen pro Woche ab, so sind es nach meiner Erfahrung folgende Gesichtspunkte, die einen Analytiker veranlassen können, eine Frequenz von vier Sitzungen dem Patienten mehr oder weniger intensiv nahe zu legen:*

1. *Es könnte sein, dass die Patientin ein Ausbildungsfall war und der Kandidat eine Vierstundenanalyse benötigte.*
2. *Der Analytiker könnte außerordentliches Mitglied der DPV sein und bei der Bewerbung um die ordentliche Mitgliedschaft eine ausreichende Zahl hochfrequenter Analysen benötigen.*
3. *Als DPV-Mitglied möchte der Analytiker Lehranalytiker werden und benötigt hierfür den unter 2 genannten Nachweis.*
4. *Der Analytiker möchte sich um die Mitgliedschaft in der International Psychoanalytical Association (IPA) bewerben und braucht hierfür einige hochfrequente Langzeitanalysen.*

Ich führe diese berufspolitischen Gründe für die Frequenz hier an, um deutlich zu machen, dass unsachliche Gründe die Indikation wesentlich mitbestimmen und eine Behandlung ungünstig beeinflussen können.

## Verwirrende Übertragungsdeutungen

Das zweite behandlungstechnische Problem betrifft eine häufige antitherapeutische Handhabung der Übertragung, die

*in diesem Fall anscheinend praktiziert wurde. Es betrifft Andeutungen von männlichen Analytikern Patientinnen gegenüber, die eine persönliche und volle menschliche Beziehung in Aussicht stellen. In dieser Hinsicht beschreibt Frau Clarissa X Bemerkungen ihres Analytikers, die zu einem Chaos führten:*

„Ich rastete ja aus, als er mir sagte, dass er ‚mir jetzt immer wichtiger‘ würde und dass ich eine ‚persönliche Beziehung‘ zu ihm wolle. Das gab mir eine Art Kurzschluss im Gehirn, mit dem ich nicht umgehen kann!

Aufgrund der früheren Erfahrung eines sexuellen Übergriffs im Rahmen einer Therapie habe ich ihm entgegengeschleudert, dass er das jeder ‚normalen‘ Patientin sagen könne, mir aber nicht. – Ich habe ihm sogar gesagt, dass eine reale Beziehung – auch nur einmalig – für mich sicher leichter zu verkraften sei als dieses verwirrende Chaos.

Ich wollte einen Begleiter für innere Prozesse und eine Öffnung auf das, was für mich an Leben noch möglich sein könnte, was mich aus meiner relativen Isolation herausführen könnte.“

## Kommentar

Solche angeblichen Übertragungsdeutungen sind leider nicht selten und führen zumindest bei nachdenklichen und feinfühligsten Patienten fast notwendigerweise ins Chaos. Die Patientinnen werden in eine paradoxe Lage gebracht. Denn eine persönliche Beziehung im umfassenden Sinn ist mit den Aufgaben eines Analytikers nicht zu vereinbaren, wie das „Experimentieren“ Ferenczis (2006) abschreckend zeigte. Deshalb spreche ich von der exterritorialen oder exzentrischen (nicht extraterritorialen!) Position, die man als Analytiker einnehmen muss. Diese Position bedeutet, sich einerseits mit einem Bein voll im Territorium des Patienten aufzuhalten, d. h. sich mit ihm voll zu identifizieren (auch bezüglich der Auswirkungen der eigenen Interventionen), und zugleich mit dem anderen Bein fest in der eigenen Welt zu bleiben. Natürlich ist eine relative Asymmetrie unabdingbar, um die professionelle Rolle übernehmen zu können. Die durch diese Haltung ermöglichte Aequanimitas erlaubt es, den Patienten ohne die Gefahr der gerings-



ten Grenzüberschreitung an den durch ihn ausgelöst und zu seinem Funktionskreis gehörigen Gegenübertragungen teilhaben zu lassen. Im Gegensatz hierzu müssen die erwähnten paradoxen Bemerkungen unbewusst als Verführungen erlebt werden, die zugleich permanent abgewiesen werden.

Ich begnüge mich mit der Wiedergabe dieser beiden Probleme aus einer umfassenden Darstellung einer Analyse, die schließlich nach langer Dauer zum Abbruch führte. Auch wenn die DPV-Studie von Leuzinger-Bohleber (2006) zeigt, dass es nur wenige, möglicherweise iatrogen mitbedingte, negativ verlaufende psychoanalytische Behandlungen gibt, ist es m. E. angezeigt, diese Probleme in den Instituten zu diskutieren.

## Fazit für die Praxis

Misserfolge, die auf systematische oder schulspezifische „Irrungen und Wirrungen“ zurückzuführen sind, verweisen oft auf Probleme, die über korrigierbare subjektive behandlungstechnische Fehler hinausgehen. Diese können nicht durch persönliche Supervision beseitigt werden, sofern Supervisoren selbst schulspezifisch bedingte Skotome haben. Ich empfehle deshalb, in den psychoanalytischen Fachgesellschaften oder zentral in der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) einen Ombudsrat einzurichten. Die Ethikkommissionen befassen sich mit „Grenzüberschreitungen“, um die es sich bei der Entstehung von Sackgassen nicht handelt. Über die Aufgaben eines Ombudsrates sollten alle Patienten informiert werden. Auf diese Weise lassen sich Sackgassen oder Behandlungsabbrüche aufgrund des „Nichtzusammenpassens“ von Patient und Therapeut verringern. Therapeutenwechsel würden dadurch erleichtert.

## Korrespondenzadresse

Prof. em. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Thomä  
Funkenburgstr. 14, 04105 Leipzig  
thomaeleipzig@t-online.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Döll-Hentscher S et al. (2006) Zur Einleitung einer Behandlung: die Frequenzwahl. *Psyche – Z Psychoanal* 60: 1126–1144
- Ferenczi S (1988) Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Fischer, Frankfurt a.M.
- Horney K (1936) The problem of the negative therapeutic reaction. *Psychoanal Q* 5: 29–44
- Kantrowitz JL (1986) The role of the patient-analyst “match” in the outcome of psychoanalysis. *Ann Psychoanal* 14: 273–297
- Kantrowitz JL, Katz AL, Greenman DA et al. (1989) The patient-analyst match and the outcome of psychoanalysis: a pilot study. *J Am Psychoanal Assoc* 37: 893–919
- Leuzinger-Bohleber M (2001) A follow-up study – critical inspiration for our clinical practice? In: Leuzinger-Bohleber M, Target M (eds) *Outcomes of psychoanalytic treatment*. Whurr, London, pp 143–173
- Mentzos S, Thomä H (2006) Können Psychogenese und Psychodynamik der Angstneurose auf eine Neidproblematik reduziert werden? *Psyche – Z Psychoanal* 60: 1145–1155
- Mentzos S, Thomä H (2007) Entgegnung. *Psyche – Z Psychoanal* 61: 175
- Rosenfeld HA (1987) Sackgassen und Deutungen. Therapeutische und antitherapeutische Faktoren bei der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen, Borderline- und neurotischen Patienten. Internationale Psychoanalyse, München Wien
- Schacht L (1991) Zur Frage: Hochfrequente Analysen in der kassenärztlichen Versorgung. *DPV-Info* 10: 9–12
- Schmithüsen G (2007) Von Thronen und von Kanzeln und vom Abkanzeln. *Psyche – Z Psychoanal* 61: 174–175
- Schoenhals Hart H (2006a) Angstneurose heute. *Psyche – Z Psychoanal* 60: 193
- Schoenhals Hart H (2006b) Erwiderung auf S. Mentzos und H. Thomä. *Psyche – Z Psychoanal* 60: 1155
- Thomä H (1994) Frequenz und Dauer analytischer Psychotherapien in der kassenärztlichen Versorgung. Bemerkungen zu einer Kontroverse. *Psyche – Z Psychoanal* 48: 287–323

## Beeinflusst das Geburtsgewicht den späteren Gemütszustand eines Menschen?

Eine Gesundheitsstudie der Universität Cambridge und der Medical School des University College London betrachtete den Zusammenhang zwischen dem Geburtsgewicht und der Entstehung von Angsterkrankungen. Dafür wurden Daten der seit 40 Jahre laufenden Erhebung „Medical Research Council National Survey of Health and Development“ analysiert, welche 4600 Briten jeweils im Alter von 13, 15, 36, 43 und 53 Jahren auf Symptome von Angst und Depression untersuchte.

Menschen, die in ihrem Leben schon mit psychischen Problemen zu kämpfen hatten, auch wenn es nur leichte bis mittelschwere Symptome von Depression und Angststörungen waren, wiesen ein deutlich geringeres Geburtsgewicht auf. Außerdem erreichten diese Menschen Entwicklungsstadien wie das Stehen und Laufen wesentlich später als mental gesunde Menschen.

Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Bedingungen im Uterus erheblich auf die weitere Entwicklung eines Kindes einwirken. Steht die Schwangere zum Beispiel unter starkem Stress, führt das zu einer Beeinträchtigung des Blutflusses zur Gebärmutter und somit zur Störung der fetalen Nährstoffzufuhr. Zusätzlich ausgeschüttete Stresshormone gelangen über die Plazenta zum Fetus und lösen dort wahrscheinlich eine falsche Programmierung der für Stressreaktionen verantwortlichen Gehirnbereiche aus. Demnach könnte ein geringes Geburtsgewicht ein Zeichen für pränatalen Stress in der Gebärmutter und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Depression und Angststörungen sein.

Originalpublikation:

Colman I, Ploubidis GB, Wadsworth ME, Jones PB, Croudace TJ (2007) A longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. *Biological Psychiatry* 62: 1265–1271

Quelle: University of Cambridge, [www.cam.ac.uk](http://www.cam.ac.uk); University College London Medical School, [www.ucl.ac.uk/medicalschoo/index.shtml](http://www.ucl.ac.uk/medicalschoo/index.shtml)